

Tätigkeitsbericht 2025

der Bundesärztekammer



Impressum

© Bundesärztekammer 2026

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dezernat Politik und Kommunikation, Bundesärztekammer

Titelfoto:

© Ralf Klingelhöfer

Vorstand der Bundesärztekammer (Seite 60):

©Die Hoffotografen, ©MB Hessen, ©LÄK Thüringen, ©BLÄK, ©Phil Dera, ©LÄK Thüringen,
©Anke Illing/ÄK Berlin, ©SLÄK, ©Jochen Rolf, ©ÄK Sachsen-Anhalt, ©Privat, ©Sarah Johanna Eick,
©Jörg Wohlfromm, ©Karsten Klama, ©Ines Engelmohr, ©LÄK Baden-Württemberg, ©F.Aschenbrenner/M.Joppen GmbH,
©K. Sass/ÄKMV, ©BLÄK, ©Nancy Heusel/ÄKN, ©Elmar Esser, ©aeksaar/honk, ©Ulrike Schacht

Satz:

Deutscher Ärzteverlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung, Mikroskopie und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken sowie zur Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Druck und Aufnahme in elektronische Datenbanken, auch auszugsweise – außer zur ausschließlich privaten Verwendung –, nur mit Genehmigung der Bundesärztekammer.

Tätigkeitsbericht 2025

der Bundesärztekammer



Bundesärztekammer
Deutscher Ärztetag

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
Überblick	
Kammerjahr 2025 – Bundesärztekammer – engagiert, sichtbar, wirksam	8
129. Deutscher Ärztetag – Deutscher Ärztetag in Leipzig im Spiegel der Medien	10
Berichte	
Krankenhausreform – Ärztliche Expertise beim Reformprozess unverzichtbar	12
Ärztliches Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer – Praxistauglichkeit von ÄPS-BÄK im Versorgungsalltag erprobt	15
Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ-Reform nun auch auf politischer Ebene in der Umsetzung	17
Resilienz im Gesundheitswesen – Gesundheitswesen auf Krisen- und Katastrophenfall vorbereiten	20
Ärztliche Weiterbildung – (Muster-)Weiterbildungsordnung weiterentwickeln	21
Ärztliche Weiterbildung – eLogbuch: Nutzerfreundlichkeit der Funktionen im Fokus	22
Ärztliche Fortbildung – Praxisorientierte Hinweise ergänzen (Muster-)Fortbildungsordnung 2024	24
BÄK-Curricula – Fortbildungsqualifikationen für die präklinische Notfallmedizin	25
Gesundheits- und Medienkompetenz – Gesundheitsbildung bei Kindern und Jugendlichen gemeinsam stärken ...	26
Schutz von Kindern und Jugendlichen – BÄK fordert weitere Maßnahmen gegen Missbrauch von Lachgas	28
Interprofessionelle Teamarbeit – Positionspapier zu „Physician Assistance“ aktualisiert	29
Patientensicherheit – Ärztliches Kernanliegen – und eine Gemeinschaftsaufgabe!	30
Digitalisierung – Elektronische Patientenakte im Versorgungsalltag angekommen	34
Künstliche Intelligenz – Leitplanken für den Einsatz von KI in der Medizin setzen	36
Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte – Bundesärztekammer fordert härtere Strafen und besseren Schutz	39

Morning Rounds – Gesundheitswesen: Fachkräftemangel als europäisches Problem	40
Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten – Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen beschleunigen	41
Medizinisch-wissenschaftliche Bestandsaufnahme – Für eine gesunde Bevölkerung: Public Health neu denken	42
Peer Review in der Medizin – PRiM – Qualitätssicherung mit Zukunft	44
Stand der medizinischen Wissenschaft – Aktuelle Positionierungen der Bundesärztekammer	46
Klinische Prüfungen – Anwendung des Medizinforschungsgesetzes	48
Zentrale Ethikkommission – Einfluss finanzieller Anreize in der Patientenversorgung	49
Sogenannte Triage – Verfassungsgericht stärkt ärztliche Therapiefreiheit	50
Krankenhausvorbehalt bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen – Neuregelung nach Urteil des Bundesverfassungsgerichts in Sicht	51
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – Für eine sichere und rationale Arzneimitteltherapie	52
Transplantationsmedizin – Richtlinienarbeit und Prüfungen im gesetzlichen Auftrag	54
Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung – Hinweise und Empfehlungen für Arztpraxen aktualisiert . . .	56
 Arztzahlentwicklung	
Ärztestatistik 2025 – Strukturwandel unter schwierigen Vorzeichen	57
 Organisation der Bundesärztekammer	
Vorstand der Bundesärztekammer	60
Organigramm der Bundesärztekammer	61
Deutscher Ärztetag	62
Adressen der (Landes-)Ärztékammern	63

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Gesundheitswesen in Deutschland befindet sich an einem Wendepunkt: Der demografische Wandel führt zu einer älter werdenden Bevölkerung mit steigender Krankheitslast, der Fachkräftemangel setzt die Versorgung in nahezu allen Bereichen unter Druck. Gleichzeitig werden medizinische Leistungen weitgehend unkoordiniert in Anspruch genommen und belasten die bestehenden Strukturen zusätzlich. Hinzu kommt ein erheblicher Reformbedarf im stationären Sektor, von der Leistungsplanung über die Vorhaltung bis hin zur Finanzierung der Krankenhausstandorte.

Es besteht weitgehend Konsens, dass wir eine echte Erneuerung brauchen – beim Zugang zur Versorgung, bei der Begleitung der Patientinnen und Patienten im Behandlungsprozess, bei der Ausgestaltung der Krankenhauslandschaft, bei der Inanspruchnahme der Akut- und Notfallversorgung und in vielen Bereichen mehr. Darüber hinaus müssen wir neben der kurativen Medizin auf einen grundlegenden Neustart in der Präventionspolitik hinwirken. Gerade in der Vorbeugung chronischer Erkrankungen und Volkskrankheiten liegen erhebliche medizinische und ökonomische Potenziale, die bislang unzureichend genutzt werden. Prävention darf nicht länger Randthema bleiben, sondern muss als strategische, ressortübergreifende Kernaufgabe mit klaren Zielen und überprüfbaren Ergebnissen verstanden werden.

Von der Politik erwarten wir, dass sie uns fair, frühzeitig und substanziell in diese grundlegende Neuausrichtung einbindet. Im Gegenzug können wir zusagen, dass wir als ärztliche Selbstverwaltung

Verantwortung übernehmen, bei der Ausarbeitung von Konzepten ebenso wie bei der Umsetzung der notwendigen Schritte.

Bei alledem geht es aber nicht nur um eine strukturelle Weiterentwicklung der Versorgung, sondern auch um ein gesamtgesellschaftliches Commitment: Welchen Stellenwert hat Gesundheit in unserer Gesellschaft – und was sind wir bereit, dafür zu leisten? Diese Frage reicht weit über die Debatte um Beitragssätze, Rücklagen und Defizite hinaus. Es geht um Verantwortung. Verantwortung des Staates. Verantwortung der Gesellschaft als Ganzes, aber eben auch um die Verantwortung jedes Einzelnen. Diese und weitere Aspekte wollen wir auf dem Deutschen Ärztetag diskutieren, der vom 12. bis 15. Mai 2026 in Hannover stattfindet.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, neben diesen grundsätzlichen politischen Fragen wird sich der Ärztetag mit weiteren gesellschaftspolitisch relevanten Themen befassen. Besonders hervorzuheben ist das diesjährige Schwerpunktthema: „Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung“.

Gemeinsam mit dem Beauftragten der Bundesregierung für Sucht- und Drogen-



fragen und weiteren hochkarätigen Referentinnen und Referenten werden die Abgeordneten des Ärztetages über suchtmedizinische Entwicklungen, Prävention und die ärztliche Verantwortung im Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen sprechen. Dabei liegt der Schwerpunkt auf den stoffgebundenen Suchterkrankungen, die massive Auswirkungen für die Betroffenen und ihr Umfeld, aber auch auf die Gesellschaften in Deutschland, Europa und der Welt haben.

Sicherlich wird der Ärztetag aber auch den Schutz von Kindern und Jugendlichen in einer zunehmend digitalen Welt in den Blick nehmen und darüber beraten, wie Mediensucht frühzeitig erkannt, wirksam verhindert und durch Stärkung der Medienkompetenz eingedämmt werden kann.

Neben vielen weiteren Themen werden wir uns in diesem Jahr besonders ausführlich mit der Fortentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung befassen. Die ärztliche Weiterbildung ist die Kernkompetenz der Ärztekammern. Sie steht in Zeiten von Krankenhausreform und Ambulantisierung mehr denn je im Fokus.

Der Deutsche Ärztetag bietet eine ausgezeichnete Gelegenheit, sich in die aktuellen politischen Debatten einzubringen und Impulse bei gesellschaftspolitischen Fragen zu setzen. Er ist ein Forum für den kollegialen Austausch und trägt maßgeblich zur Weiterentwicklung unseres Berufsstandes bei.



© Die Hoffotografen GmbH

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der vorliegende Tätigkeitsbericht gibt anhand ausgewählter Arbeitsschwerpunkte einen Überblick zu den vielfältigen Aktivitäten der Bundesärztekammer im vergangenen Jahr und nimmt dabei auch immer wieder Bezug auf die Entwicklungen des laufenden Jahres.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre und verbleibe mit einem herzlichen Gruß

A handwritten signature in blue ink that reads "Klaus Reinhardt". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Dr. med. (I) Klaus Reinhardt
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Kammerjahr 2025

Bundesärztekammer – engagiert, sichtbar, wirksam

Als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung war die Bundesärztekammer im Berichtsjahr eine zentrale Ansprechpartnerin für Medienschaffende in gesundheits- und berufspolitischen Fragen. So deckt sie nahezu das gesamte Themenspektrum der ärztlichen Versorgung ab. Das verdeutlichen die vielen Medienanfragen an die Pressestelle der BÄK. Insgesamt war die Bundesärztekammer in mehr als 830 Online- und Printartikeln sowie Radio- und Fernsehbeiträgen präsent.



Um im politischen und gesellschaftlichen Diskurs präsent zu sein, setzt die Pressestelle der Bundesärztekammer auf eine Vielzahl von Maßnahmen. Eine zentrale Rolle spielt die proaktive Medienarbeit. Im vergangenen Jahr veröffentlichte die Pressestelle [mehr als 110 Pressemitteilungen](#) zu gesundheitspolitischen Themen, ärztlichen Standpunkten und aktuellen Entwicklungen. Regelmäßig finden [Pressekonferenzen zu wichtigen gesundheitspolitischen Themen](#) statt: im Berichtsjahr beispielsweise eine Neujahrs-Pressekonferenz mit Blick auf die zum damaligen Zeitpunkt anstehenden Neuwahlen zum Deutschen Bundestag im Februar 2025, eine Pressekonferenz anlässlich des dritten von der Bundesärztekammer initiierten Hitzeaktionstags und eine gemeinsame Pressekonferenz mit Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) zur Veröffentlichung der Stellungnahme „Medizinisch-wissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Public Health“ Ende November 2025 auf Einladung der Bundespressekonferenz.

Politische Kommunikation auf Bundesebene

Ein weiterer zentraler Bereich ist die politische Kommunikation. Die Bundesärztekammer steht in engem Dialog mit politischen Entscheidungsträgern, Ministerien und Abgeordneten auf Bundesebene, um ihre Standpunkte wirkungsvoll zu vermitteln und in politische Prozesse einzubringen. Unter anderem organisierte sie im Berichtsjahr parlamentarische Gespräche sowie Fachveranstaltungen und brachte sich mit [31 Stellungnahmen zu Gesetzgebungsverfahren](#) sowie [acht Positionspapieren](#) aktiv in politische Prozesse ein.

Die Pressestelle arbeitete dabei eng mit (Landes-)Ärztzekammern, Fachgesellschaften und anderen Berufsverbänden zusammen. Durch gemeinsame Positionierungen und koordinierte Presseaktivitäten sorgt die Bundesärztekammer dafür, dass die Anliegen der Ärzteschaft gebündelt und mit Nachdruck in die öffentliche und politische Debatte eingebracht werden. Das gewährleistet, dass ärztliche

Anliegen und Forderungen im gesellschaftlichen Diskurs ebenso gehört werden wie in der politischen Entscheidungsfindung.

Auch im Jahr 2025 war die Bundesärztekammer als Sachverständige bei zahlreichen öffentlichen Anhörungen im Deutschen Bundestag und im Gesundheitsausschuss zu zentralen gesundheitspolitischen Gesetzesvorhaben sowie Fachgesprächen vertreten, darunter zur Krankenhaus-, Notfall- und Apothekenreform, zur „Finanzkommission Gesundheit“, zum Medizinregistergesetz sowie zur Versorgungslage von Schwangerschaftsabbrüchen.

Bundesärztekammer bei Social Media

Neben der klassischen Medienarbeit nutzte die Pressestelle auch Social Media, um die Reichweite und Sichtbarkeit der BÄK zu erhöhen. Über die Social-Media-Kanäle der BÄK – Instagram, LinkedIn, Bluesky und Threads – wurden rund 370 Posts zu gesundheitspolitischen Themen veröffentlicht.

Regelmäßiger Podcast „Sprechende Medizin“

Im Podcast „Sprechende Medizin“ beschäftigen sich BÄK-Präsident Reinhardt und Moderator Daniel Finger regelmäßig mit dem Berufsalltag von Ärztinnen und Ärzten, mit Medizin und Politik, Forschung und Fortschritt, Krankheit und Gesundheit. Insgesamt 20 Podcast-Folgen wurden im Jahr 2025 veröffentlicht.

Gelegentlich laden sich BÄK-Präsident Reinhardt und Moderator Finger Gäste zu den verschiedenen Podcast-Themen ein. So sprachen die beiden im Berichtsjahr beispielsweise mit Prof. Dr. Aldo Faisal. Er ist Professor für Digital Health mit Schwerpunkt Data Science in den Lebenswissenschaften an der Universität Bayreuth in Kulmbach und dem Imperial College London. In der Podcast-Folge „KI in der Medizin“ diskutierten Faisal und Reinhardt über die aktuellen Entwicklungen bei Künstlicher Intelligenz (KI) in der Medizin – und über die vielfältigen Möglichkeiten, die KI der Medizin bietet.

In der Podcast-Folge „Bestandsaufnahme zu Public Health“ war Prof. Dr. Ute Thyen zu Gast. Sie ist Kinder- und Jugendärztin und Federführende des Arbeitskreises „Medizinisch-wissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Public Health“ des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer. In der Podcast-Folge beschäftigten sich Thyen und Reinhardt vor allem mit der sozialmedizinischen und psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Denn die körperliche und psychische Entwicklung von Kindern lasse sich nicht klar voneinander trennen. Die Verzahnung der verschiedenen zuständigen Institutionen sei deshalb aus Sicht Thyens und Reinhardts unbedingt erforderlich. ■

Hitzeschutz für alle

Die Bundesärztekammer hat sich im Berichtsjahr erneut deutlich zu mehr Klimaschutz im Gesundheitswesen positioniert. Auf [gemeinsame Initiative](#) von BÄK, Deutscher Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V. (KLUG), AWO Bundesverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft, Deutschem Pflegerat, GKV-Spitzenverband und der Klima-Allianz Deutschland fand Anfang Juni 2025 der dritte bundesweite Hitzeaktionstag statt.

„Hitzewellen gefährden Menschenleben – und sie werden häufiger, länger und intensiver. Darauf müssen wir uns vorbereiten. Was Deutschland dringend braucht, sind verbindliche Hitzeschutzpläne, klare Zuständigkeiten und gezielte Unterstützung für besonders gefährdete Menschen. Wir Ärztinnen und Ärzte stehen bereit – aber wir können das nicht allein leisten. Denn Hitzeschutz beginnt nicht erst in Arztpraxen und Krankenhäusern, sondern in den Städten, Schulen, Unternehmen, Pflegeeinrichtungen – und in jedem Zuhause. Daher müssen Politik, Kommunen und Gesellschaft gemeinsam handeln“, erklärte BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt anlässlich des Hitzeaktionstages.

Mehr als 85 Verbände und Organisationen schlossen sich der Initiative an – darunter Bundesarchitektenkammer und Deutscher Olympischer Sportbund, um auf die Gefahren durch Hitze und notwendige Maßnahmen für gesundheitlichen Hitzeschutz in allen Sektoren hinzuweisen.

Auch der [Deutsche Ärztetag in Leipzig](#) im Mai 2025 hat sich erneut intensiv mit den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels und dringend notwendigen Maßnahmen zum Klimaschutz und zum Umgang mit der Erderwärmung befasst. Unter anderem forderte der Ärztetag die Länder auf, verpflichtende Hitzeaktionspläne in allen Städten und Gemeinden umzusetzen.



129. Deutscher Ärztetag

Deutscher Ärztetag in Leipzig im Spiegel der Medien

Erstes Zusammentreffen der Ärzteschaft mit der im Mai 2025 neu ernannten Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU), lebendige Debatten und wegweisende Beschlüsse: Mit fast 400 Beiträgen in Online- und Printmedien, in Radio- und Fernsehsendungen sowie auf Nachrichtenportalen war der 129. Deutsche Ärztetag in Leipzig ein besonderes Ereignis in der medialen Berichterstattung.

Mehr als 130 akkreditierte Medienvertreterinnen und -vertreter berichteten vom 129. Deutschen Ärztetag in Leipzig. Sie verfolgten die Eröffnungsveranstaltung, die Plenarsitzungen und die Pressekonferenzen entweder direkt vor Ort oder per Livestream im [Online-Presseszentrum auf der Website der Bundesärztekammer](#). Unter den Medienschaffenden waren Journalistinnen und Journalisten überregionaler Printmedien wie Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ), Süddeutsche Zeitung, Tagesspiegel und Der Spiegel. Neben den Teams des ZDF, der ARD und der ARD-Landesrundfunkanstalten berichteten die wichtigsten Nachrichtenagenturen wie die dpa und KNA vom Deutschen Ärztetag. Tageszeitungen von Rheinische Post und Hamburger Morgenpost über Südwest Presse bis hin zur Mitteldeutschen Zeitung begleiteten die gesundheits- und berufspolitischen Beratungen in Leipzig.

Besondere Aufmerksamkeit erhielt die Eröffnungsveranstaltung in der Nikolaikirche mit einem der ersten offiziellen Auftritte von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, die zu diesem Zeitpunkt erst gute drei Wochen im Amt war. „Auf dem Ärztetag in Leipzig, der so etwas wie den Erstkontakt zwischen

ihr und der deutschen Ärzteschaft darstellte, ließ sich erahnen, wie sie ihr Amt versteht, nämlich atmosphärisch in Abgrenzung zu Lauterbach. Wo er die Ärzteschaft ignorierte, will sie zuhören. ‚Mir ist das ernst‘, das hat Warken mehrfach betont. Bleibt zu hoffen, dass es nicht bei netten Worten bleibt. Lauterbachs Stil hat kaum dazu ermutigt, konstruktiv mit dem Minister zusammenzuarbeiten“, kommentierte die FAZ.

Viele Medienschaffende betonten die zugewandte Art Nina Warkens. „Neues Vertrauensverhältnis soll Reformen voranbringen“, titelte etwa das Deutsche Ärzteblatt. Die Stuttgarter Nachrichten hoben hervor, dass sich Warken und die Ärzteschaft unterstützen wollten und zitierten aus der Rede von BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt: „Lösungen werden wir nur noch gemeinsam finden können“. Die Hannoversche Allgemeine Zeitung konstatierte: „Ministerin Warken umschmeichelt die Ärzteschaft“.

Zahlreiche Tageszeitungen berichteten von der Offenheit von BÄK-Präsident Reinhardt gegenüber der neuen Gesundheitsministerin, aber auch von den Erwartungen der Ärzteschaft an die gesundheitspolitische Newcomerin.

Schwerpunktt Themen des Ärztetages in der Berichterstattung

Außerdem befassten sich die Medienschaffenden intensiv mit den Beratungen des Deutschen Ärztetages zu dem Schwerpunktt Thema „Künstliche Intelligenz in der Medizin: Die Zukunft des Gesundheitswesens aus ärztlicher Perspektive gestalten“ und mit der Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Das Deutsche Ärzteblatt und die Ärztezeitung veröffentlichten insgesamt zwölf Artikel zu dem gemeinsamen Vorschlag von Bundesärztekammer und PKV-Verband für eine neue GOÄ – mehr als zu jedem anderen Tagesordnungspunkt des Ärztetages. Neben Berichten gab es Leitartikel, Kommentare, Umfragen und Faktenchecks. Die Hauptnachricht war das klare Votum des Ärzteparlaments für den gemeinsamen GOÄ-Entwurf, zu dem die Versicherungswirtschaft heute schrieb: „Nach Jahrzehnten zäher Verhandlungen und intensiver Arbeit zwischen Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfetragern wurde ein breit getragener Entwurf verabschiedet, der den medizinischen Fortschritt ebenso abbildet wie bewährte Strukturen wahr.“

Ein besonderes Augenmerk der Publikumspresse lag auf den Beratungen zum Thema Schwangerschaftsabbruch und der Forderung des Ärzteparlaments, diese Eingriffe in Zukunft außerhalb des Strafrechts zu regeln. Zudem fand die Forderung nach einem Primärarztmodell eine große Resonanz in der Publikumspresse. Die Berichterstattung reichte von Vorberichten bis zu längeren Recherchen. Besonders häufig aufgegriffen wurde eine dpa-Meldung mit Exklusiv-Zitaten von BÄK-Präsident Reinhardt zu Notwendigkeit und Ausgestaltungsmöglichkeiten eines Primärarztmodells, die die Agentur unmittelbar vor dem Ärztetag an die Redaktionen gab.

Alle wichtigen Entscheidungen des Ärztetages wurden in Pressemitteilungen aufbereitet. Ergänzt wurden diese mit Videos von Vorträgen und Gesprächen mit Referentinnen und Referenten und internationalen Gästen sowie vertiefenden Interviews. Alle Videos wurden auf dem YouTube-Kanal der BÄK veröffentlicht und in das Online-Pressezentrum eingebunden.

Flankiert wurde die Pressearbeit zum Deutschen Ärztetag von insgesamt 140 Posts auf den Social-Media-Kanälen der Bundesärztekammer. Die Follower der BÄK-Kanäle bei Instagram, LinkedIn, Bluesky und Threads konnten den Ärztetag nahezu in Echtzeit verfolgen – ergänzt durch Bilder, Videos und Tageszusammenfassungen.

130. Deutscher Ärztetag

Der 130. Deutsche Ärztetag findet vom 12. bis 15. Mai 2026 in Hannover statt.



© Lars Gerhardt

Neben aktuellen politischen Themen, die insbesondere die Eröffnungsveranstaltung und die gesundheitspolitische Generalausprache prägen werden, befassen sich die 250 Abgeordneten mit hochkarätigen Referentinnen und Referenten unter anderem mit dem Schwerpunktt Thema „Suchtmedizin im Wandel – Ärztliche Verantwortung zwischen Prävention, Versorgung und Regulierung“. Weitere Themen sind die Novellierung der (Muster-)Berufsordnung sowie die Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Aktuelle Informationen stehen auf der [Website der Bundesärztekammer](#) zur Verfügung.

Reichweite und Sichtbarkeit des Ärztetages wurden so messbar erhöht: Allein bei Instagram erreichte der Auftritt der Bundesärztekammer während und nach dem Ärztetag 55 150 Follower und Nicht-Follower. Die meisten Aufrufe hatte der Post zur KI in der Medizin: 3 300-mal sahen sich die Nutzerinnen und Nutzer diesen an. ■

Krankenhausreform

Ärztliche Expertise beim Reformprozess unverzichtbar

Der Prozess der Krankenhausreform hat sich im Berichtsjahr auf die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der gesetzlichen Regelungen sowie die im Koalitionsvertrag angekündigte Fortentwicklung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes verlagert. Im Mittelpunkt der Arbeiten der Bundesärztekammer standen unter anderem die Mitwirkung im Leistungsgruppenausschuss, der Einsatz für die Sicherung einer patienten- und aufgabengerechten ärztlichen Personalausstattung sowie für die Berücksichtigung der ärztlichen Weiterbildung. Trotz einzelner Fortschritte zeigt sich weiterhin an verschiedenen Stellen deutlicher Nachbesserungsbedarf.

Nachdem das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) am 12. Dezember 2024 in Kraft getreten ist, soll die weitere Umsetzung des Gesetzes in wesentlichen Teilen durch Rechtsverordnungen erfolgen, die der Zustimmung des Bundesrates bedürfen. Hierzu zählen unter anderem die Rechtsverordnung zu den Leistungsgruppen und Qualitätskriterien, die Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung und die Rechtsverordnung zum Transformationsfonds.

Den Referentenentwurf der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV) veröffentlichte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Januar 2025. In ihrer [Stellungnahme vom 24. Januar 2025](#) begrüßte die Bundesärztekammer grundsätzlich die Einrichtung des Transformationsfonds, da die mit der Krankenhausreform verbundenen strukturellen Veränderungen ohne zusätzliche finanzielle Mittel nicht realisierbar seien. Kritisch bewertete sie die ursprünglich vorgesehene hälftige Finanzierung aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung und sprach sich für eine Finanzierung aus Bundesmitteln aus.

Zur Erarbeitung von Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung zu den Leistungsgruppen und Qualitätskriterien wurde gemäß § 135e Abs. 3 SGB V der Leistungsgruppenausschuss



(LGA) eingerichtet. Er besteht in gleicher Zahl aus Vertreterinnen und Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe. Geleitet wird der LGA vom BMG und den obersten Landesgesundheitsbehörden. Konstituierung und die erste reguläre Sitzung fanden im Februar 2025 statt. Die Bundesärztekammer wird im LGA vertreten durch den Präsidenten Dr. Klaus Reinhardt, die Vizepräsidentin Dr. Susanne Johna sowie den Geschäftsführenden Arzt, Ulrich Langenberg.

Qualitätskriterien anpassen

Bisher hat der LGA eine [Empfehlung zur Anpassung der Anlage 1 zu § 135e Absatz 1 SGB V](#) veröffentlicht. Inhaltlich brachte die Bundesärztekammer im LGA insbesondere Anpassungsbedarfe bei den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, bei den Regelungen zur Rufbereitschaft und Anrechenbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten, bei den Vorgaben zur belegärztlichen Versorgung, bei den Regelungen zur Berücksichtigung der speziel-



len Schmerztherapie sowie bei der Definition von Fachkliniken ein. Darüber hinaus hat die BÄK eine [Übersicht zur Vergleichbarkeit](#) aktueller ärztlicher Weiterbildungsbezeichnungen mit Bezeichnungen früherer Fassungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) oder der WBO einzelner (Landes-)Ärztekammern erarbeitet.

Im Februar 2025 veröffentlichte das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den sogenannten Leistungsgruppen-Groupier, mit dem stationäre Behandlungsfälle den in § 135e SGB V definierten Leistungsgruppen zugeordnet werden. Für die Steuerungswirkung der Leistungsgruppen kommt es entscheidend darauf an, welche Behandlungsfälle den einzelnen Leistungsgruppen zugeordnet werden.

Die Bundesärztekammer hat sich entschieden dafür eingesetzt, die Konsequenzen des Groupiers für die einzelnen Leistungsgruppen gemeinsam mit dem LGA sorgfältig zu überprüfen und dort, wo Verwerfungen entstehen, Anpassungen vorzunehmen. „Gerade in großen Bereichen wie Innerer Medizin oder Chirurgie sind Fehlzugeordnungen programmiert. Hier muss dringend nachgearbeitet werden“, [forderte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt](#).

Auch der [129. Deutsche Ärztetag 2025 in Leipzig](#) fasste sich ausführlich mit der Krankenhausreform.

Die Abgeordneten begrüßten die Pläne der neuen Bundesregierung, die Krankenhausreform fortzuführen und zugleich weiterzuentwickeln. Sie forderten insbesondere eine praxistaugliche Weiterentwicklung der Leistungsgruppensystematik, eine grundlegende Überarbeitung der vorgesehenen Vergütungsregelungen (sogenannte Vorhaltevergütung) sowie die Sicherung und Stärkung der ärztlichen Weiterbildung. Zudem betonte der Ärztetag die zentrale Bedeutung einer patienten- und aufgabengerechten ärztlichen Personalausstattung und forderte eine Berücksichtigung der Personalaufwände im Rahmen der Vorhaltevergütung.

KHAG: Reformmängel beheben

Den Referentenentwurf zum Krankenhausreformmanpassungsgesetz (KHAG) veröffentlichte das BMG im August 2025. Das Gesetz soll die im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vorgesehenen Anpassungen vornehmen und den Ländern mehr Flexibilität bei der Umsetzung eröffnen.

In ihrer [Stellungnahme vom 21. August 2025](#) begrüßte die Bundesärztekammer einzelne Korrekturen – unter anderem in Bezug auf die mehrfach geforderte Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds. Sie machte jedoch auch deutlich, dass die vorgesehenen Änderungen nicht ausreichen, um die grundlegenden Konstruktionsmängel der Reform zu beheben.

[In diesem Zusammenhang betonte BÄK-Präsident Reinhardt](#), „dass die Länder mehr Handlungsspielräume erhalten, ist richtig. Dabei kann es nicht darum gehen, die übergeordneten Reformziele und eine bundesweit kohärente Planung in Frage zu stellen, sondern diesen Zielen durch eine sachgerechte regionale Umsetzung besser gerecht zu werden“.

Vor allem die Ausgestaltung der Vorhaltevergütung, der Leistungsgruppen-Groupier sowie die zunehmende Bürokratiebelastung blieben aus Sicht der Bundesärzte-



© VLevi/stock.adobe.com

kammer problematisch. Zudem seien die Auswirkungen der Reform auf die ärztliche Weiterbildung weiterhin unzureichend berücksichtigt. Um die Reformausrückwirkungen auf die ärztliche Weiterbildung ausreichend abzufedern, seien insbesondere Ausnahmeregelungen bei der Arbeitnehmerüberlassung dringend erforderlich.

Die in der Stellungnahme aufgegriffenen Themen wurden auch im Ausschuss „Stationäre Versorgung“ der Bundesärztekammer beraten. Mit Blick auf die bestehenden praktischen Probleme und offenen Fragen der Vorhaltevergütung betonten die beiden Ausschussvorsitzenden, Dr. Susanne Johna und Dr. Günther Matheis, dass dieser Teil der Reform einer grundlegenden Überarbeitung bedarf, die nicht bis zum Jahr 2027 aufgeschoben werden dürfe.

Anrechenbarkeit von Qualifikationen

Gemeinsam mit dem niedersächsischen Gesundheitsminister Dr. Andreas Philippi, der 1. Vorsitzenden des Marburger Bundes, Dr. Susanne Johna, und der damaligen Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. Martina Wenker, wies BÄK-Präsident Reinhardt auf erhebliche praktische Probleme bei der Regelung zur [Anrechenbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten auf Leistungsgruppen](#) hin. Die Beteiligten forderten eine gesetzliche Nachsteuerung und medizinisch sinnvolle Anpassung der Regelung in § 135e SGB V, um eine Anrechnung von Fachärztinnen und Fachärzten entsprechend ihrer Qualifikation zu ermöglichen.

Nach Veröffentlichung des Kabinettsbeschlusses des Krankenhausreformanpassungsgesetzes (KHAG) [im Oktober 2025 sah die Bundesärztekammer nur begrenzte Fortschritte](#). Zwar seien punktuelle Anpassungen vorgenommen worden, grundlegende strukturelle Fragen blieben jedoch weiterhin offen.

In ihrer [Stellungnahme vom 15. Dezember 2025](#) beschreibt die Bundesärztekammer Handlungsbedarf

bei Themen, die voraussichtlich längere Abstimmungsprozesse und gegebenenfalls weitere gesetzliche Regelungen erfordern, wie etwa bei der geplanten, stark fallzahlabhängigen Vorhaltevergütung, der Weiterentwicklung der Leistungsgruppensystematik, der Umsetzung von weiteren Empfehlungen im LGA zur Leistungsgruppensystematik und bei der Berücksichtigung der ärztlichen Weiterbildung.

[Im Vorfeld der Anhörung des Gesetzentwurfs im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags betonte Dr. Klaus Reinhardt](#), dass ärztliche Weiterbildung entscheidend dafür sei, auch zukünftig genügend Fachärztinnen und Fachärzte für die Patientenversorgung zur Verfügung zu haben.

Regionale Zusammenschlüsse von Krankenhäusern, Arztpraxen oder Medizinischen Versorgungszentren müssten durch Weiterbildungsverbände, die von den (Landes-)Ärztekammern anerkannt sind, gestärkt werden. Zusätzlich sollten bei der Zuteilung von Leistungsgruppen vorrangig Häuser berücksichtigt werden, die sich aktiv an Weiterbildung und regionalen Verbänden beteiligen. Rotationen innerhalb dieser Verbände dürften nicht durch die Regelungen des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes behindert werden.

Auch nach Ablauf des Berichtsjahres besteht weiterhin erheblicher Anpassungsbedarf bei der Krankenhausreform. Die BÄK wird den Reformprozess auch künftig aktiv begleiten, um die Reform praktikabel und nachhaltig weiterzuentwickeln, und ihren medizinisch-fachlichen Sachverstand insbesondere im Leistungsgruppenausschuss einbringen. ■

Ärztliches Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer

Praxistauglichkeit von ÄPS-BÄK im Versorgungsalltag erprobt

Laut Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz soll ein Konzept zur ärztlichen Personalbemessung auf seine Praxistauglichkeit geprüft werden. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wählte dazu das Ärztliche Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) aus und hat im Berichtsjahr einen externen Auftragnehmer mit der bundesweiten Erprobung beauftragt. Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Erprobung liefern wertvolle Hinweise für die gezielte Weiterentwicklung des Instruments mit Blick auf gesetzliche Vorgaben zur ärztlichen Personalbemessung.

Die Bundesärztekammer hat die Evaluation von ÄPS-BÄK ausdrücklich begrüßt und die Ärztinnen und Ärzte der betreffenden Fachabteilungen aufgefordert, sich aktiv in den Prozess einzubringen. „ÄPS-BÄK wurde von Ärztinnen und Ärzten für Ärztinnen und Ärzte entwickelt“, betonten die beiden Vorsitzenden der Arbeitsgruppe „Ärztliche Personalbemessung“ der Bundesärztekammer, Dr. Susanne Johna und Prof. Dr. Henrik Herrmann, [anlässlich des Starts der Erprobung](#). Bei dieser komme es darauf an, dass die Kolleginnen und Kollegen die Erprobung mit ihrer fachlichen Kompetenz prägen.

ÄPS-BÄK basiert auf einem spätestens seit dem Jahr 2019 klar formulierten Anspruch, ärztliche Personalausstattung nicht an Minimalgrenzen, sondern an einer patienten- und aufgabengerechten Versorgung auszurichten. Dieser Ansatz umfasst neben der direkten Patientenversorgung ausdrücklich auch zahlreiche weitere Aufgaben wie Fort- und Weiterbildung, Qualitätsmanagement, Dokumentation sowie kommunikative und koordinierende Aufgaben. Die Realität ärztlicher Arbeit sachgerecht abbilden zu können, war daher maßgeblich bei der Entwicklung des Systems.

In den Vorjahren wurde ÄPS-BÄK als browserbasierte Anwendung entwickelt. Mit fachspezifischen Modellen in einer Erhebungsplattform wurde ÄPS-BÄK zu einem System entwickelt, das eine Anwendung in Krankenhausabteilungen ermöglichte.

Die Entwicklung und Einführung eines durch die Ärzteschaft selbst initiierten Personalbemessungssystems ist von zentraler Bedeutung. Nur so können die tatsächlichen Inhalte, Verantwortlichkeiten und Belastungen ärztlicher Arbeit sachgerecht abgebildet werden. Ärztliche Tätigkeit umfasst weit mehr als die



© Christian Clawe-Griebel/Hellwood

Durchführung einzelner Prozeduren. Sie schließt die Verantwortung für Diagnostik, Therapieentscheidungen, Koordination, Weiterbildung, Qualitätssicherung und Kommunikation ein.

Dr. Susanne Johna und Prof. Dr. Henrik Herrmann, Vorsitzende der Arbeitsgruppe „Ärztliche Personalbemessung“ der Bundesärztekammer

Ein von der Ärzteschaft entwickeltes Instrument stellt sicher, dass diese komplexen Anforderungen fachlich korrekt, patientenorientiert und unabhängig von kurzfristigen ökonomischen Steuerungslogiken in die Personalbemessung eingehen. Damit schafft ÄPS-BÄK eine legitime Grundlage für eine realistische, qualitativ ausgerichtete und nachhaltig tragfähige ärztliche Personalausstattung im Krankenhaus.

KPMG mit Erprobung beauftragt

Die bundesweite Erprobung erfolgte im Jahr 2025 in somatischen Abteilungen für die Behandlung von Erwachsenen sowie

von Kindern und Jugendlichen. Ziel dieser Erprobung gemäß § 137m Abs. 2 SGB V war es, die Anwendungsreife, Praxistauglichkeit und methodische Belastbarkeit des Instruments zu überprüfen. Mit der Erprobung wurde durch das BMG die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG beauftragt.

Für die in den Häusern ausgewählten Fachabteilungen wurden ärztliche Arbeitszeitanteile, Zusatz- und Basisaufwände sowie fachabteilungsspezifische Tätigkeiten in der auf dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig präsentierten Erhebungsmaske dokumentiert. Ergänzt wurde die Datenerhebung durch die in ÄPS-BÄK integrierten Rückmeldefunktionen wie beispielsweise Freitextkommentare, um Anwendungsprobleme, Interpretationsfragen und Verbesserungspotenziale systematisch zu erfassen.

Der Erprobungsbericht kommt zu dem Ergebnis, dass ÄPS-BÄK grundsätzlich für die Anwendung in den einzelnen Abteilungen und Kliniken geeignet ist. Er zeigt aber auch, dass für eine Erfüllung der Vergleichbarkeitsanforderungen, wie sie im Rahmen einer gesetzlichen Vorgabe notwendig wären, weitere Konkretisierungen erforderlich sind.

Die Erprobung hat aus Sicht der BÄK den systematischen Ansatz von ÄPS-BÄK grundsätzlich bestätigt, und dies, obwohl die Erprobung unter für alle Beteiligten herausfordernden Bedingungen erfolgte. Die Bundesärztekammer dankt den Ärztinnen und Ärzten in den beteiligten Krankenhäusern, die sich in dem sehr engen Zeitfenster, das sich aus dem gesetzlichen Rahmen ergab, engagiert an der Erprobung beteiligt haben.

Die Beteiligung der Ärztinnen und Ärzte war allerdings nicht in allen Erprobungshäusern in gleichem Umfang gewährleistet. Eine durchgängigere Einbeziehung der verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte und eine intensivere Begleitung der Häuser, auch mit Blick auf eine inhaltliche Plausibilisierung, hätten vermutlich zu einer besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse beigetragen. Der Aufwand für die Beteiligten in den Krankenhäusern war im Rahmen dieser erstmaligen breiten Anwendung sicherlich hoch. Er bleibt mit ÄPS-BÄK aber weit hinter dem Aufwand der Personalbemessung in der Pflege zurück, weil keine tägliche patientenscharfe Erfassung, sondern eine zusammenfassende jährliche Erhebung erfolgt.

Die Bundesärztekammer geht außerdem davon aus, dass der Aufwand sich bei wiederholter Anwendung deutlich vermindert. Die durch die Erprobung gewonnenen Erkenntnisse stellen einen wertvollen Erfahrungsschatz für die Weiterentwicklung von ÄPS-BÄK dar. Erstmals liegen belastbare Erfahrungswerte aus der Anwendung in großem Umfang vor. In der Folge konnten bereits deutliche

Verbesserungen in der Anwendung selbst sowie der Nutzerfreundlichkeit umgesetzt werden. Zu-

dem zeigte sich, dass ÄPS-BÄK in der Lage ist, den realen ärztlichen Arbeitsalltag in Krankenhäusern strukturiert und differenziert abzubilden.

Ein Instrument, das der Komplexität der gestellten Aufgabe gewachsen sein soll, benötigt einen kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess, um Vergleichbarkeit, Benutzerfreundlichkeit und Interpretierbarkeit der Daten stetig weiter zu erhöhen. ÄPS-BÄK ist kein rein statisches Rechentool, sondern ein lernendes System, das an die Vielfalt der realen Versorgungssituationen angepasst werden kann. Die Bundesärztekammer verfolgt deshalb auch nach der Erprobung eine konsequente Weiterentwicklung für die flächendeckende Anwendung.

An den bereits auf dem 129. Deutschen Ärztetag in Leipzig gefassten Beschlüssen, die mit ÄPS-BÄK ermittelten Personalaufwände in der Vorhaltevergütung auch gesetzlich zu hinterlegen, hält die Bundesärztekammer weiter fest. Dieses Ziel bleibt im Übrigen unverändert aktuell. Der Gesetzgeber hat Pflegepersonalvorgaben festgelegt und einen Entwicklungsauftrag für Personalvorgaben im therapeutischen Bereich angekündigt. In diesem Kontext wäre es nicht nachvollziehbar, dass die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte nicht mitgedacht wird. ÄPS-BÄK ermöglicht die abteilungsspezifische Absicherung einer patienten- und aufgabengerechten ärztlichen Personalausstattung. ■





Gebührenordnung für Ärzte

GOÄ-Reform nun auch auf politischer Ebene in der Umsetzung

Mit der öffentlichen Ankündigung von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, die GOÄ-Reform umzusetzen, ist der Novellierungsprozess auch auf politischer Ebene in Gang gekommen. Zuvor hatte der Entwurf einer novellierten Gebührenordnung für Ärzte auf dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig eine breite Zustimmung erfahren. Bis eine neue GOÄ in Kraft ist, erfordert auch die gültige GOÄ den Einsatz der BÄK: Sei es bei der Vergütung für die Behandlung von Bundespolizistinnen und -polizisten oder bei der Vergütung für Jugendarbeitsschutzuntersuchungen.

Der 129. Deutsche Ärztetag 2025 in Leipzig hat den Vorstand der Bundesärztekammer mit sehr großer Mehrheit beauftragt, den gemeinsam mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) entwickelten Entwurf einer novellierten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an das Bundesgesundheitsministerium mit der Aufforderung zu übergeben, die Novellierung der GOÄ auf dieser Grundlage unverzüglich einzuleiten.

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hatte bereits im Rahmen des Ärztetages signalisiert, einen gemeinsam von Bundesärztekammer und PKV-Verband erarbeiteten Vorschlag prüfen und aufgreifen zu wollen. Nach der offiziellen Übergabe des Entwurfes an das Bundesgesundheitsministerium bekräftigte und konkretisierte die Ministerin im Herbst 2025 ihre Ankündigung. Sie stellte die Vorlage eines Regelungsentwurfs für Mitte 2026 in Aussicht mit dem Hinweis, dass es bis zum Kabinetts-

beschluss dann weiteren Abstimmungsbedarf geben werde und im Anschluss die Beratungen im Bundesrat abzuwarten seien.

Ende des politischen Stillstands bei der GOÄ-Novellierung

Ende 2025 wurden die Beratungen zum GOÄ-Entwurf zwischen Bundesärztekammer, PKV-Verband und Bundesgesundheitsministerium auch auf Fachebene aufgenommen. Damit ist die Novellierung der GOÄ nach einem viele Jahre währenden politischen Stillstand endlich auch auf politischer Ebene in Gang gekommen.

Ein wesentliches Merkmal der neuen GOÄ soll die kontinuierliche Anpassung an den medizinischen Fortschritt und die Kosten-

entwicklung sowie der Ausgleich eventuell zutage tretender Unstimmigkeiten oder Disparitäten sein. Wie vom Deutschen Ärztetag beschlossen, vereinbarten BÄK und PKV-Verband, damit nicht abzuwarten, bis eine neue GOÄ in Kraft getreten ist. Stattdessen soll auch die Zeit bis dahin genutzt werden, um Anpassungsbedarfe zu prüfen und dem Ordnungsgeber

Bis zum Inkrafttreten einer neuen GOÄ braucht es eine Übergangslösung auf Länderebene in Form von Kollektivvereinbarungen zwischen Kostenträgern und Ärzteschaft, die die angespannte Lage sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für Jugendliche und Sorgeberechtigte löst.



Weitere Informationen

Die Bundesärztekammer stellt auf ihrer [Website umfangreiche Informationen zur GOÄ-Novellierung](#) bereit. Dazu gehören ein Fragen-Antworten-Katalog und ausführliche Erläuterungen zum Rechtsteil. Diese Materialien tragen zu einer besseren Verständlichkeit des GOÄ-Entwurfs bei.

entsprechende Empfehlungen zu übermitteln. Ziel ist, dass die neue GOÄ bei ihrem Inkrafttreten so aktuell und stimmig wie möglich ist.

Die Bundesärztekammer hat dazu bereits im weiteren Verlauf des Berichtsjahres Gespräche mit dem PKV-Verband geführt. Im ersten Quartal 2026 wurden erneut die ärztlichen Verbände und Fachgesellschaften in zahlreichen Fachgesprächen beteiligt, um deren Sachverstand auch bei den letzten Anpassungen am Entwurf einzubinden.

Vergütungssituation bei Jugendarbeitsschutzuntersuchungen

Die Bundesärztekammer hat im März 2025 eine [Stellungnahme zur Vergütungssituation bei Jugendarbeitsschutzuntersuchungen](#) veröffentlicht und damit auf die derzeitigen Probleme bei der Durchführung dieser ärztlichen Leistung reagiert. Ärztinnen und Ärzte können für eine Jugendarbeitsschutzuntersuchung grundsätzlich nur den einfachen Gebührensatz abrechnen. Die Kosten der Untersuchung werden von den Ländern als öffentlich-rechtliche Kostenträger getragen, vgl. Nr. 32 i.V.m. § 11 Abs. 1 GOÄ.

Für das Honorar in Höhe von 23,31 Euro sehen sich Ärztinnen und Ärzte teilweise nicht länger in der Lage, die Untersuchung durchzuführen. Die Jugendarbeitsschutzuntersuchung wird deshalb vermehrt nur noch unter Abschluss einer Honorarvereinbarung angeboten. Die Kostentragungspflicht liegt dann wiederum bei den Jugendlichen bzw. deren Sorgeberechtigten.

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer dient als Unterstützung für die (Landes-)Ärzttekammern, die in ihren Kammerbereichen mit der Problematik konfrontiert werden. In einzelnen Kammerbereichen ist es zum Austausch mit den zuständigen Landesbehörden gekommen. Da bisher jedoch auf Seiten der Länder noch keine Bereitschaft zum Abschluss von Vereinbarungen besteht, bleibt das Thema auch für 2026 auf der Agenda.

Vereinbarung zur Behandlung von Bundespolizisten

Für die Behandlung von Polizeivollzugsbeamtinnen und -beamten der Bundespolizei außerhalb des Sicherstellungsauftrages durch zivile Ärztinnen und Ärzte gilt seit Jahrzehnten eine zwischen dem Hartmannbund, dem Virchowbund und dem Marburger Bund im Benehmen mit der Bundesärztekammer und dem Bundesministerium des Inneren (BMI) getroffene Vereinbarung, die die Gebührensätze gemäß der GOÄ festlegt. Die Vereinbarung wurde zuletzt in den Jahren 2008 und 2015 aktualisiert.

Unabhängig davon wurde zwischen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und dem BMI eine Vereinbarung zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit höheren Vergütungssätzen abgeschlossen. Vor diesem Hintergrund hat die BÄK nach vorheriger Rücksprache mit den involvierten ärztlichen Verbänden Kontakt mit dem BMI mit der Bitte um Anpassung der Vereinbarung für die ärztlichen Vergütungen aufgenommen. Das BMI hat dem zugestimmt.

Wahlärztliche Leistungen können in der neuen Vereinbarung allerdings nicht mehr berücksichtigt werden, da in der zu-

grundlegenden Verordnung (Verordnung zur Änderung der Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung) im Berichtsjahr trotz gewerkschaftlichen Widerstands die wahlärztlichen Leistungen gestrichen wurden.

Neuer Vertragspartner für die Seite der Ärzteschaft ist die Bundesärztekammer – in Rücksprache mit dem Hartmannbund, dem Virchowbund und dem Marburger Bund. Die [neue Vereinbarung](#) hebt die

Gebührensätze auf den Regelhöchstsatz an. Darüber hinaus wird die Vereinbarung des BMI mit der BPTK, die in ihrer jüngsten Fassung auch große Teile der gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen von BÄK, BPTK sowie dem PKV-Verband und der Beihilfe zur Erbringung neuer psychotherapeutischer Leistungen abbildet, inhaltsgleich in die Vereinbarung zwischen BMI und BÄK übernommen. ■

10 gute Gründe für eine neue GOÄ



© HNFOTO/stock.adobe.com

1. **Differenziertes, ärztlich erarbeitetes Leistungsverzeichnis:** Die neue GOÄ entspricht dem Stand der modernen Medizin. Analogbewertungen sind dadurch für das aktuelle Leistungsspektrum nicht mehr nötig, bleiben aber bei Innovationen möglich.
2. **Rechtssicherheit und Transparenz:** Abrechnungsstreitigkeiten als Folge der völlig veralteten GOÄ entfallen.
3. **Kontinuierliche Anpassung** des Gebührenverzeichnisses an den medizinischen Fortschritt und die Kostenentwicklung
4. **Weniger Abrechnungsausschlüsse:** Viele sachlich nicht begründete Ausschlüsse der aktuellen GOÄ fallen weg.
5. **Bessere Honorierung für die Breite der Ärzteschaft** ohne Überforderung der Patientinnen und Patienten: Beide Seiten prognostizieren einen Anstieg des PKV-Ausgabevolumens von bis zu +13,2 % (1,9 Mrd. Euro) in den ersten drei Jahren.
6. **Keine Budgetierung:** Bewährte Prinzipien der privatärztlichen Tätigkeit werden beibehalten: Einzelleistungsvergütung, Therapiefreiheit und der Verzicht auf eine Budgetierung.
7. **Angemessene Bewertung der ärztlichen Zuwendung** im Gespräch, in der Untersuchung und der Behandlung. Das kommt allen Ärztinnen und Ärzten in der Patientenversorgung und ihren Patientinnen und Patienten zugute.
8. **Bessere Abbildung von Erschwernissen:** An die Stelle des begründungspflichtigen und streitanfälligen „Steigerns“ tritt eine große Zahl an Zuschlägen und eine Zeittaktung bei vielen Leistungen.
9. **Mehr Leistungen und Zuschläge bei Kindern:** Das kommt allen Ärztinnen und Ärzten zugute, die sich in ihren Fachgebieten (auch) um Kinder kümmern.
10. **Stabile Rahmenbedingungen für Wahlärztinnen und Wahlärzte:** Die rechtlichen Regelungen für Vertreter bleiben erhalten.

Gesundheitswesen auf Krisen- und Katastrophenfall vorbereiten

Die Covid-19-Pandemie oder Angriffe auf kritische Infrastrukturen haben gezeigt, dass die Krisenfestigkeit des deutschen Gesundheitssystems dringend verbessert werden muss. Die Bundesärztekammer hat deshalb im Berichtsjahr die Arbeitsgruppe „Resilienz des Gesundheitswesens“ einberufen. Diese erarbeitet Vorschläge zur Verbesserung der Resilienz des Gesundheitswesens aus ärztlicher Sicht.

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist auf Krisen und Katastrophen bis hin zu einem Bündnis- oder Verteidigungsfall nur unzureichend vorbereitet. Um festgestellte Defizite abstellen zu können, hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Jahr 2025 mit der Vorbereitung eines Gesundheitssicherstellungsgesetzes begonnen. Die BÄK hat sich mit ihrer Expertise in diesbezüglich eingerichtete Arbeitsgruppen eingebracht. Neben dem Bund überprüfen auch die Länder ihre Strategien zur Stärkung der Krisenresilienz.

Um das Gesetz mitgestalten zu können, hat eine durch den Vorstand der Bundesärztekammer eingesetzte Arbeitsgruppe „Resilienz des Gesundheitswesens“ unter der Leitung der beiden Vorsitzenden, Prof. Dr. Uwe Ebmeyer und Dr. Edgar Pinkowski, im Oktober 2025 ihre Arbeit aufgenommen. Ein zu entwickelndes Strategiepapier soll Handlungsfelder aufzeigen, in denen die Bundesärztekammer und (Landes-)Ärzttekammern aktiv zur Steigerung der Resilienz des Gesundheitswesens beitragen können. Im Mittelpunkt stehen dabei Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit, die durch Krisen- und Katastrophenfälle hervorgerufen werden.

Beschluss des 129. Deutschen Ärztetages

Der 129. Deutsche Ärztetag 2025 in Leipzig hatte sich intensiv mit der [Krisenresilienz in Deutschland](#) befasst. Die Abgeordneten forderten Bund, Länder und Kommunen dazu auf, umgehend die notwendigen Maßnahmen einzuleiten, um das Gesundheitswesen krisenfest zu machen.

Aus Sicht der Bundesärztekammer müsste unter anderem ein Lagezentrum Gesundheit auf Bundesebene eingerichtet werden. Das Lagezentrum würde einen tagesaktuellen Überblick über den Bedarf und die zur Verfügung stehenden Versorgungskapazitäten ermöglichen. Zu erfassen wären in diesem Lagezentrum etwa die tagesaktuelle Verfügbarkeit von Krankenhaus- und Intensivbetten oder die Menge von Sanitätsmaterial und der entsprechende Lagerungsort. Dabei sollte die BÄK einbezogen werden, um bei der Lageeinschätzung die ärztliche Perspektive einzubringen.

Die BÄK steht der Politik mit ihrer Expertise zur Verfügung, etwa bei der Einschätzung, wie sich Maßnahmen auf die Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten auswirken. Diese Einschätzung ist beispielsweise unverzichtbar, wenn der erforderliche Schutz von Gesundheitseinrichtungen mit effizienten Arbeitsabläufen in Einklang zu bringen ist. Die Vermittlungsfunktion betrifft auch die Information der Ärztinnen und Ärzte, wie sich Krisen auf ihren Arbeitsalltag und das Gesundheitssystem als Ganzes auswirken können.

Eine wichtige Rolle spielen die (Landes-)Ärzttekammern bei der Bedarfsanalyse der Kompetenzen und Fähigkeiten, die Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung in Krisensituationen aufweisen sollten. Zu berücksichtigen ist dabei, dass in einem Krisenfall andere Kompetenzen erforderlich werden können als in der Regelversorgung, etwa wenn es um die Behandlung spezieller Verletzungsbilder geht. Die Bundesärztekammer hat bereits ein umfangreiches Fortbildungsangebot im rettungsdienstlichen Bereich entwickelt. Weitere Curricula sind nach Bedarf zu ergänzen. ■

(Muster-)Weiterbildungsordnung weiterentwickeln



Nach Beschluss des weiterentwickelten Abschnitts C der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018 durch den 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig haben die Weiterbildungsgremien unter Leitung der beiden Vorsitzenden der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“, Dr. Johannes Albert Gehle und Prof. Dr. Henrik Herrmann, die Beratungen zu Abschnitt B aufgenommen.

Für die Weiterentwicklung des Abschnitts B der MWBO wurden zunächst 31 Gespräche mit Fachgesellschaften, Berufsverbänden sowie jungen Kolleginnen und Kollegen geführt. Mit allen Fachgruppen wurde insbesondere die Möglichkeit einer Verkürzung der Gesamt-Weiterbildungszeit, die Notwendigkeit einer Ausweisung obligater stationärer oder ambulanter Weiterbildungszeiten sowie Anpassungsbedarfe bei den Weiterbildungsinhalten beraten – unter anderem mit Blick auf eine Aktualisierung sowie grundständige Ausrichtung der Facharzt-

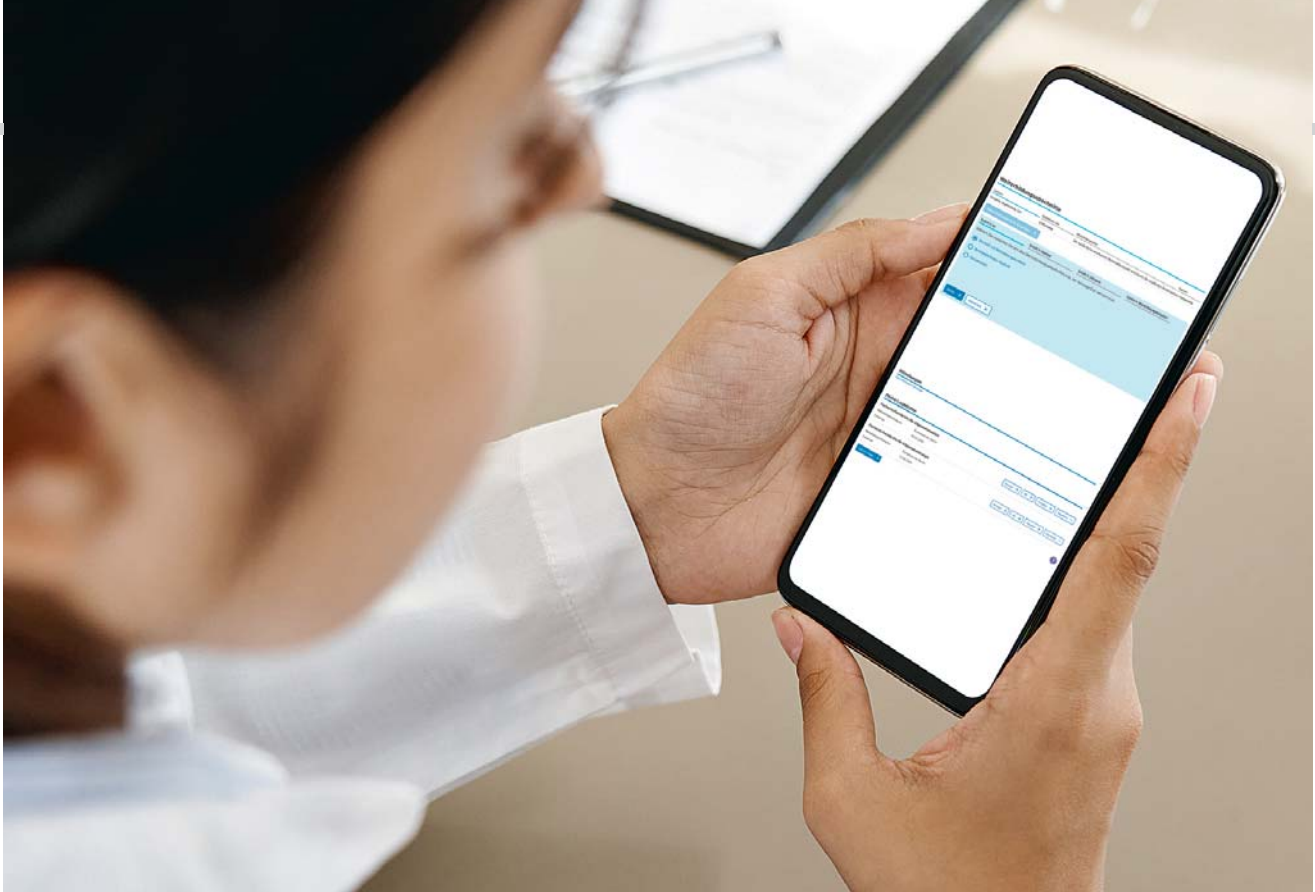
Weiterbildungen. Im Nachgang wurden die Fachgruppen gebeten, nach interner Erörterung Rückmeldungen und Anpassungsvorschläge zu übermitteln.

Bei der Verkürzung von Weiterbildungszeiten ergaben sich – teilweise auch innerhalb der Fachgruppen – unterschiedliche Sichtweisen. Im Berichtsjahr konnte diesbezüglich trotz intensiver Beratungen auch im Rahmen weiterer Fachgespräche noch keine abgestimmte Position gefunden werden. Dagegen wurden verschiedene, im Zuge der Umsetzung der MWBO 2018 identifizierte, Herausforderungen mit Anpassungsvorschlägen adressiert und Weiterbildungsinhalte aktualisiert.

Darüber hinaus wurden verbliebene Punkte des Abschnitts C bearbeitet. Hierzu zählte beispielsweise die Abstimmung der Weiterbildungsinhalte der vom 129. Deutschen Ärztetag 2025 beschlossenen neuen Zusatz-Weiterbildung „Klinische Palliativmedizin“.

Der Entwurf einer weiterentwickelten MWBO 2018 wird auf dem 130. Deutschen Ärztetag 2026 in Hannover vorgelegt.

Im Anschluss ist eine Befassung der Weiterbildungsgremien mit neuen didaktischen Methoden und zahlreichen Anträgen auf Etablierung neuer Qualifikationen in der MWBO 2018 vorgesehen. In diesem Rahmen soll auch die grundsätzliche Frage beraten werden, inwiefern die zunehmende Spezialisierung und Ausdifferenzierung der Medizin künftig in der ärztlichen Weiterbildung abgebildet werden kann und soll. Hierzu könnten auch konzeptionelle Alternativen geprüft werden. ■



© insta_photos/Stock/Getty-Images [m]

Ärztliche Weiterbildung

eLogbuch: Nutzerfreundlichkeit der Funktionen im Fokus

Das eLogbuch hat sich mit mehr als 170 000 Nutzerinnen und Nutzern als Instrument zur Weiterbildungsdokumentation etabliert. Im Berichtsjahr wurden eine Reihe von Weiterentwicklungen umgesetzt, weitere sind für 2026 bereits geplant.

Im Auftrag des 128. Deutschen Ärztetages 2024 führte die Bundesärztekammer im Zeitraum vom 20. Januar bis 17. Februar 2025 eine Nutzerbefragung durch, an der insgesamt 655 Weiterzubildende (WBA) und 387 Weiterbildungsbefugte (WBB) teilnahmen.

Darüber hinaus wurde ein sogenannter Styleguide, also eine Expertin für die optische Gestaltung von Webanwendungen, mit einer Einschätzung zur Nutzeroberfläche des eLogbuchs beauftragt. Auf dieser Basis wurden zahlreiche Funktionen sowie die Nutzeroberfläche geprüft und überarbeitet. Kernelemente waren dabei eine bessere Übersichtlichkeit der Oberfläche, eine schrittweise Nutzerführung bei komplexen Funktionen – insbesondere Anlegen eines Logbuchs und eines Weiterbildungsabschnitts –, eine verbesserte Abbildung der Weiterbildungsinhalte sowie eine optimierte farbliche Darstellung. Auf

dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig wurden die umgesetzten Maßnahmen vorgestellt und einhellig begrüßt.

Im Rahmen einer Klausurtagung der Arbeitsgruppe (AG) eLogbuch unter der Leitung der beiden Vorsitzenden, Dr. Johannes Albert Gehle und Prof. Dr. Henrik Herrmann, wurden im März 2025 verschiedene Anregungen und Vorschläge aus den (Landes-)Ärzttekammern im sogenannten Usability-Paket 5 zusammengefasst, zum Beispiel Bestätigungsfunktion für Weiterbildungsabschnitte und Importfunktion äquivalenter Weiterbildungsinhalte in den Gebieten Innere Medizin und Chirurgie. Die Änderungen wurden im März 2026 umgesetzt.

Statistische Auswertungen zum eLogbuch nutzen

Mit zunehmender Nutzung des eLogbuchs gewinnt auch die Frage möglicher statistischer Auswertungen an Bedeutung. Ziel ist es insbesondere, Abschätzungen über die künftige Zahl abgeschlossener Facharztweiterbildungen zu ermöglichen. Für aussagekräftige Ergebnisse werden mit dem Usability-Paket 5 Anpassungen in der Webanwendung eLogbuch vorgenommen, unter anderem um die Daten der Logbücher von WBA mit erfolgreich abgeschlossener Facharztprüfung sowie von angelegten, aber nicht von einer Weiterbildung flankierten Logbüchern zu bereinigen.

Für das Jahr 2026 sind weitere Anpassungen des eLogbuchs in Vorbereitung. So sollen die Kommunikationsfunktionen für die Nutzerinnen und Nutzer optimiert und eine Stellvertreterfunktion für WBB eingeführt werden.

Anzahl der Drittanbieter erweitern

Die Drittanbieterschnittstelle zum eLogbuch ermöglicht es, weiterbildungsrelevante Daten aus anderen Anwendungen wie beispielsweise der App des Deutschen Ärzteblattes zu übernehmen und somit Doppeldokumentationen zu vermeiden bzw. die Dokumentation der Selbsteinschätzung durch die WBA niedrigschwelliger zu gestalten. Die Schnittstelle wird in zunehmendem Maße durch die WBA genutzt. Neben den drei etablierten Drittanbietern bereiten weitere Anbieter den Livegang vor bzw. befinden sich im Stadium der Vertragsverhandlungen mit der Bundesärztekammer.

Für 2026 stehen – neben der Umsetzung bereits geplanter Vorhaben – weitere Projekte auf der Agenda. Plausibilitätsprüfungen zur transparenten Darstellung derjenigen Weiterbildungsinhalte, die von einer Befugnis umfasst sind, und eine bessere Orientierung des eLogbuchs an den tatsächlichen Weiterbildungsbiografien der WBA werden eine wichtige Rolle spielen. ■

Geplante Anpassungen für 2026

Funktionen zur optimierten Kommunikation mit den Nutzerinnen und Nutzern:

- E-Mail-Erinnerungsfunktion für WBA, die längere Zeit ihren Weiterbildungsfortschritt nicht dokumentieren;
- Informations-Icons im Kopfteil des Logbuchs für auf die Weiterbildungsordnung bezogene, über einen längeren Zeitraum relevante Informationen;
- erweiterte Mitteilungsfunktion für Informationen im Sinne von „Neuigkeiten“, z. B. Hinweis auf eLogbuch-Schulungen oder technische Probleme, die an einen bestimmten Adressatenkreis gesendet werden können.

Einführung einer Stellvertreterfunktion für WBB:

Ausgehend von dem in einer (Landes-)Ärztekammer eingeführten Mentorenmodell sollen zukünftig vom WBB benannte Stellvertreterinnen und Stellvertreter Zugriff auf ein durch den WBA freigegebenes Logbuch erhalten und im Namen des WBB Kompetenzen bestätigen können. Ziel des Projektes ist es, einen übergeordneten flexiblen Rahmen zu schaffen, in dem sich kammer-spezifische Lösungen für Stellvertreterregelungen abbilden lassen.

eLOGBUCH

Praxisorientierte Hinweise ergänzen (Muster-)Fortbildungsordnung 2024

Die Bundesärztekammer hat detaillierte Hinweise und Erläuterungen zur einheitlichen und konsequenten Anwendung der Anerkennungsvoraussetzungen für Fortbildungen veröffentlicht, wie sie in der neuen (Muster-)Fortbildungsordnung (MFBO) 2024 festgelegt sind.



Verweis in die aktualisierten „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ aufgenommen. Darüber hinaus wurden die [„Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“](#) angepasst, um der neuen Rechtslage Rechnung zu tragen. Die aktualisierten Empfehlungen präzisieren nicht nur die Vorgaben der MFBO, sondern geben auch spezifische Hinweise zur Durchführung von Bildungsmaßnahmen, die über die rein formalen Anforderungen hinausgehen.

Die Bundesärztekammer wird die FAQ in Abstimmung mit den (Landes-)Ärztkeammern bei Bedarf kontinuierlich um neu auftretende Fragestellungen aus der Praxis erweitern. Zudem ist vorgesehen, die „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ weiterzuentwickeln und die Inhalte zur qualitativ hochwertigen Konzeption und Durchführung von Bildungsmaßnahmen mit neuen Aspekten – wie z. B. didaktischen Grundsätzen, Methodenwahl, zeitliche und strukturelle Gestaltung, Qualitätssicherung sowie formalen und organisatorischen Anforderungen – zu ergänzen.

Nach der Verabschiedung der neuen MFBO auf dem 128. Deutschen Ärztetag 2024 und der anschließenden Übernahme des Regelwerks in das Satzungsrecht der (Landes-)Ärztkeammern ist es von zentraler Bedeutung, die Anerkennungsvoraussetzungen flächendeckend und einheitlich anzuwenden. Dies gewährleistet nicht nur eine verlässliche Grundlage für Bildungsanbieter bundesweit, sondern trägt auch der Notwendigkeit Rechnung, die Neutralität, Transparenz und Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen zu wahren.

Zur Unterstützung einer reibungslosen Umsetzung der MFBO in der Praxis wurden im Berichtsjahr unter der Leitung der beiden Vorsitzenden der Ständigen Konferenz „Ärztliche Fortbildung“, Dr. Günther Matheis und Dr. Gerald Qwitterer, gemeinsam mit den Verantwortlichen der (Landes-)Ärztkeammern insbesondere zu den §§ 5 und 6 der MFBO, die die zentralen Anerkennungsvoraussetzungen enthalten, umfassende Hinweise und Erläuterungen erarbeitet und konsentiert.

Diese Hinweise und Erläuterungen sind in Form einer [Handreichung im FAQ-Format](#) erstellt und als

Gemeinsam mit den (Landes-)Ärztkeammern setzt sich die BÄK weiterhin für eine konsequente Anwendung der neuen Regelungen ein, um die Unabhängigkeit und Transparenz des Bildungssystems zu stärken. Durch eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Regelungen soll sichergestellt werden, dass die ärztliche Fortbildung auch in Zukunft auf einem hohen Niveau bleibt und den Anforderungen des medizinischen Fortschritts sowie den Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns gerecht wird. ■



© Chalabala/Stock/Getty-Images

BÄK-Curricula

Fortbildungsqualifikationen für die präklinische Notfallmedizin

Die Bundesärztekammer hat die grundlegende Überarbeitung und Ergänzung von ärztlichen Fortbildungen im Bereich präklinische Notfallmedizin im Berichtsjahr erfolgreich fortgesetzt.

Die bereits in den Vorjahren beschlossenen BÄK-Curricula „Telenotarzt/Telenotärztin“ und „Leitender Notarzt/Leitende Notärztin“ sowie der Indikationskatalog für den Notarzteinsatz (NAIK) wurden im Jahr 2025 zunächst um das grundlegend überarbeitete [Curriculum „Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin Rettungsdienst“ \(ÄLRD\)](#) ergänzt.

Die Funktion des/der ÄLRD umfasst die Entscheidungs- und Weisungsbefugnis in allen medizinischen Belangen, das medizinische Qualitätsmanagement und die fachliche Gesamtkonzeption der Patientenversorgung bei der Durchführung des Rettungsdienstes. Ziel ist es, im Rettungsdienst organisationsübergreifend die notwendigen Strukturen aufzubauen und die Prozessabläufe konstant sach-, zeit- und bedarfsgerecht zu gestalten. Das Curriculum hat einen Umfang von 50 Unterrichtseinheiten. Das neue BÄK-Curriculum ersetzt die bisherigen „Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Qualifikation Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD)“.

Im Anschluss erarbeitete die Bundesärztekammer ein neues [Curriculum „Notarzt/Notärztin in der Luft-](#)

[rettung“](#). Dieses befasst sich mit den spezifischen Anforderungen und Bedingungen bei Einsätzen mit Rettungs- oder Intensivtransporthubschraubern. Neben fundierten Kenntnissen in der Notfall- und Intensivmedizin sind hier ausgeprägte Entscheidungs- und Handlungskompetenzen auch unter Zeitdruck sowie hervorragende kommunikative Fähigkeiten im Team sowie im Kontakt mit Patientinnen und Patienten gefragt. Das BÄK-Curriculum definiert hierfür die notwendigen Anforderungen und schafft erstmals eine bundeseinheitliche Qualifikation.

Beide Curricula wurden im Rahmen der Entwicklung von Qualifikationen im Rettungsdienst unter der Leitung der Vorstandsmitglieder der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Uwe Ebmeyer, Dr. Günther Matheis und Dr. Edgar Pinkowski, in enger Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus Notfallversorgung und Rettungsdienst sowie den relevanten Fachgesellschaften erstellt. Sie können nunmehr umgesetzt und angeboten werden.

Die Reaktionen der Fachöffentlichkeit waren durchweg positiv. Geplant ist, im Jahr 2026 ein BÄK-Curriculum „Intensivtransport“ zu veröffentlichen. ■

Gesundheitsbildung bei Kindern und Jugendlichen gemeinsam stärken



© dolgachov/Stock-Getty-Images

Für mehr Gesundheitsbildung von Kindern und Jugendlichen müssen das Bildungs- und das Gesundheitswesen stärker zusammenarbeiten. Im Rahmen der Bildungsministerkonferenz (BMK) fand deshalb am 16. Oktober 2025 ein länderoffener Austausch der Ministerinnen und Minister der Länder mit der Bundesärztekammer und Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen in Berlin statt. Seitens der BÄK nahmen unter anderem Präsident Dr. Klaus Reinhardt und Dr. Gerald Qitterer, Co-Vorsitzender des BÄK-Ausschusses „Public Health“, an dem Gespräch teil.

Bei dem Austausch mit den Bildungsministerinnen und -ministern der Länder wurden gemeinsam Strategien beraten, um insbesondere die Medienkompetenz junger Menschen zu stärken und einen bewussten Medienkonsum zu fördern. Vereinbart wurde, dass dieses Treffen den Auftakt für eine vertiefte Zusammenarbeit zwischen Politik, Gesundheitswesen und Bildungseinrichtungen darstellt. Ziel sei es, Kinder und Jugendliche besser auf die Herausforderungen der digitalen Welt vorzubereiten.

„Kinder und Jugendliche wachsen in einer digitalisierten Welt auf, die enorme Chancen, aber auch er-

hebliche Risiken birgt. Viele Jugendliche verbringen mehrere Stunden täglich vor dem Bildschirm. Studien zeigen deutlich: Ein übermäßiger Medienkonsum kann die körperliche und psychische Gesundheit gefährden. Deshalb müssen wir sie frühzeitig befähigen, digitale Medien reflektiert und maßvoll zu nutzen. Medienkompetenz ist Teil der Gesundheitskompetenz und sollte zur schulischen Grundbildung gehören“, betonte BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt anlässlich des Treffens mit der BMK.

Dr. Gerald Quitterer, Co-Vorsitzender des BÄK-Ausschusses „Public Health“, ergänzte: „Schulen bieten ideale Voraussetzungen, um Gesundheitskompetenz schon im frühen Alter systematisch zu fördern. Wir brauchen Lehrplaninhalte zu zentralen Gesundheitsthemen. Wichtig ist zudem, dass gezielt Programme zur Förderung von Medienkompetenz in Schulen und für Familien etabliert werden“.

Länderübergreifende Strategie erforderlich

Bereits der [127. Deutsche Ärztetag 2023 in Essen](#) hatte die Kultusministerkonferenz (KMK) aufgefordert, eine länderübergreifend abgestimmte Strategie zu entwickeln, mit der die Förderung der Gesundheitskompetenz in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen nachhaltig verankert werden kann. Neben Fortbildungen für das Schulpersonal seien Mustercurricula und fächerübergreifende Lehr- und Unterrichtsmaterialien notwendig.

Systematisch entwickelt werden müssten Lerninhalte zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Sexualität, psychische Gesundheit, Verhalten im Notfall, Hitze- und Klimaschutz, Klimawandel und Gesundheit, aber auch zur angemessenen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Kindergesundheit in den Fokus rücken

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist seit dem 126. Deutschen Ärztetag 2022 in Bremen besonders im Blick der Bundesärztekammer. Ging es zunächst um die unmittelbaren Auswirkungen der Corona-Pandemie, wuchs in den vergangenen Jahren die Erkenntnis, dass es grundsätzlich um die physische, aber auch die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland nicht gut bestellt ist.

Aktuelle Studien zeigen, dass sich der Gesundheitszustand jüngerer Generationen im Verhältnis zu älteren bereits verschlechtert hat. Adipositas und Diabetes Typ 2 treten zunehmend im jüngeren Alter auf, was dazu führt, dass Betroffene nicht nur eine längere Zeit ihres Lebens krank sind, sondern auch zunehmend Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, Leber- und Herzkrankheiten entwickeln.

Wesentliche Ursachen sind ein veränderter Lebensstil und ungesunde Lebensweisen. Konkret sind dies ein verändertes Bewegungs-, Schlaf- und Ernäh-

rungsverhalten, aber auch neue Medien und zunehmende Bildschirmzeiten. Die intensive Nutzung sozialer Medien bringt Gefahren von Cybermobbing, Cybergrooming und Desinformation mit sich und kann sich negativ auf das Körperbild und das Selbstwertgefühl auswirken.

Schulfach „Gesundheit“ in Lehrplänen verankern

Heranwachsende mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz bewerten ihre Gesundheit häufig schlechter als diejenigen mit hoher Gesundheitskompetenz. Ausschlaggebend für den Erhalt von Gesundheit und Lebensqualität im gesamten Lebensverlauf ist die Gewinnung von Gesundheitskompetenz sowie die Nutzung sinnvoller präventiver Maßnahmen. Schulen und andere Bildungseinrichtungen können dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz zu stärken.



© KMK

Bislang fehlen in Deutschland jedoch verbindliche Lehrpläne für Themen wie Gesundheit und Gesundheitserziehung. Gesundheitskompetenz ist kein fester Bestandteil von bereits vorhandenen Fächern wie Biologie oder Sachkunde. Erschwerend kommt hinzu, dass die Vermittlung von gesundheitsbezogenen Themen in den Bundesländern unterschiedlich geregelt ist. Die Bundesärztekammer wird sich weiter für die bundesweite Verankerung von Gesundheitsthemen in die Lehrpläne vorhandener Fächer und schließlich die Einführung eines eigenständigen Schulfachs „Gesundheit“ einsetzen. ■

Schutz von Kindern und Jugendlichen

BÄK fordert weitere Maßnahmen gegen Missbrauch von Lachgas

Im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses zur Änderung des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes (NpSG) hat die Bundesärztekammer die vorgesehenen Regelungen begrüßt. Sie sieht aber weiteren Handlungsbedarf, insbesondere bei der Prävention, um Kinder und Jugendliche vor den gesundheitlichen Risiken durch den Missbrauch von Lachgas zu schützen.

Lachgas ist in den vergangenen Jahren aufgrund seiner euphorisierenden und berauschenden Wirkung insbesondere bei jungen Erwachsenen und Jugendlichen als Partydroge immer beliebter geworden. Der Konsum ist mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden. Neben akuten Symptomen wie Kopfschmerzen, Schwindel, Kribbeln in Armen und Beinen, Verwirrtheit und Übelkeit können auch dauerhafte neurologische Schäden auftreten.

Der Verkauf und Erwerb von Lachgas waren bislang nicht reguliert. In der Folge wurden in Kiosken sowie im Online-Versandhandel Lachgaskartuschen mit Füllmengen von bis zu zwei Kilogramm angeboten, die teilweise mit fruchtigen Aromastoffen wie Ananas oder Erdbeere versetzt waren, und auch an Kinder und Jugendliche abgegeben wurden. Vor diesem Hintergrund haben sowohl der 128. Deutsche Ärztetag 2024 in Mainz als auch der 129. Deutsche Ärztetag 2025 in Leipzig eine stärkere Regulierung von Lachgas gefordert.

Auf Basis der Beratungen im Ausschuss „Sucht und Drogen“ der Bundesärztekammer unter Vorsitz der Vorstandsmitglieder Erik Bodendieck und Christine Neumann-Grutzeck brachte sich die Bundesärztekammer aktiv in das Gesetzgebungsverfahren zur Änderung des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes (NpSG) ein, mit dem der Missbrauch von Lachgas eingedämmt werden sollte. Sie begleitete das Verfahren mit einer schriftlichen [Stellungnahme](#) und beteiligte sich an der [öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss](#) des Deutschen Bundestages. Dabei sprach sie sich für die von dem Gesetz intendierten Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen aus. Sie forderte darüber hinaus mehr Präventionsanstrengungen und eine Begrenzung der Abgabemengen handelsüblicher Lachgaskapseln, um einem zweckfremden Konsum entgegenzuwirken.



Mit dem Gesetz zur Änderung des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes (NpSG), das am 12. April 2026 in Kraft treten wird, wurden schließlich weitreichende Regelungen zum Umgang mit Lachgas und sogenannten K.o.-Tropfen beschlossen. Danach ist jegliche Abgabe von Lachgas an Minderjährige verboten; für Kinder und Jugendliche gilt zudem ein Besitzverbot. Darüber hinaus werden der Versandhandel, die Abgabe über Automaten sowie der Vertrieb von Kartuschen mit einer Füllmenge von mehr als 8,4 Gramm untersagt. Zusätzlich wird die Abgabemenge der Kartuschen mit einer Füllmenge von jeweils bis zu 8,4 Gramm auf maximal zehn Stück pro Verkaufsvorgang begrenzt.

Neben der Regulierung von Lachgas befasste sich die Bundesärztekammer im Jahr 2025 intensiv mit dem Thema „Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit“. In Kooperation mit dem Hausärztinnen- und Hausärzterverband, der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und der Ärztekammer Berlin wurde am 17. September 2025 eine [Online-Fortbildung](#) durchgeführt. In den Vorträgen wurden epidemiologische Daten zum Medikamentenkonsum, ärztliche Handlungsmöglichkeiten bei Missbrauch und Abhängigkeit sowie die Zusammenarbeit mit Apotheken und der Suchthilfe thematisiert. An der Online-Veranstaltung nahmen rund 400 Teilnehmende aus der Ärzteschaft, der Apothekerschaft, der Suchthilfe sowie weiteren Gesundheitsfachberufen teil. ■



Interprofessionelle Teamarbeit

Positionspapier zu „Physician Assistance“ aktualisiert

Physician Assistants sind in den vergangenen Jahren zu einem integralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland geworden. Die Bundesärztekammer hat im Berichtsjahr das Positionspapier „Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen“ veröffentlicht, um einen Beitrag für eine klare Definition der Aufgaben dieser noch relativ jungen Berufsgruppe im interprofessionellen Team zu leisten.

Im Vorfeld der Veröffentlichung hatte die vom Vorstand der Bundesärztekammer einberufene Arbeitsgruppe „Physician Assistant – aktueller Sachstand“ unter dem Vorsitz von Erik Bodendieck, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, eine detaillierte Bestandsaufnahme des Berufsbildes durchgeführt und die Positionierung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung aus dem Jahr 2017 überprüft. Die einbezogenen Expertinnen und Experten verstehen sich als eine Arbeitsgruppe, die den inhaltlichen Diskurs nicht scheut und das Berufsbild „Physician Assistant“ weiterentwickeln will.

Bei allen Überlegungen zum Positionspapier war stets leitend, den Beitrag der Physician Assistants zur Gesundheitsversorgung im Rahmen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten zu beschreiben – damit das Primat der Heilkundeausübung von Ärztinnen und Ärzten unberührt bleibt.

Das Berufsbild bietet nichtakademischen Gesundheitsberufen eine geeignete, anschlussfähige Berufsperspektive durch ein Weiterbildungsstudium an einer Hochschule mit Bachelor- und Masterni-

veau. Das nunmehr aktualisierte Positionspapier versteht sich als Beitrag zur weiteren Professionalisierung des Berufsbildes sowie zur Klärung der Rollenidentität von Physician Assistants in Deutschland. Daher werden ausgewählte Aspekte des Berufsbildes beschrieben und konkrete Vorschläge zur Ausgestaltung des Tätigkeitsrahmens formuliert. Aufgeführt werden exemplarische Tätigkeiten im Bereich der ambulanten und der stationären Versorgung sowie wesentliche Studieninhalte und die zu vermittelnden Kompetenzen.

Das [Positionspapier „Physician Assistance – ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen“](#) spiegelt einen Zwischenstand der Berufsbild-Entwicklung wider. Perspektivisch sollte aus Sicht der Bundesärztekammer beispielsweise diskutiert werden, inwieweit für dieses Berufsbild eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung notwendig ist. ■



Patientensicherheit

Ärztliches Kernanliegen – und eine Gemeinschaftsaufgabe!

Vermeidbare Schäden für Patientinnen und Patienten konsequent zu verhindern, ist seit jeher das Fundament ärztlicher Verantwortung und ein zentrales Qualitätsmerkmal. Zugleich stellt die Verbesserung der Patientensicherheit auch eine Gemeinschaftsaufgabe dar, die nur durch die aktive Zusammenarbeit aller Beteiligten im Gesundheitswesen zu bewältigen ist. Dieser Überzeugung folgend hat sich die Bundesärztekammer auch im Berichtsjahr umfassend mit dem Thema befasst und dies auch im Rahmen mehrerer Veranstaltungen beleuchtet.

Anlässlich des Welttags der Patientensicherheit diskutierten Expertinnen und Experten über die Besonderheiten der Kindermedizin.

Die Bundesärztekammer engagiert sich auf breiter Ebene für die Verbesserung der Patientensicherheit. Dazu gehört die Analyse von Berichten zu kritischen Ereignissen mittels des bundesweiten Systems [CIRS medical.de](https://www.cirs-medical.de) genauso wie das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit oder die im Berichtsjahr erfolgte [Novellierung des Verfahrens „Peer Review in der Medizin“](#), das explizit aktuelle Erkenntnisse aus der Patientensicherheitsforschung aufgreift. Auch der [129. Deutsche Ärztetag 2025 in Leipzig](#) hat bessere Rahmenbedingungen für die Patientenversorgung gefordert, um die Patientensicherheit nachhaltig zu stärken.

Als thematisch zuständige Gremien haben sich die Ständige Konferenz „Qualitätssicherung“ und der Ausschuss „Qualitätssicherung und Patientensicherheit“

der Bundesärztekammer unter der Leitung der beiden Vorsitzenden, Dr. Hans-Jörg Bittrich und Dr. Susanne Johna, auch in diesem Berichtsjahr intensiv mit der Thematik „Never Events“ auseinandergesetzt.

Anlass war unter anderem die Ausschreibung zur Versorgungsforschung des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Demnach konnten Projektvorschläge eingereicht werden, die auf die Entwicklung und Erprobung von Never-Event-Registern abzielen. Wenngleich der Ausschuss mit einzelnen Vorgaben der Ausschreibung übereinstimmt, etwa dass

die Basis von Never-Event-Registern ausschließlich Meldungen sein sollen, die anonym, freiwillig, sanktionsfrei und ohne haftungsrechtliche Konsequenzen erfolgen, bleiben aus Sicht der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer für die Zielsetzung und den Nutzen eines solchen Registers offene Fragen.

Um die Entwicklung konstruktiv zu begleiten und den Fokus auf das Lernen und die Prävention von Never Events zu setzen, unterstützt die Bundesärztekammer zwei Projektanträge.

Weiterhin haben sich die Qualitätssicherungsgremien mit den Auswirkungen der Digitalisierung auf die Patientensicherheit befasst. Hier sind Chancen, aber auch Risiken zu erkennen. Die Gremienmitglieder ließen sich hierzu von einem Experten aus der Schweiz eine dort durchgeführte Studie genauer erläutern.

17. September – Welttag für Patientensicherheit

Am 17. September findet alljährlich der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausgerufene Welttag für Patientensicherheit statt. Im Berichtsjahr stand er unter dem Schwerpunktthema „Sichere Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen“. Die Bundesärztekammer nahm das zum Anlass, gemeinsam mit dem Deutschen Ärzteblatt und Expertinnen und Experten eine [Podiumsdiskussion unter dem Titel „Besonderheiten der Kindermedizin in den Blick nehmen!“](#) zu veranstalten. Als besondere Kulisse war dazu das Gebäude der Bundesärztekammer mit orangefarbenem Licht illuminiert worden – eine symbolische Geste der Solidarität mit dem weltweiten Ziel der Patientensicherheit.

„Für Ärztinnen und Ärzte hat Patientensicherheit oberste Priorität. Vor allem in der Kindermedizin stellen sich dabei besondere Herausforderungen. Kinder gehören zu den vulnerablen Patientengruppen. Ihre Behandlung benötigt in besonderer Weise Zeit, Einfühlungsvermögen und den engen und intensiven Austausch mit den Eltern“, sagte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt bei der Veranstaltung.

In der Podiumsdiskussion wurde unter anderem hervorgehoben, dass sich angesichts einer abnehmenden Zahl an Kinderärztinnen und -ärzten vermehrt Fragen der Patientensicherheit im Kontext der Kinder- und Jugendmedizin stellen. Dazu gehö-

ren insbesondere der Mangel an notwendigen Medikamenten für Kinder und Jugendliche sowie der erhöhte Zeitaufwand für deren Behandlung.

BÄK im Dialog: „Sicher ist sicher!“

Auch die Veranstaltungsreihe „BÄK im Dialog“ stand am 22. Oktober 2025 mit dem Titel [„Sicher ist sicher – Patientensicherheit als gemeinsame Kernaufgabe!“](#) ganz im Zeichen der Patientensicherheit.



© Ralf Klingelhöfer

In seiner Einführung stellte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt unter anderem heraus, dass das Engagement für Patientensicherheit über die Ärzteschaft hinaus als Gemeinschaftsaufgabe verstanden werden muss. Eine sichere Behandlung ist auf die Gestaltung von sicheren Rahmenbedingungen für die Patientenversorgung, ausreichende Ressourcen und die aktive Mitwirkung aller im Gesundheitswesen angewiesen.

Christian Luft, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium (BMG), griff diesen Faden auf und betonte, dass Patientensicherheit kein Zustand, sondern eine Daueraufgabe sei, zu der die Ärzteschaft den entscheidenden Beitrag leiste. Kultur, Wissen und Beteiligung seien die Schlüsselemente für Patientensicherheit. Die Bundesärztekammer sei – nicht zuletzt mit Aktivitäten

Podiumsdiskussion bei der Veranstaltung „BÄK im Dialog“ (v.l.): Moderator Dr. Christian Geinitz, Eugen Brysch, Dr. Hans-Jörg Bittrich, Dr. Susanne Johna, Dr. Klaus Reinhardt, Prof. Dr. Petra Thürmann, Dr. Rainer Kluge, Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg und Prof. Dr. Michael St. Pierre.



wie der Novellierung ihres Peer-Review-Verfahrens – ein Garant für die Weiterentwicklung der Patientensicherheit.

Der Patientensicherheitsexperte Prof. Dr. Michael St. Pierre sprach sich dafür aus, den verengten Blick auf die Fehlerhaftigkeit des menschlichen Handelns zu weiten zugunsten einer Anerkennung der menschlichen Stärken. Es seien gerade Ärztinnen und Ärzte und andere an der Versorgung Beteiligte, die mit ihrem persönlichen Einsatz den Defiziten im System entgegenwirkten und damit auch unerwünschten Ereignissen in der Patientenversorgung wirksam vorbeugten.

In diesem Sinne ging BÄK-Vizepräsidentin Dr. Susanne Johna mit dem Appell „Speak Up!“ auf die notwendige Verbesserung der Sicherheitskultur ein. Nur wenn in Behandlungsteams ohne Angst vor Sanktionen über Unsicherheiten gesprochen werden kann, können fehlerhafte Abläufe rechtzeitig verhindert werden. Der Füh-

rungskultur und flacheren Hierarchien komme dabei eine Schlüsselfunktion zu.

Dass auch sehr konkrete Aspekte wie die Beseitigung von Medienbrüchen an den Schnittstellen der Versorgung zur Fehlerprävention beitragen, stellte Dr. Hans-Jörg Bittrich, Co-Vorsitzender der BÄK-Qualitätssicherungsgremien, anschaulich dar.

Dies betrifft auch die Arzneimitteltherapiesicherheit. So führte Prof. Dr. Petra Thürmann von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft aus, dass mit dem Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit des BMG in den vergangenen Jahren zahlreiche konkrete Maßnahmen auf den Weg gebracht werden konnten, wie etwa der bundeseinheitliche Medikationsplan.

Patientensicherheit als gemeinsame Kernaufgabe!



© Marten Ronneburg

Auf das Lernen aus Fehlern, etwa anhand von veröffentlichten Kasuistiken, ging Dr. Rainer Kluge, Vorsitzender der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer, mit seinem Beitrag zur Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern ein.

Politischen Handlungsbedarf brachte Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Leiterin der Stabsstelle Qualitätsnetze der Sana Kliniken AG Ismaning, zum Ausdruck. Ihrer Meinung nach solle beispielsweise die Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses um konkretere Verpflichtungen zur Anwendung der Instrumente des klinischen Risikomanagements ergänzt und die gesetzliche Qualitätssicherung durch eine Konzentration auf Schlüsselindikatoren optimiert werden.

Schließlich trat Eugen Brysch, Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz, in der von Dr. Chris-

tian Geinitz (Frankfurter Allgemeine Zeitung) moderierten Diskussion für eine aktive Kultur des Hinschauens im stationären als auch im ambulanten Bereich ein. Eine verbindliche Beteiligung an Fehlerberichtssystemen sei notwendig, um zu einem tatsächlich lernenden Gesundheitssystem zu kommen. Auch die Patientenrechte müssten weiter gestärkt werden, etwa durch die Einrichtung eines Härtefallfonds.

Die Veranstaltung zeigte eindrücklich, dass das Thema Patientensicherheit vielfältige Aspekte aufweist und auf die Zusammenführung der unterschiedlichen Perspektiven angewiesen ist. Die Bundesärztekammer wird weiterhin aktiv und im Gespräch mit allen Beteiligten bleiben. ■



Digitalisierung

Elektronische Patientenakte im Versorgungsalltag angekommen

Nach langen Bemühungen um eine praxistaugliche und nutzenstiftende elektronische Patientenakte ist die „ePA für alle“ seit Mai 2025 auf dem Weg in den Versorgungsalltag. Die Bundesärztekammer hat dies als Chance begrüßt, die Patientensicherheit zu stärken und die Behandlungsqualität weiter zu verbessern. Allerdings könne die ePA ihren vollen Nutzen nur entfalten, wenn alle Funktionalitäten zügig umgesetzt werden.

Anfang des Jahres 2025 hatten die gesetzlichen Krankenkassen damit begonnen, elektronische Patientenakten (ePA) für ihre Versicherten anzulegen. Parallel dazu wurde die ePA in Pilotregionen erprobt. Rund 300 Praxen, Apotheken und Krankenhäuser beteiligten sich an den Tests, bei denen zahlreiche technische und sicherheitsrelevante Probleme auftraten.

Mit Skepsis seitens der Ärzteschaft wurde deshalb die Ankündigung des geschäftsführenden Bundesgesundheitsministers Prof. Dr. Karl Lauterbach auf der Digital-Health-Messe DMEA im April 2025 aufgenommen, dass die ePA nun bundesweit eingeführt werde.

Auch der 129. Deutsche Ärztetag 2025 in Leipzig forderte die Bundesregierung dazu auf, Anpassungen an der ePA so schnell wie möglich umzusetzen. Praktische und technische Probleme aus Pilotregio-

nen müssten vor der bundesweiten Einführung zuverlässig behoben werden.

Begleitet von weiterhin technischen Startschwierigkeiten und zahlreichen Optimierungsbedarfen begann schließlich im Mai 2025 die bundesweite Einführung der ePA. Arztpraxen begannen sukzessive, auf die neue ePA zuzugreifen.

Seit dem 1. Oktober 2025 sind Ärztinnen und Ärzte gesetzlich verpflichtet, relevante Dokumente der Patientinnen und Patienten in deren ePA einzustellen. Die „ePA für alle“ umfasst in ihrer Einführungsstufe bei weitem nicht alle Funktionalitäten, die der Gesetzgeber ursprünglich adressiert hat und die sich insbesondere Ärztinnen und Ärzte im ärztlichen



hang der Sondertausch einer hohen Zahl von elektronischen Heilberufsausweisen (eHBA) bei zwei Vertrauensdiensteanbietern mit Frist zum Ende des Jahres 2025 dar. Mit den Vertrauensdiensteanbietern galt es vorab, die Konzepte zum Massentausch abzustimmen und ein Reporting aufzusetzen, um den Fortschritt des Austauschprozesses kontrollieren und ggf. mit adäquaten Maßnahmen gegensteuern zu können.

© iipopba/Stock/Getty-Images

Insbesondere bei einem Anbieter kam es zu Beeinträchtigungen der Antrags- und Freigabeprozesse verbunden mit einem mehrmonatigen Ausgabestopp bereits beantragter eHBA. Daher war es erforderlich, mit Nachdruck auf diesen Anbieter einzuwirken, um eine zeitnahe Behebung der Probleme, transparente Kommunikation gegenüber betroffenen Ärztinnen und Ärzten sowie nachhaltige technische Maßnahmen durchzusetzen. Parallel dazu stellte die Bundesärztekammer in enger Abstimmung mit den (Landes-)Ärzttekammern eine fortlaufende Information der betroffenen Ärztinnen und Ärzte sicher, um über den aktuellen Stand, notwendige Handlungsschritte und den weiteren zeitlichen Ablauf zu informieren und so die Auswirkungen auf den Versorgungsalltag möglichst gering zu halten.

Alltag bei der Nutzung der ePA gewünscht hatten. So fehlt etwa die Möglichkeit zu einer Volltextsuche in den bislang oftmals noch unstrukturierten Dokumenten. Das digitale Medikationsmanagement ist für die nächste Erweiterungsstufe vorgesehen. Immerhin steht in einem ersten Schritt mit der elektronischen Medikationsliste in der ePA erstmals eine Übersicht der verschriebenen und dispensierten Arzneimittel der Patientinnen und Patienten zum Abruf bereit, allerdings noch ohne Berücksichtigung von Medikamenten, die auf Betäubungsmittelrezepten oder nach wie vor auf Papier-Muster 16 verschrieben wurden.

Die „ePA für alle“ wird daher in den kommenden Jahren stetig in weiteren Ausbaustufen fortentwickelt werden müssen, um der Anforderung an eine zentrale Informations- und Kommunikationsplattform bei der Patientenversorgung gerecht zu werden. Das Ziel ist, aufbauend auf der Zusammenführung von bislang verteilten und unstrukturierten Informationen, Mehrwerte für die ärztliche Versorgung zu schaffen. Die Bundesärztekammer begleitet diesen Prozess im Ausschuss „Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung“ und in ihrer Rolle als Gesellschafterin der gematik in der Gesellschafterversammlung sowie in einer Vielzahl fachlicher Gremien kontinuierlich und kritisch-konstruktiv.

Massenaustausch von eHBA

Mit der Einführung einer „ePA für alle“ rücken zudem die Aspekte der Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur stärker in den Mittelpunkt. Eine besondere Herausforderung stellte in diesem Zusammen-

Nicht zuletzt durch Intervention der Bundesärztekammer konnte über das Bundesministerium für Gesundheit und die gematik eine Verlängerung der Frist für den Massentausch bis zum 30. Juni 2026 durch die Bundesnetzagentur erwirkt werden. Die abschließende Aufarbeitung des Sachverhalts dauert noch an und ist nach wie vor mit einem außerordentlich hohen zeitlichen Aufwand sowohl für die BÄK als auch die (Landes-)Ärzttekammern verbunden.

Die Bundesärztekammer wird auch im Jahr 2026 in unterschiedlichen Rollen, wie beispielsweise als Gesellschafterin der gematik oder in Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen, weiterhin die ärztlichen Anforderungen an sinnvolle und nutzenstiftende Gesundheitsanwendungen zur Geltung bringen. ■



Künstliche Intelligenz

Leitplanken für den Einsatz von KI in der Medizin setzen

Lernende Systeme werden schon in wenigen Jahren Teil des medizinischen Alltags sein: Im Fokus des 129. Deutschen Ärztetages 2025 stand deshalb die Gestaltung des Gesundheitswesens durch Künstliche Intelligenz. Fachvorträge und Debatten beleuchteten sowohl die Potenziale als auch die Herausforderungen der Technologie. Das Dialogforum für junge Ärztinnen und Ärzte bot einen Raum für den praxisnahen Austausch.

Unter dem Leitthema „Künstliche Intelligenz in der Medizin: Die Zukunft des Gesundheitswesens aus ärztlicher Perspektive gestalten“ hat der 129. Deutsche Ärztetag 2025 in Leipzig die Richtung für kommende Entwicklungen aus ärztlicher Perspektive vorgegeben. Im Rahmen eines Schwerpunkt-Tagesordnungspunktes wurde die aktuelle und zukünftige Rolle von Künstlicher Intelligenz (KI) in der medizinischen Praxis und Forschung intensiv diskutiert.

„Vor einigen Jahren klang KI nach Science-Fiction, heute ist sie medizinische Praxis“, sagte Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, zu Beginn der Ärztetags-Debatte. Doch der Einsatz werfe auch Fragen nach Datensicherheit, Transparenz und ärztlicher Verantwortung auf.

Schlüsseltechnologie der Zukunft

So rief der 129. Deutsche Ärztetag 2025 unter anderem zu einer umfassenden Auseinandersetzung damit auf, wie sich KI auf die Gesundheitsversorgung und -forschung auswirkt. [Ärztinnen und Ärzte sowie Expertinnen und Experten aus verschiedenen Disziplinen stellten aktuelle Entwicklungen vor](#) und beleuchteten aus ihrer jeweiligen fachlichen Perspektive das Potenzial, Diagnostik, Therapie und Patientenversorgung ebenso wie die medizinische Forschung zu revolutionieren.

In einem Grundsatzreferat betonte Prof. Dr. Aldo Faisal, Digital-Health-Forscher am Imperial College London und an der Universität Bayreuth sowie Mitglied im Deutschen Ethikrat, dass das Gesundheitssystem durch KI profitieren wird. In Studien seien mithilfe von KI Risikopatientinnen und -patienten identifiziert und so Todesfälle verhindert worden.

„Wir sind nach wie vor in einem sehr frühen Stadium der Implementierung, oftmals sogar noch in der Pilotphase“, sagte Prof. Dr. Ulrike Attenberger, Leiterin der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin an der Medizinischen Universität Wien/Universitätsklinikum AKH Wien. Die KI-Spezialistin ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der BÄK und leitet dessen Arbeitskreis „KI in der Medizin“. Sie betonte: „Der Erfolg hängt bei Diagnosen mit KI-Unterstützung von der Qualität der Modelle und der Qualifikation der Anwender ab. Erfahrene Ärzte finden häufiger die Fehler in den Vorschlägen der KI, so dass die Systeme sinnvoll weiterlernen können.“



Eine besondere Aufmerksamkeit des Ärztetages galt auch der Frage, wie KI-gestützte Systeme in die bestehende medizinische Infrastruktur integriert werden können. „Mit gut in den ärztlichen Alltag eingebundener KI können wir uns mehr Zeit für die medizinische Behandlung unserer Patientinnen und Patienten verschaffen“, hob Erik Bodendieck, Co-Vorsitzender des BÄK-Ausschusses „Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung“ hervor. Die Debatten drehten sich dabei nicht nur um die technischen und wissenschaftlichen Herausforderungen. Auch ethische und rechtliche Fragen müssten beim Einsatz von KI in der Medizin berücksichtigt werden. Dabei wurde deutlich, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft, Technologieentwicklern und Politikverantwortli-

Fishbowl-Diskussion beim Dialogforum mit jungen Ärztinnen und Ärzten (v.l.): Dr. Carina Vorisek, Dr. Michael Müller, Dr. Pedram Emami, Dr. Julia Fritz und PD Dr. Peter Bobbert.

Von ärztlicher Kunst mit Künstlicher Intelligenz

Mit Blick auf das Schwerpunktthema „KI in der Medizin“ des 129. Deutschen Ärztetages in Leipzig hat die Bundesärztekammer die [Publikation „Von ärztlicher Kunst mit Künstlicher Intelligenz“](#) veröffentlicht. Diese vereint die Stellungnahme „Künstliche Intelligenz in der Medizin“, das Thesenpapier „Künstliche Intelligenz in der Gesundheitsversorgung“ sowie die Stellungnahme „Entscheidungsunterstützung ärztlicher Tätigkeit durch künstliche Intelligenz“ und gibt die vielschichtig erarbeiteten Perspektiven des Wissenschaftlichen Beirats, des Ausschusses „Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung“ und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer auf das Thema wieder. Die Publikation soll eine Diskussion anstoßen, wie der digitale Wandel im Gesundheitswesen aus der ärztlichen Perspektive gestaltet werden kann – mit dem Ziel, die Potenziale der KI zum Wohle der Patientinnen und Patienten einzusetzen.



Von Oben: Dr. Ellen Lundershausen, BÄK-Vizepräsidentin und Schirmherrin des Dialogforums, sowie PD Dr. Peter Bobbert und Erik Bodendieck, Vorsitzende des BÄK-Ausschusses „Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung“

chen notwendig ist, um diese Technologie verantwortungsvoll und effektiv zu implementieren. „Die Ärzteschaft muss dafür Sorge tragen, dass die Implementierung von KI in die Medizin zum Wohle der Menschen erfolgt“, sagte PD Dr. Peter Bobbert, ebenfalls Co-Vorsitzender des BÄK-Ausschusses „Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung“.

Interaktiver Austausch mit jungen Ärztinnen und Ärzten

Im Vorfeld des 129. Deutschen Ärztetages 2025 richtete sich das [Dialogforum mit jungen Ärztinnen und Ärzten unter dem Titel „KI konkret im ärztlichen Alltag“](#) speziell an die jüngere Ärztegeneration. Dieser sollte eine Plattform geboten werden, um sich aktiv mit den Chancen und Risiken von KI auseinanderzusetzen. Im Fokus stand dabei die Frage, wie Künstliche Intelligenz verantwortungsvoll in die medizinische Praxis integriert werden kann.

In Impulsvorträgen wurden Themen wie die Einführung von KI in die Aus- und Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte sowie die Auswirkungen auf die medizinische Entscheidungsfindung und Möglichkeiten zur Nutzung von Künstlicher Intelligenz in der täglichen Praxis behandelt.

Eine Fishbowl-Diskussion bot auch den Teilnehmenden Raum für Impulse und konstruktive Diskussionen, wie diese Technologie als Unterstützung und Ergänzung des ärztlichen Handelns genutzt werden kann. In einem interaktiven Ausstellungsrundgang hatten die Teilnehmenden zudem die Gelegenheit, KI-Lösungen aus der Praxis kennenzulernen und vertiefende Fragen zu stellen.

Die intensive Debatte auf dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 zum Thema Künstliche Intelligenz hat unterstrichen, wie wichtig es ist, dass sich die medizinische Fachwelt proaktiv mit den Chancen und Herausforderungen der Künstlichen Intelligenz auseinandersetzt. Im Dialogforum für junge Ärztinnen und Ärzte wurde deutlich, dass insbesondere die nachrückende Generation sich mit den neuen Technologien auseinandersetzt und sie in ihre berufliche Praxis integrieren möchte. ■



Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte

Bundesärztekammer fordert härtere Strafen und besseren Schutz

Angesichts der zunehmenden Gewalt gegen Ärztinnen, Ärzte und medizinisches Personal hat sich die Bundesärztekammer auch im Jahr 2025 intensiv für klare gesetzliche Maßnahmen zum Schutz aller Beschäftigten im Gesundheitswesen sowie härtere Strafen bei Übergriffen eingesetzt. Mit Nachdruck verdeutlichte sie in ihrer Öffentlichkeitsarbeit und gegenüber der Politik, dass Arztpraxen und Krankenhäuser Orte der Genesung sowie des Vertrauens sein müssen.

© delhayat/Stock Getty-Images



„Diese zunehmende gesellschaftliche Verrohung ist nicht hinnehmbar. Wer Helferinnen und Helfer angreift, untergräbt das Vertrauensverhältnis, auf dem jede medizinische Versorgung basiert, und gefährdet damit auch die Funktionsfähigkeit unseres Gesundheitswesens“, sagte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt dem [RedaktionsNetzwerk Deutschland \(14.07.2025\)](#).

Für einen wirksameren Schutz von Ärztinnen und Ärzten sowie Praxisteams und Klinikpersonal forderte die Bundesärztekammer im Berichtsjahr ein Bündel von Maßnahmen. Dazu zählten insbesondere eine konse-

quente und zügige Strafverfolgung sowie ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen für Ermittlungsbehörden und Gerichte.

Als Teil der staatlichen Schutzpflicht bedürfe es aus Sicht der Bundesärztekammer bedarfsgerechter Sicherheitskonzepte zum Schutz vor Gewalt sowie flächendeckender, zielgruppenspezifischer Informations- und Sensibilisierungskampagnen, um Gewaltbereitschaft gesellschaftlich klar zu ächten.

Änderung des Strafgesetzbuches geplant

Das Bundesjustizministerium (BMJV) hat am 30. Dezember 2025 den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches – Stärkung des strafrechtlichen Schutzes des Gemeinwesens vorgelegt. Dieser zielt darauf, einen Straftatbestand für die Behinderung von Ärztinnen und Ärzten sowie des Gesundheitspersonals zu schaffen und Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitspersonal strafrechtlich stärker zu ahnden. Die [Bundesärztekammer unterstützt die Vorschläge des BMJV](#). Sie fordert aber zusätzlich eine entschlossene und schnelle Strafverfolgung sowie die Einrichtung von Meldesystemen, damit die Strafverschärfungen nicht bloß symbolisch bleiben.

Darüber hinaus spricht sich die Bundesärztekammer für (bundesweite) unbürokratische Meldesysteme aus, damit Betroffene Angriffe unkompliziert melden, anzeigen und zugleich dokumentieren können. Ziel ist, das tatsächliche Ausmaß sichtbar zu machen und Präventions- sowie Schutzmaßnahmen evidenzbasiert weiterzuentwickeln. Derzeit arbeitet die Bundesärztekammer deshalb auch selbst an einem bundesweiten Meldetool, das Gewaltvorfälle im Gesundheitswesen systematisch erfassen soll. ■

Gesundheitswesen: Fachkräftemangel als europäisches Problem

Bei einer gemeinsamen Veranstaltung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung im Rahmen der „Morning Rounds“-Reihe diskutierten Vertreterinnen und Vertreter des Europäischen Parlaments, der Europäischen Kommission und der Ärzteschaft im Februar 2025 in Brüssel über Lösungen für das Problem des Arbeitskräftemangels im Gesundheitswesen.



© Horst Wagner

Deutschland) und Vytenis Andriukaitis (S&D, Litauen) sowie Marco Marsella, zuständiger Direktor bei der Europäischen Kommission, und Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, mögliche Lösungsansätze. Diese müssten die Verteilung der Kompetenzen zwischen der EU und ihren Mitgliedstaaten berücksichtigen, die für Ausbildung sowie für die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens verantwortlich sind.

Info

Eine [Aufzeichnung der Veranstaltung](#) ist auf der Website der Bundesärztekammer zu sehen.

Die Schere zwischen Arbeitskräfteangebot und -bedarf im Gesundheitswesen droht in Zukunft noch weiter auseinanderzugehen. Hintergrund ist der sogenannte doppelte demografische Wandel: Während der Behandlungsbedarf einer alternden Bevölkerung steigt, nähern sich viele Ärztinnen und Ärzte ihrer Pensionierung.

Trotz aktuell noch steigender Arztzahlen in Deutschland führen der Trend zu Teilzeitarbeit, aber auch der Ausfall von Arbeitskräften durch überlastungsbedingten Burnout sowie der Bürokratieaufwand in Praxen und Krankenhäusern zu einer Verknappung der Ressource „Arztzeit“. Obgleich es sich um ein EU-weites Phänomen handelt, hat die Ende 2024 angetretene Europäische Kommission bislang keinen zusammenhängenden europäischen Lösungsansatz erkennen lassen.

Bei der Veranstaltung „Health workforce shortages in Europe – Mapping the way forward“ zeigte BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt einleitend diese europaweit bestehenden Herausforderungen aus ärztlicher Perspektive auf. Die anschließende Diskussion moderierte Dr. Matthias Wismar von der Denkfabrik European Observatory on Health Systems and Policies.

Auf dem Podium erörterten die Europaabgeordneten Tilly Metz (Grüne, Luxemburg), Dennis Radtke (EVP,

Gleichwohl hat auch die EU eine Handhabe, tätig zu werden: EU-Richtlinien tragen zur Schaffung gesunder und familienfreundlicher Arbeitsbedingungen bei. Zudem ist die EU für den Rechtsrahmen der innereuropäischen Anerkennung von Berufsqualifikationen zuständig. Auch die Anwendung der EU-Verordnungen zu Künstlicher Intelligenz und zum Europäischen Gesundheitsdatenraum werde mitentscheidend dafür sein, ob neue Technologien Ärztinnen und Ärzte entlasten oder ihnen zusätzlichen Befolgungsaufwand bereiten.

Migration kann zwar helfen, Engpässe in Deutschland abzufedern. Sie darf jedoch nicht zur Verschärfung von Personalmangel in den Gesundheitssystemen anderer Länder, insbesondere Drittstaaten, führen. Daher sollten die EU-Staaten ausreichend Berufsangehörige ausbilden, um nicht auf Migration zulasten anderer Staaten angewiesen zu sein. Die Europäische Kommission kann nationale Ausbildungskapazitäten beobachten und bei Bedarf Defizite aufzeigen. ■

Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten

Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen beschleunigen

Angesichts eines zunehmenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen hat die Bundesärztekammer ein Positionspapier „Beschleunigung, Effizienz und Sorgfalt“ mit Vorschlägen veröffentlicht, wie das Anerkennungsverfahren für Ärztinnen und Ärzte mit Qualifikationen aus Drittstaaten vereinfacht und beschleunigt werden kann.

Die Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen wird von verschiedenen gesundheitspolitischen Akteuren seit einiger Zeit intensiv diskutiert. Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung in einem Gesetzentwurf Regelungsvorschläge unter anderem für die Bundesärztleordnung (BÄO) vorgelegt. Für Ärztinnen und Ärzte mit einer abgeschlossenen Ausbildung aus einem Drittstaat ist eine regelhafte Kenntnisprüfung vorgesehen. Eine Gleichwertigkeitsprüfung auf Grundlage von Dokumenten soll jedoch auf Antrag möglich bleiben. Damit würde die Kenntnisprüfung nicht länger als Instrument zum Ausgleich wesentlicher Unterschiede dienen, sondern zum Regelfall werden und den Charakter einer echten Zugangsprüfung zum Arztberuf erhalten.

Die BÄK befürwortet die Zielsetzung des Gesetzentwurfs und formuliert in ihrem [Positionspapier „Beschleunigung, Effizienz und Sorgfalt“](#) eigene Vorschläge für eine Vereinfachung und Beschleunigung der Anerkennungsverfahren. Eine substantielle Verbesserung erfordert aus Sicht der Bundesärztekammer ein breites Spektrum von Maßnahmen, die den gesamten Prozess begleiten und von Informationen im Herkunftsland über den Verlauf des Anerkennungsverfahrens bis zur Unterstützung der Integration reichen müssen. Ein Fokus muss dabei auf einem effizienten wie effektiven Verwaltungswesen mit weniger Bürokratie liegen.

Die Etablierung einer Kenntnisprüfung als Berufszugangsprüfung setzt nach Auffassung der Bundesärztekammer eine bundesweit vergleichbare Prüfung auf hohem Niveau mit entsprechenden Anforderungen an die Prüfungsinhalte und die Prüfungsdauer voraus.

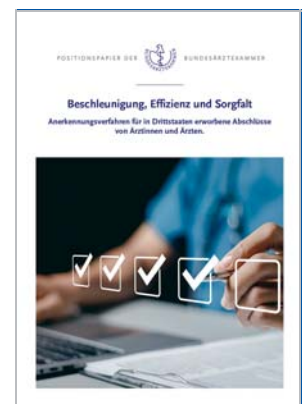
Vor diesem Hintergrund setzt sich die BÄK für eine Regelung in der Approbationsordnung für Ärzte ein, die eine qualitativ hochwertige Kenntnisprüfung als

echte Zugangsprüfung zum Arztberuf sicherstellt. Der Regierungsentwurf erweckt jedoch den Eindruck, eine Beschleunigung der Anerkennungsverfahren sei unter Wahrung der Anforderungen an die Patientensicherheit mit geringeren Kosten und unter Verzicht auf wesentliche Erkenntnisse möglich.

Abgelehnt wird zudem, den partiellen Berufszugang in der BÄO zu regeln. Bei den Antragstellern handelt es sich nicht um Ärztinnen und Ärzte, sondern um Inhaber einer ausländischen Berufsqualifikation, die ausschließlich zur Ausübung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten befähigt.

Deutschland hat sich zur Einhaltung des Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bekannt, wonach negative Effekte der Fachkräftemigration und der Migration potenzieller Fachkräfte in den Herkunftsländern vermieden werden sollen. Regelmäßig fehlen migrierende Arbeitskräfte in ihren Herkunftsländern in der Versorgung. Aus diesem Grund darf eine Linderung des nationalen Fachkräftemangels nicht allein durch Zuwanderung angestrebt werden.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sind ergänzende Maßnahmen erforderlich, insbesondere die Stärkung der inländischen Ausbildungskapazitäten, die Verbesserung von Arbeitsbedingungen sowie Maßnahmen zur längeren Bindung und zum Verbleib bereits ausgebildeter Fachkräfte im Beruf. ■



Medizinisch-wissenschaftliche Bestandsaufnahme

Für eine gesunde Bevölkerung: Public Health neu denken



Welchen Stellenwert hat Public Health in Deutschland und wie kann auf aktuelle Herausforderungen reagiert werden? Diesen und weiteren Fragen geht die Stellungnahme „Medizinisch-wissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Public Health“ der Bundesärztekammer nach. Vorgestellt wurden die Ergebnisse gemeinsam mit Bundesgesundheitsministerin Nina Warken Ende November 2025 in der Bundespressekonferenz.

„Im Interesse einer konstruktiven Lösung sollten Ärztinnen und Ärzte im Public-Health-Bereich – ebenso wie in anderen Bereichen – über ihre kurative Tätigkeit hinaus als wichtige Akteure im gesundheitspolitischen Diskurs anerkannt werden. Ihre klinische Expertise und praktische Erfahrung müssen dafür strukturell in Entscheidungsprozesse und beratende Gremien einfließen“, forderte [Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt im Rahmen der Pressekonferenz vom 28. November 2025](#) an-

lässlich der Veröffentlichung der Stellungnahme im Beisein von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken.

Angesichts der Bedeutung von Public Health für die zukünftige Gesundheitsversorgung hat der Vorstand der Bundesärztekammer dieses Thema als eines seiner Schwerpunktthemen festgelegt. Der [Arbeitskreis „Medizinisch-wissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Public Health“ beim Wissenschaftlichen Beirat](#) wurde eingesetzt, um eine evidenzbasierte Diskussionsgrundlage in Form einer medizinisch-wissenschaftlichen Stellungnahme für weiterführende Diskussionen zur Stärkung des Public-Health-Systems im deutschen Gesundheitswesen zu schaffen.

Die unter der Federführung von Prof. Dr. Ute Thyen und der stellvertretenden Federführung von Prof. Dr. Wilhelm-Bernhard Niebling erarbeitete [Stellungnahme „Medizinisch-wissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Public Health“](#) bildet die medizinischen Bereiche in Deutschland ab, in denen Public Health verortet ist, und beleuchtet Aspekte der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie die Rolle von Ärztinnen und Ärzten auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit. Eine Auswertung internationaler Erfahrungen unterstützte die kritische Auseinandersetzung mit nationalen Möglichkeiten und Grenzen.

Die zentrale Rolle von Gesundheit für individuelle und gesellschaftliche Lebensbereiche wird immer sichtbarer. Gesundheit ist eine fundamentale Ressource, die nicht nur das individuelle Wohlbefinden prägt, sondern zugleich maßgeblich zur sozialen Kohäsion, ökonomischen Leistungsfähigkeit und gesamtgesellschaftlichen Entwicklung beiträgt.

© Marten Ronneburg

Der demografische Wandel, Zunahme chronischer Erkrankungen, steigende Prävalenz psychischer Belastungen sowie zunehmende kulturelle Diversität bilden zentrale Einflussfaktoren, die das Gesundheitswesen in Deutschland vor komplexe Herausforderungen stellen und gesundheits- sowie sozialpolitische Entscheidungsprozesse mit neuen Bedarfslagen konfrontieren. Auch die Folgen globaler Krisen – wie Pandemien, geopolitische Konflikte und Klimawandel – verdeutlichen die Notwendigkeit, innerstaatliche Strukturen des Gesundheitswesens sowie gesellschaftliche Resilienzsysteme in den Fokus wissenschaftlicher und politischer Auseinandersetzung zu rücken.

„Dabei ist besonders wichtig, dass die akut erforderlichen Public-Health-Maßnahmen immer auf nachhaltigen Strukturen der Gesunderhaltung aufgebaut werden müssen, akute Abwehr und Gefährdungen dürfen nicht zur Aussetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention oder Gesundheitsschutz führen“, hob Prof. Dr. Ute Thyen bei der Vorstellung der Stellungnahme hervor.

Insbesondere aktuelle Forderungen nach der Implementierung des „Health in all Policies“-Ansatzes unterstreichen die Notwendigkeit, gesundheitliche Belange systematisch in sämtliche Politikfelder – etwa die Bildungs-, Umwelt- oder Stadtentwicklungspolitik – zu integrieren und somit die politische Fokussierung über das klassische Verständnis von Gesundheitsversorgung hinaus auf die gesamtgesellschaftlichen Entscheidungsprozesse auszuweiten.

Public-Health-System zukunftsfähig gestalten

„Die in unserer Stellungnahme dargelegten wissenschaftlichen Erkenntnisse schaffen ein objektives Fundament, auf dem politische Diskussionen und Entscheidungen aufbauen können,“ stellte der Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirats, Prof. Dr. Michael Hallek, im Rahmen der Pressekonferenz fest. Die vom Wissenschaftlichen Beirat vorgelegte und vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossene Analyse in Form einer Bestandsaufnahme spiegle die Erwartung der deutschen Ärzteschaft an ein zukunftsfähiges und tragfähiges Public-Health-System in Deutschland wider.

Die Bundesärztekammer bewertet es als wichtiges politisches Signal, dass Public Health im Koalitionsvertrag und in den Vorhaben der Bundesregierung

ausdrücklich verankert ist. Zugleich zeigt die Stellungnahme, dass Deutschland eine übergreifende, wissenschaftlich fundierte Public-Health-Strategie benötigt, um bestehende Potenziale auszuschöpfen und Prävention, Gesundheitsförderung sowie den Öffentlichen Gesundheitsdienst nachhaltig zu stärken.


„Health in all Policies“- Ansatz mitdenken

Gesundheit muss im Sinne eines „Health in all Policies“-Ansatzes in allen Politikfeldern mitgedacht werden, um die Gesundheit der Bevölkerung langfristig zu verbessern. Nur wenn politische Entscheidungen in Bereichen wie Bildung, Umwelt, Arbeit, Stadtentwicklung oder Verkehr auch gesundheitliche Auswirkungen berücksichtigen, kann die Gesunderhaltung der Bevölkerung als gemeinsame gesellschaftliche Aufgabe gelingen.

Public-Health-Forschung ist die Grundlage für die evidenzbasierte bevölkerungsbezogene Verhältnisprävention, die Stärkung der gesundheitlichen Kompetenz und Autonomie, die Steigerung der Chancengerechtigkeit und damit für eine Förderung der Gesundheit der Bevölkerung sowie der Resilienz des Versorgungssystems. Die Stärkung des Arbeits- und Forschungsfeldes Public Health insbesondere in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung sowie Gesundheitsschutz erfordert transparente Governance, klare Finanzierungsstrukturen, zentrale Dateninfrastrukturen und ressortübergreifendes politisches Handeln.

Prävention muss gestärkt werden, insbesondere durch gesunderhaltende Gestaltung der Lebenswelten. Der evidenzbasierten Gesundheitskommunikation, der Einbindung sowie Beteiligung verschiedener gesellschaftlicher Gruppen und der Nutzung digitaler Daten für eine effektive Public-Health-Strategie kommt eine besonders hohe Bedeutung zu. ■





Peer Review in der Medizin

PRiM – Qualitätssicherung mit Zukunft

Die Bundesärztekammer hat im Berichtsjahr eine überarbeitete Fassung ihres Leitfadens und des zugehörigen Fortbildungscurriculums zum Peer Review vorgelegt. Der neue Titel lautet PRiM – „Peer Review in der Medizin“. Das novellierte, freiwillige Verfahren zielt auf die fachlich fundierte Verbesserung der Qualität und der Qualitätskultur in der Versorgungspraxis durch die Beteiligten selbst.

Mit Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer wurde im Mai 2025 das [Qualitätssicherungsverfahren „Peer Review in der Medizin“ \(PRiM\)](#) veröffentlicht. Dabei handelt es sich um die überarbeitete Version des BÄK-Curriculums und des [Leitfadens „Ärztliches Peer Review“](#), auf deren Grundlage die (Landes-)Ärztekammern seit rund zehn Jahren Peer-Fortbildungen und die Durchführung von Peer-Review-Verfahren anbieten.

Der Novellierung war die Empfehlung der Qualitätssicherungsgremien als auch der Ständigen Konferenz „Ärztliche Fortbildung“ vorausgegangen, das „Ärztliche Peer Review“ zu aktualisieren. Eine vom Vorstand der Bundesärztekammer eingesetzte Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz von San.-Rat Dr. Josef

Mischo wurde damit beauftragt, den spezifischen Mehrwert des Verfahrens in aktueller Form herauszuarbeiten.

PRiM zielt auf die Verbesserung der Behandlungsqualität und zugleich der Qualitätskultur. Der Arbeitsgruppe war es wichtig, dass sich das PRiM-Verfahren mit dieser doppelten Zielsetzung von den gesetzlich verpflichtenden QS-Verfahren, die auf Qualitätskontrolle fokussieren, deutlich abhebt. Es knüpft direkt an das professionelle Selbstverständnis von Ärztinnen und Ärzten und der Gesundheitsfachberufe an: Die Sicherung der Versorgungsqualität ist



internen als auch die externen Teams sind in der täglichen Patientenversorgung praktisch tätige Fachexpertinnen und -experten. Für die jeweils externen Peers ist die Fortbildung gemäß [BÄK-Curriculum PRiM](#) verpflichtend. Nur so können die spezifischen Anforderungen an die qualitative Datenerhebung und den Validierungsprozess gewährleistet werden.

Eine Neuerung von PRiM gegenüber dem „Ärztlichen Peer Review“ ist zudem, dass der auf fünf Phasen erweiterte Umsetzungsprozess verbindlich mit einer Evaluation als Phase V abschließt. Diese bezieht sich – der qualitativen Methodik entsprechend – auch darauf, welche Faktoren sich jeweils fördernd bzw. hemmend auf die Umsetzung von Verbesserungsprozessen auswirken. Damit richtet PRiM – wie kein anderes Qualitätssicherungsverfahren – seinen Blick auf die Zukunft der Qualitätssicherung und Verbesserungen in der Organisationsgestaltung generell.

Nicht zuletzt aus diesem Grund setzt sich die Bundesärztekammer dafür ein, dass das auf freiwilliger Basis durchgeführte PRiM eine stärkere Anerkennung erhält und zu einer anteiligen Entlastung im Kontext der gesetzlich geforderten Qualitätssicherung führt. Ein erstes Gespräch mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat hierzu bereits im Berichtsjahr stattgefunden.

Der Erfahrungsaustausch PRiM der (Landes-)Ärzttekammern hat im Jahr 2025 ebenfalls getagt. Er wird sich künftig insbesondere mit Fragen befassen, die sich auf die Umsetzung der Neuerungen des Verfahrens beziehen. Dazu gehört sowohl die mögliche Gestaltung von Fortbildungsangeboten gemäß des aktualisierten BÄK-Curriculum, als auch eine Abstimmung zur Vergabe des neu entwickelten PRiM-Logos durch die (Landes-)Ärzttekammern. ■

als Grundanliegen im ärztlichen Handeln und in der Haltung aller Gesundheitsfachberufe verankert.

Bei der Novellierung des Verfahrens lag für die Arbeitsgruppe das Augenmerk auf der Definition und Darlegung der Prinzipien und methodischen Anforderungen, die für die Realisierung der doppelten Zielsetzung notwendig sind. So sind für PRiM unter anderem die Selbstverpflichtung respektive die Freiwilligkeit aller Beteiligten und die praktische Umsetzung des Verfahrens in den jeweiligen Einrichtungen konstitutiv.

PRiM kann nicht angeordnet werden. Vielmehr entscheiden sich Behandlungsteams selbst dafür, gemeinsam mit externen Kolleginnen und Kollegen Fragen zur Verbesserung der eigenen Handlungsrountinen zu erörtern und Maßnahmenempfehlungen für ihren Arbeitsbereich abzuleiten. Bei diesem kollegialen Dialog begegnen sich „Peers“ im eigentlichen Wortsinn: Sowohl die



© MP-Studio/stock.adobe.com



© vegefox.com/stock.adobe.com

Stand der medizinischen Wissenschaft

Aktuelle Positionierungen der Bundesärztekammer

Die ärztliche Selbstverwaltung leistet durch die Feststellung des Standes der medizinischen Wissenschaft einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität. Der Vorstand der BÄK wird in diesem Themenfeld von Expertinnen und Experten seines Wissenschaftlichen Beirats mit ihren fachlichen Netzwerken beraten.

Die Richtlinien und Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Beirats (WB) der Bundesärztekammer werden kontinuierlich bewertet, insbesondere im Hinblick auf ihre praktische Anwendung. So können Anwendungsprobleme frühzeitig erkannt und der Bedarf sowie die Dringlichkeit von Überarbeitungen bestimmt werden.

Im Ergebnis der turnusgemäßen Aktualitätsprüfung im Jahr 2025 hat der BÄK-Vorstand auf Empfehlung des Beiratsvorstands beschlossen, dass die Richtlinien in den Bereichen Hämotherapie, hämatopoetische Stammzellen, Augenhornhautbanken und assistierte Reproduktion vor allem mit Blick auf die [EU-Verordnung zu Substanzen menschlichen Ursprungs \(EU-V SoHO\)](#) einer Aktualisierung bedürfen.

Diese Richtlinien ermöglichen eine praxisnahe Anwendung durch die Feststellung des „allgemein an-

erkannten Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik“ und die Zusammenführung nationaler und europäischer Regelungen.

Vor diesem Hintergrund haben die jeweils zuständigen [Ständigen Arbeitskreise](#) des WB ihre Arbeit aufgenommen. Ziel ist es, die vier Richtlinien bis zum Anwendungsbeginn der EU-V SoHO im August 2027 an die neue Rechtslage anzupassen. Zudem sollen medizinisch-fachliche Aspekte geprüft und – falls nötig – ergänzt oder aktualisiert werden.

Des Weiteren hat der Vorstand der BÄK beschlossen, das Informationspapier „Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte von Biobanken“ und die Stel-

Info

Mehr Informationen zu den Expertinnen und Experten des Wissenschaftlichen Beirats sind auf der [WB-Website](#) einzusehen.

lungnahme „Normungsvorhaben von Gesundheitsdienstleistungen aus ärztlicher Sicht“ (Lang- und Kurzfassung) sowie das „Statement on the ‚Standardisation proposals regarding healthcare services from the physicians point of view“ in das [Web-Archiv](#) zu verschieben. Diese sind nicht an die aktuelle Rechtslage angepasst und/oder bilden nicht mehr den aktuellen Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik ab. Für die finale Einschätzung des Aktualitätsgrades der Stellungnahme „Post-COVID-Syndrom“ soll angesichts des sich stetig entwickelnden Forschungsstandes im Jahr 2026 eine aktuelle Literaturrecherche durchgeführt werden.

Querschnitts-Leitlinien Hämotherapie

Im Zuge der laufenden Novellierung der Querschnitts-Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten, Gesamtnovelle 2020, wurde die Methodik unter Beibehaltung der schrittweisen Vorgehensweise weiterentwickelt. Dabei wurde der besondere Charakter der Querschnitts-Leitlinien mit Ausrichtung auf die Indikationsstellung und Auswahl der Blutkomponenten berücksichtigt. Es werden Fortentwicklungen in der Bewertung und Darstellung der zugrunde liegenden Evidenz vorgenommen.

Der Fokus liegt weiterhin auf „Leitlinienrecherche“ und „Expertenkonsens“ – eine systematische Literaturrecherche wird für ausgewählte Empfehlungen angeschlossen. Auch die Darstellung der Empfehlungen selbst wurde angepasst. Die Beratung und Beschlussfassung zu den novellierten Querschnitts-Leitlinien Hämotherapie sowie dem weiterentwickelten Leitlinienreport im WB ist für Ende des Jahres 2026 avisiert.

Neuer Arbeitskreis „Kontrazeption“

Über „reproduktive Selbstbestimmung“ wird auch in Deutschland kontrovers diskutiert. Dabei nimmt das Thema „Verhütung“ eher eine untergeordnete Rolle ein. Gleichzeitig zeichnet sich in den vergangenen Jahren ein Bewusstseinswandel bezüglich der Verhütung ab – gerade bei jungen Frauen sinkt die Bereitschaft für eine hormonelle Kontrazeption.

Die Gründe dafür sind vielfältig, wie beispielsweise die Sorge vor psychischen und physischen Nebenwirkungen hormoneller Verhütungsmittel. Darüber hinaus wird die Rolle von Männern bei der Verhütung nach wie vor nicht ausreichend wahrgenommen.

Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der Bundesärztekammer im September 2025 beschlossen, beim WB einen neuen [Arbeitskreis „Kontrazeption – Bewertung unter medizinisch-wissenschaftlichen Gesichtspunkten“](#) einzurichten. Im Sinne einer Analyse sollen die verfügbaren kontrazeptiven Methoden für Frauen und Männer dargestellt, medizinisch-wissenschaftlich bewertet und mit den Erwartungen von sexuell aktiven Menschen abgeglichen werden. Der aktuelle Stand der Forschung und ökonomische Aspekte werden berücksichtigt. ■

Neuer WB-Vorstand gewählt



BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt und WB-Vorsitzender Prof. Dr. Michael Hallek (v.l.)

Prof. Dr. Michael Hallek bleibt Vorsitzender des [Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer](#). Einstimmig bestätigten die WB-Mitglieder in ihrer [111. Plenarversammlung vom 29. November 2025](#) den Hämatologen/Onkologen in seinem Amt. Neu als stellvertretende Vorsitzende des WB wurde die Göttinger Gynäkologin Prof. Dr. Julia Gallwas gewählt, während der Pharmakologe Prof. Dr. Stefan Endres aus München in seinem Amt als stellvertretender Vorsitzender des Beirats bestätigt wurde. Als Beisitzer neu im WB-Vorstand vertreten sind Prof. Dr. Ulrike Attenberger aus Wien und Prof. Dr. Jens Werner aus München. Als weitere Mitglieder des Vorstands wiedergewählt wurden Prof. Dr. Sabine Kliesch, Prof. Dr. Wilhelm-Bernhard Niebling sowie Prof. Dr. Fred Zepp.

Klinische Prüfungen

Anwendung des Medizinforschungsgesetzes



Die Bundesärztekammer hat gemeinsam mit dem Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e. V. (AKEK) die erste Richtlinie gemäß des Medizinforschungsgesetzes (MFG) vorgelegt. Damit wird die Handlungsfähigkeit der Ethik-Kommissionen innerhalb der neuen rechtlichen Rahmenbedingungen bestätigt.

Mit der „Richtlinie zur Bewertung der Qualifikation von Prüfern, Hauptprüfern, Leitern und ärztlichen Mitgliedern von Prüfungsteams durch Ethik-Kommissionen“ gemäß § 41d des Arzneimittelgesetzes (AMG) wird festgelegt, welche Anforderungen Ethik-Kommissionen bei ihrer Bewertung der Qualifikation der verantwortlichen Prüfer und ärztlichen Mitglieder von Prüfungsteams zugrunde legen. Die Richtlinie ist sowohl für die nach Landesrecht eingerichteten Ethik-Kommissionen als auch für die neuerdings gemäß § 41c des AMG beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eingerichtete Spezialisierte Ethik-Kommission für besondere Verfahren verbindlich.

Mit der Vorlage der Richtlinie von BÄK und AKEK wurde ein wichtiger Beitrag zur Harmonisierung der formalen Praxis der Antragstellung und der Verfahrensweisen der zuständigen Ethik-Kommissionen geleistet und damit ein zentrales Ziel des MFG umgesetzt.

Curriculare Fortbildungen integriert

In die neue Richtlinie integriert wurden die curriculare Fortbildungen für den Grundlagen-, Aufbau- und Auffrischkurs für Prüferinnen und Prüfer sowie Mitglieder von Prüfungsteams. Neu ist, dass bei den

Prüferschulungen nicht mehr zwischen Arzneimittel- und Medizinprodukte-Kursen differenziert wird. Durch diese Vereinfachung der Kursstruktur soll die Attraktivität der Kursangebote für ärztliche Prüferinnen und Prüfer sowie Mitglieder von Prüfungsteams erhöht werden.

Für eine frühzeitige Einbeziehung von fachlichen Anmerkungen aus den betroffenen Fachkreisen wurde im Rahmen der Erarbeitung der Richtlinie eine öffentliche Konsultation durchgeführt. Im Sinne eines lernenden Systems ist künftig ein Revisionsprozess für die Richtlinie vorgesehen. Hierbei sollen Erfahrungen aus der praktischen Anwendung regelhaft Berücksichtigung finden.

Die Richtlinie ist einen Tag nach ihrer Veröffentlichung auf den Websites von BÄK und AKEK am 12. Juli 2025 in Kraft getreten. Die vorgesehenen Übergangsbestimmungen sollen allen Stakeholdern und den in klinischen Prüfungen tätigen Ärztinnen und Ärzten ausreichend Zeit für die Einstellung auf die neuen Regelungen einräumen. ■

Einfluss finanzieller Anreize in der Patientenversorgung

Finanzielle Anreize können das ärztliche Handeln beeinflussen und zu Spannungen mit (berufs-)rechtlichen und professionsethischen Verpflichtungen führen.

Der 126. Deutsche Ärztetag 2022 hatte die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) gebeten, ökonomische Mechanismen und Zwänge des kommerzialisierten Gesundheitsmarktes einer ethischen Reflexion zu unterziehen.

Richtig ausgestaltet, können finanzielle Anreize eine bedarfsgerechte und effiziente Versorgung fördern und zur Arbeitszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten beitragen. Falsche Anreize hingegen begünstigen Über-, Unter- oder Fehlversorgung, untergraben das Vertrauen der Patientinnen und Patienten und führen zu moralischen Belastungen. Dies ist der Ausgangspunkt der Stellungnahme [„Finanzielle Anreize in der Patientenversorgung: eine ethische Orientierung für ärztliches Handeln“](#) der ZEKO, die sich auf zentrale medizinethische Standards stützt.

Wenngleich die Anpassung der wirkmächtigen Rahmenbedingungen essenziell ist, hebt die ZEKO hervor, dass ärztliches Handeln nicht durch die strukturellen Rahmenbedingungen determiniert wird. Vielmehr haben Ärztinnen und Ärzte Handlungsspielräume und können bzw. müssen reflektieren, wie sie sich unter professionsethischen Gesichtspunkten zu finanziellen Anreizen verhalten, die ärztliches Handeln beeinflussen können.

Medizinische Professionalität verpflichtet die Ärzteschaft zu hohen ethischen Standards, die über die Alltagsmoral hinausgehen und das Vertrauen der Patientinnen und Patienten sichern. So betont unter ande-

rem der im Jahr 2022 revidierte internationale Medizinethik-Kodex des Weltärztebundes einen verantwortungsvollen Ressourceneinsatz, Unabhängigkeit von persönlichen Vorteilen und die Meldepflicht bei versorgungsgefährdenden Bedingungen.

Als konkrete Orientierungshilfe beschreibt die ZEKO typische Organisations- und Vergütungskonstellationen, die das ärztliche Urteil verzerren können. Sie analysiert verschiedene Anreizkonstellationen aus ethischer Sicht und stellt die zentralen Bewertungskriterien für die ärztliche Abwägung dar.

Durch die Anwendung des Konzepts der konkurrierenden Interessen erhalten Ärztinnen und Ärzte Unterstützung für einen ethisch reflektierten Umgang mit finanziellen Anreizen in der Gesundheitsversorgung. Auch wenn die Stellungnahme auf die vertragsärztliche Versorgung fokussiert, lassen sich viele Überlegungen auf die stationäre und ambulante Versorgung im Ganzen übertragen. ■

Ausblick

Zum Ende der aktuellen 10. Amtsperiode (2022/2025) hat die ZEKO im Dezember 2025 ihre Stellungnahme [„Planetary Health und ärztliche Verantwortung“](#) verabschiedet. Auch im Interesse einer kontinuierlichen Aufgabenwahrnehmung hat der Vorstand der Bundesärztekammer die Mitglieder der ZEKO für die 11. Amtsperiode im November 2025 wiederberufen; die konstituierende Sitzung der ZEKO einschließlich der Wahl des Vorstands und der neuen Themen fand im Februar 2026 statt.



Sogenannte Triage

Verfassungsgericht stärkt ärztliche Therapiefreiheit

Das Bundesverfassungsgericht hat im Jahr 2025 Triage-Regelungen des Bundes für nichtig erklärt und die besondere Bedeutung der ärztlichen Therapiefreiheit betont. Die Bundesärztekammer hat den Beschluss begrüßt und hervorgehoben, dass Therapieentscheidungen Ärztinnen und Ärzten vorbehalten bleiben müssen.

Mit Beschluss vom 23. September 2025 hat das Bundesverfassungsgericht die bundesrechtlichen Regelungen zur sogenannten Triage vollständig für nichtig erklärt (Az.: 1 BvR 2284/23). Der Erste Senat stellte klar, dass die im Infektionsschutzgesetz verankerten Vorgaben in die grundrechtlich geschützte Berufsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten eingreifen. Das Gericht betonte ausdrücklich die besondere Bedeutung der Therapiefreiheit, die sowohl das Ob als auch das Wie einer medizinischen Behandlung schützt.

„Das Bundesverfassungsgericht betont in seinem Beschluss die ärztliche Therapiefreiheit und unterstreicht somit, dass medizinische Entscheidungen in Extremsituationen nicht durch bundesgesetzliche Vorgaben ersetzt werden dürfen“, erklärte [Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt nach Bekanntwerden des Gerichtsbeschlusses](#). Der Beschluss stärke die ärztliche Berufsausübungsfreiheit und stelle sicher, dass medizinische Entscheidungen auf Basis der medizinisch-fachlichen Beurteilung und der Situation der Patientinnen und Patienten getroffen werden können.

In ihrer Stellungnahme gegenüber dem Verfassungsgericht hatte die Bundesärztekammer bereits verdeutlicht, dass eine gesetzliche Festlegung klinischer Priorisierungsentscheidungen aus fachlicher und ethischer Sicht unzulässig und kontraproduktiv wäre. Die Entscheidung über die Allokation knapper Ressourcen müsse stets im Einzelfall durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte getroffen werden – auf Basis medizinisch-fachlicher Kriterien und unter

Beachtung der Situation der einzelnen Patientinnen und Patienten.

Aus Sicht der Bundesärztekammer könne der Gesetzgeber hier normative Vorgaben nicht sinnvoll setzen; sie würden vielmehr das Risiko unzumutbarer und möglicherweise ungerechter Entscheidungen erhöhen. Zugleich verwies die BÄK darauf, dass der Bund für diese Form der materiellen Triage-Regelungen keine Gesetzgebungskompetenz besitze.

Die Bundesärztekammer hat sich an die Gesundheitsministerkonferenz gewandt und davor gewarnt, die Triage landesgesetzlich zu regeln. Bei dieser existentiellen Frage bestehe unter anderem das Risiko einer heterogenen Regelungslandschaft im Bundesgebiet mit negativen Auswirkungen beispielsweise auf die bewährte überregionale Ressourcenallokation (sog. Kleeblattmechanismus).

Bereits im Gesetzgebungsverfahren hatte die BÄK gefordert, von inhaltlichen Vorgaben abzusehen. Stattdessen plädierte sie für eine bundesgesetzliche Richtlinienkompetenz für die Bundesärztekammer, wodurch fachlich fundierte und zugleich flexible Vorgaben hätten entwickelt werden können.

Mit der Entscheidung aus Karlsruhe besteht nun Klarheit: Die sogenannte Triage ist keine Frage bundeseinheitlicher Detailregelungen. BÄK und (Landes-)Ärztchenkammern setzen sich auch weiterhin gemeinsam dafür ein, dass Triage-Entscheidungen auf Basis medizinisch-fachlicher Kriterien und unter Beachtung der Situation der einzelnen Patientinnen und Patienten getroffen werden. Vor allem aber muss alles dafür getan werden, dass sie niemals notwendig werden. ■

Krankenhausvorbehalt bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen

Neuregelung nach Urteil des Bundesverfassungsgerichts in Sicht

Das Bundesverfassungsgericht hatte mit seinem Urteil vom 26. November 2024 (Az. 1 BvL 1/24) entschieden, dass das ausnahmslose Verbot ärztlicher Zwangsmaßnahmen außerhalb von Krankenhäusern teilweise verfassungswidrig ist.



tiz und für Verbraucherschutz (BMJV) hat die BÄK am 22. August 2025 schriftlich zur Frage Stellung genommen, ob der vom BVerfG geforderte „Nahezu-Krankenhausstandard“ bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen abstrakt-generell festgelegt werden kann. Das BVerfG verlangt den „Nahezu-Krankenhausstandard“ ausdrücklich bezogen auf das konkrete Krankheitsbild, die geplante Maßnahme und die individuelle Situation des Betroffenen.

Aus Sicht der BÄK existiert ein allgemeingültiger Krankenhausstandard im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen nicht. Der medizinische Versorgungsstandard entwickelt sich fortlaufend. Eine pauschale oder schablonenhafte Definition eines „Nahezu-Krankenhausstandards“ scheidet daher aus. Bei einem stationären Aufenthalt oder einer vollständigen Krankenhausinfrastruktur ist nicht in jedem Fall eine Zwangsmaßnahme erforderlich. Maßgeblich ist vielmehr die Behandlung unter ärztlicher Gesamtverantwortung.

Die BÄK spricht sich dafür aus, statt einer abstrakten Definition eng begrenzte Prüfkriterien oder Richtlinien vorzusehen, die sich an der konkreten Behandlung, der erforderlichen fachärztlichen Expertise, der Patientensicherheit sowie der Sicherstellung der Nachbehandlung orientieren. Ziel ist es, im Einzelfall Patientenschutz und fachliche Qualität sicherzustellen.

Infolge ihrer Stellungnahme war die BÄK im Rahmen eines Fachgesprächs zum Änderungsbedarf im Betreuungsrecht am 24. September 2025 beteiligt. Sie wird den Prozess der Gesetzgebung im Jahr 2026 weiterhin aufmerksam begleiten. ■

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) sei die ausnahmslose Regelung, dass diese ausschließlich im Krankenhaus erfolgen müssten, unverhältnismäßig und damit verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt. Das BVerfG verpflichtete den Gesetzgeber, bis spätestens 31. Dezember 2026 eine gesetzliche Neuregelung zu treffen.

Die Bundesärztekammer war bereits im Verfahren vor dem BVerfG als sachkundige Dritte beteiligt. Im Berichtsjahr wurde sie nun auch im Rahmen der Erarbeitung einer gesetzlichen Neuregelung hinzugezogen. Auf Bitten des Bundesministeriums der Jus-

© picture alliance/Ulve Anspach



Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Für eine sichere und rationale Arzneimitteltherapie

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ist als ständiger Ausschuss der Bundesärztekammer errichtet. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus verschiedenen Gebieten der Medizin arbeiten hier interdisziplinär zusammen.

Die AkdÄ ist gemäß Sozialgesetzbuch (SGB V) und gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) als stellungnahmeberechtigte Institution bestimmt. Darüber hinaus ist sie in verschiedenen Gremien, beispielsweise im Beirat zu Liefer- und Versorgungsengpässen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), vertreten.

Gemäß ihrem [Statut](#) soll die AkdÄ zu Grundsatz- und Einzelfragen Stellung nehmen, die ihr vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegt werden. Sie berät den BÄK-Vorstand unabhängig in das Arzneimittelwesen betreffenden wissenschaftlichen Fragen und unterstützt ihn in seiner Meinungsbildung zu arzneimittelpolitischen Themen. Mit weiteren Gremien der BÄK erfolgt eine Zusammenarbeit zu verschiedenen Themenschwerpunkten.

Stellungnahmen nach AMNOG

Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) nach § 35a SGB V regelt unter anderem die Preisbildung für neu zugelassene Arzneimit-

tel. Im Rahmen des [Stellungnahmeverfahrens](#) bezieht die AkdÄ als Sachverständige der medizinischen Wissenschaft und Praxis Stellung zu einem möglichen Zusatznutzen neuer Arzneimittel. Die AkdÄ hat sich im Berichtsjahr an 17 Verfahren beteiligt.

Fragen der Vergleichstherapie

Die AkdÄ wird bei Beratungen des G-BA zu Fragen der Vergleichstherapie vor Beginn von Zulassungsstudien der Phase III und im Rahmen von AMNOG-Verfahren einbezogen. Die Beratungen erfolgen dabei insbesondere im Hinblick auf die klinische Praxis im Versorgungsalltag unter kritischer Bewertung der verfügbaren Evidenz und aktueller Leitlinien. Im Jahr 2025 hat die AkdÄ insgesamt 98 gutachterliche Expertisen zu Fragen der Vergleichstherapie eingereicht.

AMTS-Aktionspläne des BMG etabliert

Der „[Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit \(AMTS\) in Deutschland](#)“ ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der AkdÄ erarbeitetes, umfangreiches Maßnahmenpaket. Eine Koordinierungsgruppe aus Angehörigen der Ärzte- und Apothekerschaft, Pflegenden sowie Patientenvertreterinnen und -vertretern wurde eingerichtet, um die Einbindung der am Medikationsprozess Beteiligten zu gewährleisten. Diese begleitet zudem die Maßnahmen des Aktionsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS), berichtet den mitarbeitenden und betroffenen Institutionen und koordiniert die Fortschreibung des Aktionsplanes.

Gemeinsam mit dem BMG entstand 2007 die erste Konzeption für den AMTS-Aktionsplan. Der erste Aktionsplan 2008–2009 leitete einen kontinuierlichen Prozess auf diesem Gebiet ein. Alle am Medikationsprozess beteiligten Gruppen sind unter der Moderation und in Kooperation mit der AkdÄ an der Analyse der Probleme des Medikationsprozesses beteiligt und erarbeiten Strategien und Maßnahmen zur Risikominimierung.

Der Aktionsplan AMTS 2021–2024 wies mit der ersten Absolventenfeier des AMTS-Masterstudiengangs der Universitäten Bonn, Heidelberg und Tübingen auch im Berichtsjahr besondere Erfolge auf. Anfang 2026 ist zudem der Bericht zum Workshop zur Verbesserung der zentralen Erfassung von Medikationsfehlern im Bundesgesundheitsblatt erschienen und es fand der Abschlussworkshop der SafetyFIRST-Studie statt. Auch die Veröffentlichung der Liste der Hochrisikoarzneimittel ist für das Jahr 2026 vorgesehen.

Im Berichtsjahr wurde die Fortschreibung des Aktionsplans für die Jahre 2025–2028 beim BMG eingereicht. Zu folgenden Schwerpunktthemen wurden Maßnahmen formuliert, die Kriterien wie Messbarkeit, Praktikabilität, Machbarkeit und nachhaltige Implementierung erfüllen sollen:

- Elektronische Patientenakte und E-Rezept als neue Rahmenbedingungen für die AMTS: neue Chancen und neue Risiken
- „AMTS-Stewardship“
- Erschließung und Nutzung von Gesundheitsdaten für ausgewählte AMTS-Fragestellungen.

Der neue Aktionsplan AMTS kann vom BMG veröffentlicht werden, nachdem er vom Bundeskabinett beschlossen wurde.

Pharmakovigilanz

Ärztinnen und Ärzte sind berufsrechtlich verpflichtet, der AkdÄ im Rahmen des Spontanmeldesystems [unerwünschte Arzneimittelwirkungen \(UAW\)](#) mitzuteilen, die ihnen aus ihrer ärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werden.

Mit ihren Meldungen tragen Ärztinnen und Ärzte dazu bei, die Arzneimittelsicherheit und die Patientensicherheit zu erhöhen. Die AkdÄ erfasst, dokumentiert und bewertet diese Meldungen. Über Bekanntgaben im Deutschen Ärzteblatt, den Newsletter [„Drug Safety Mail“](#) sowie verschiedene Beiträge in ihrem online frei verfügbaren Bulletin [„Arzneiverordnung in der Praxis \(AVP\)“](#) informiert sie kontinuierlich über Arzneimittelrisiken.

Leitlinien

Die AkdÄ beteiligt sich an methodisch hochwertigen Leitlinien, die besonders relevante Fragen der Arzneimitteltherapie adressieren. Im Berichtsjahr haben sich Mitglieder der AkdÄ – gemäß Beschluss des AkdÄ-Vorstands – bei fünf ausgewählten S3-Leitlinien eingebracht. Zudem wurden drei Leitlinien im Jahr 2025 abgeschlossen und veröffentlicht, an denen sich die AkdÄ beteiligt hat.

Fortbildungsveranstaltungen

Neben dem AkdÄ-Fortbildungstag in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung Berlin am 8. Februar 2025 hat die AkdÄ im Berichtsjahr regelmäßig [Fortbildungsveranstaltungen](#) zu aktuellen Themen der Arzneimitteltherapie und Arzneimittelsicherheit durchgeführt – in der Regel in Zusammenarbeit mit (Landes-)Ärztikammern und Kassenärztlichen Vereinigungen.

Erstmals werden die Vorträge des AkdÄ-Fortbildungstages 2025 online als [Archiv-Webinar](#) (gültig bis 30.11.2026) beim Deutschen Ärzteblatt zur Verfügung gestellt. Das Archiv-Webinar ist nach erfolgreicher Lernerfolgskontrolle mit drei Fortbildungspunkten anerkannt. ■

Richtlinienarbeit und Prüfungen im gesetzlichen Auftrag



Die Transplantationsgremien der Bundesärztekammer und der Auftraggeber gemäß Transplantationsgesetz (TPG) sind im Berichtsjahr ihren umfänglichen gesetzlichen Regulierungs- und Prüfungsverpflichtungen erfolgreich nachgekommen. So erfolgte unter anderem eine Revision des Allgemeinen Teils der organbezogenen BÄK-Richtlinien. Auch konnte die 4. Prüfperiode der Prüfungs- und der Überwachungskommission abgeschlossen werden.

Nach dem TPG hat die Bundesärztekammer den Auftrag, Richtlinien für die Organtransplantation zu erarbeiten und weiterzuentwickeln. Die dafür eingerichtete Ständige Kommission Organtransplantation (StäKO) führte im Berichtsjahr drei Sitzungen durch.

Die StäKO-Leitung und die Federführenden der Arbeitsgruppen berieten im Januar und November 2025 in Klausur über Ergebnisse sowie weitere Inhal-

te und Ziele der Amtsperiode – insbesondere unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den Prüfungen der Transplantationszentren.

Die zwölf Arbeitsgruppen tagten in insgesamt 17 Sitzungen. Die gemeinsam mit dem Dezernat „Ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung“ der BÄK zusätzlich eingesetzte Arbeitsgruppe legte im Oktober 2025 eine grundlegende Überarbeitung des BÄK-Curriculums „Transplantationsbeauftragte gemäß § 9b Abs. 1 u. 4 TPG“ vor.

Neben der Richtlinienarbeit hat sich die StäKO schwerpunktmäßig mit Forschungsvorhaben in der Transplantationsmedizin, der Neuberechnung und Validierung des Cardiac Allocation Scores (CAS) sowie Fragen der Überkreuz-

lebendorganspende im Hinblick auf die geplante Novellierung des Transplantationsgesetzes befasst.

Richtlinienänderungen erarbeitet

Im Verlauf des Berichtsjahres hat die Ständige Kommission Organtransplantation verschiedene Richtlinien überarbeitet. Geändert wurden der Allgemeine Teil der Richtlinien zur Wartelistenführung und Organvermittlung sowie in der Folge die organbezogenen Richtlinien RL BÄK Herz, RL BÄK Lunge, RL BÄK Leber, RL BÄK Niere, RL BÄK Darm und RL BÄK Pankreas.

Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben

Am 29. Januar 2025 fand im Bundestag eine öffentliche Anhörung zur „Änderung des Transplantationsgesetzes“ im Sinne der Einführung einer Widerspruchsregelung statt, bei der auch die BÄK vertreten war (BT-Drucksachen [20/12609](#) und [20/13804](#)).

Auch zum „Referentenentwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes (Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende und weitere Änderungen)“ hat die [Bundesärztekammer im Juli 2025 eine Stellungnahme abgegeben](#) und sich in der mündlichen Anhörung des Bundesgesundheitsministeriums vom 13. August 2025 positioniert. Auch [begrüßte die BÄK im Oktober 2025 den Kabinettsbeschluss](#) zu neuen Regelungen für die Lebendorganspende.

Prüfungs- und Überwachungskommission

Die Überwachungskommission gemäß § 11 Abs. 3 S. 4 TPG und die Prüfungskommission gemäß § 12 Abs. 5 S. 4 TPG sind die Kontrollgremien von BÄK, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband, die für die Prüfung der deutschen Transplantationszentren, der Vermittlungsstelle und der Koordinierungsstelle verantwortlich zeichnen.

Die Jahresvisitationen ließen überwiegend eine nachvollziehbare Wahrnehmung der gesetzlich und vertraglich vorgegebenen Aufgaben der Stiftung Eurotransplant als Vermittlungsstelle nach § 12 TPG sowie der Deutschen Stiftung Organtransplantation als Koordinierungsstelle nach § 11 TPG erkennen.

Insgesamt 58 Transplantationsprogramme hat die Prüfungskommission auf Basis der Krankenakten von 914 Organempfängern nach postmortalen Organspen-

de überprüft, davon 29 im Rahmen einer Vor-Ort-Prüfung und 29 im schriftlichen Verfahren. Prüfgegenstand waren die Herz-, Lungen-, Leber-, Nieren- und Pankreastransplantationen (einschließlich kombinierter Transplantationen). Bei keiner der Prüfungen wurden Anhaltspunkte für Manipulationen festgestellt. Insgesamt hat sich aus Sicht der Kommissionen die positive Entwicklung der vergangenen Jahre bestätigt, wie im Einzelnen aus dem im [Dezember 2025 vorgelegten Tätigkeitsbericht](#) zu ersehen ist.

Nach Abschluss der 4. Prüfperiode hatten sich die Prüfungskommission und die Überwachungskommission im September 2025 neu konstituiert.

Vertrauensstelle etabliert

Die Vertrauensstelle Transplantationsmedizin steht jedem für Anfragen oder Beschwerden im Zusammenhang mit Organspenden oder -transplantationen offen. Weiterhin ist es ihre Aufgabe, vertrauliche Hinweise auf Auffälligkeiten oder Unregelmäßigkeiten im Bereich der Organspende und der Organtransplantation entgegenzunehmen und in Kooperation mit der Prüfungs- und Überwachungskommission zu klären.

Neben allgemeinen und einzelfallbezogenen Fragen zur Organspende und -transplantation betrafen die Eingaben des vergangenen Jahres insbesondere inhaltliche und verfahrensbezogene Fragen der Lebendorganspende. ■

Neue Amtsperiode gestartet

In der gemeinsamen Sitzung vom 16. September 2025 haben sich die Prüfungs- und Überwachungskommission für die 9. Amtsperiode (2025/2028) neu konstituiert. Wiedergewählt wurden Prof. Dr. Tobias E. Beckurts als Vorsitzender der Überwachungskommission und PD Dr. Stefanie Förderreuther als stellvertretende Vorsitzende. Zum Vorsitzenden der Prüfungskommission wurde OStA HAL a. D. Thomas Schwarz wiedergewählt, zum stellvertretenden Vorsitzenden fiel die Wahl auf Dr. Philipp Ehlermann. Prof. Dr. Michael Lindemann wurde erneut zum Leiter der Vertrauensstelle benannt.

Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung

Hinweise und Empfehlungen für Arztpraxen aktualisiert



© Sviltiana/stock.adobe.com

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben im Berichtsjahr ihre „Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ in aktualisierter Fassung veröffentlicht. Diese sollen Arztpraxen eine aktuelle praxisnahe Orientierung zur rechtssicheren Verarbeitung von Patientendaten geben.

[Inhaltlich konkretisiert das Hinweispapier die Reichweite und die Grenzen der Schweigepflicht und des Datenschutzes im Praxisalltag](#) – vom zulässigen Informationsaustausch im Behandlungsteam bis zu besonderen Risiken bei elektronischer Kommunikation, etwa bei unverschlüsselter Übermittlung über E-Mail oder Messenger. Es beschreibt die Voraussetzungen wirksamer Einwilligungen und grenzt diese gegenüber gesetzlich gestützten Datenverarbeitungen ab.

Ausdrücklich wird unter anderem darauf hingewiesen, dass für bestimmte Konstellationen wie beispielsweise Termin-Erinnerungen per SMS oder E-Mail eine ausdrückliche datenschutzrechtliche Einwilligung erforderlich sein kann. Zudem werden zentrale Datenschutzpflichten für Praxisinhaber als Verantwortliche

dargestellt, einschließlich der Anforderungen an die Auftragsverarbeitung, die Führung eines Verzeichnisses von Verarbeitungstätigkeiten und die Benennung eines Datenschutzbeauftragten je nach Umfang und Risiko der Verarbeitung.

Abgerundet wird die Handreichung durch Hinweise zur ärztlichen Dokumentation und zum Einsichts- und Kopierecht der Patientinnen und Patienten, einschließlich der auf EU-Recht begründenden Pflicht, die Erstkopie der Patientenakte unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Die Anlage zu Aufbewahrungsfristen bietet eine schnelle Übersicht über die praxistypischen Aufbewahrungszeiten. ■



© amazing studio/stock.adobe.com

Ärztstatistik 2025

Strukturwandel unter schwierigen Vorzeichen

Der Strukturwandel in der Ärzteschaft der vergangenen Jahre hat sich im Berichtsjahr unvermindert fortgesetzt. Die Ärzteschaft ist zunehmend ein Spiegel der Gesellschaft, die vom demografischen Wandel geprägt ist. So nähert sich eine große Zahl von Ärztinnen und Ärzten dem Ruhestand; fast ein Viertel der berufstätigen Ärzteschaft hat bereits das 60. Lebensjahr erreicht.

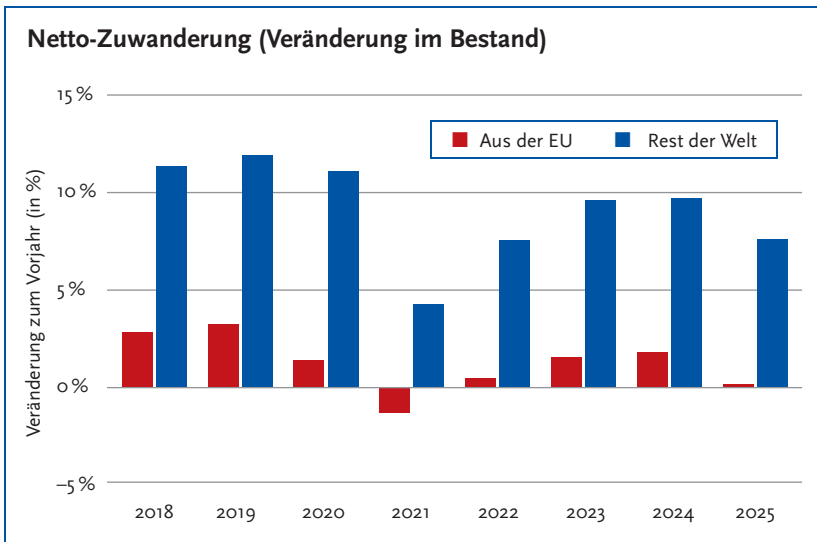
Insgesamt stieg die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland moderat um 2,0 Prozent auf rund 446 000 Personen an. Die Ärzteschaft umfasste zum Stichtag insgesamt rund 593 000 Ärztinnen und Ärzte, inklusive derer ohne ärztliche Tätigkeit.

Im stationären Sektor betrug der Zuwachs 2,4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Im ambulanten Bereich setzte sich der Strukturwandel fort. Insgesamt sind weniger niedergelassene Ärztinnen und

Ärzte berufstätig (-1,3 Prozent). Allein in den vergangenen fünf Jahren ist deren Anzahl um insgesamt 8 Prozent zurückgegangen. Demgegenüber steht mit +6,7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr ein erneut starker Anstieg an angestellten Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich (+48 Prozent seit dem Jahr 2020). Inzwischen sind 39 Prozent aller Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung als Angestellte in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren tätig.

Ärztliche Tätigkeit außerhalb der medizinischen Versorgung

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte bei Behörden und Körperschaften – inklusive des Sanitätsdienstes der Bundeswehr – stieg im Vergleich zum Vorjahr um 1,2 Prozent auf 12 050 Personen an. Davon waren 3 893 bei Gesundheitsämtern beschäftigt – das sind 1,6 Prozent mehr als im Vorjahr. Mit einem Anteil von rund 6 Prozent – also insgesamt 26 639 Ärztinnen und Ärzten – war zum Stichtag 31. Dezember 2025 ein relativ kleiner Teil der Ärzteschaft in sonstigen Bereichen außerhalb der medizinischen Versorgung tätig. Damit ist deren Zahl um 1,3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr gestiegen.



Ungewiss ist, ob der Anstieg der Anzahl an Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2025 auch mit einem Zuwachs an ärztlicher Arbeitszeit in der medizinischen Versorgung einhergeht. Ärztinnen und Ärzte zählen zwar nach wie vor zu den Erwerbstätigen mit überdurchschnittlich langen Arbeitszeiten, jedoch ist eine Angleichung der Arbeitszeiten an die gesellschaftliche Norm zu beobachten. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes betrug die wöchentliche Arbeitszeit der Ärzteschaft im Jahr 2024 im Durchschnitt

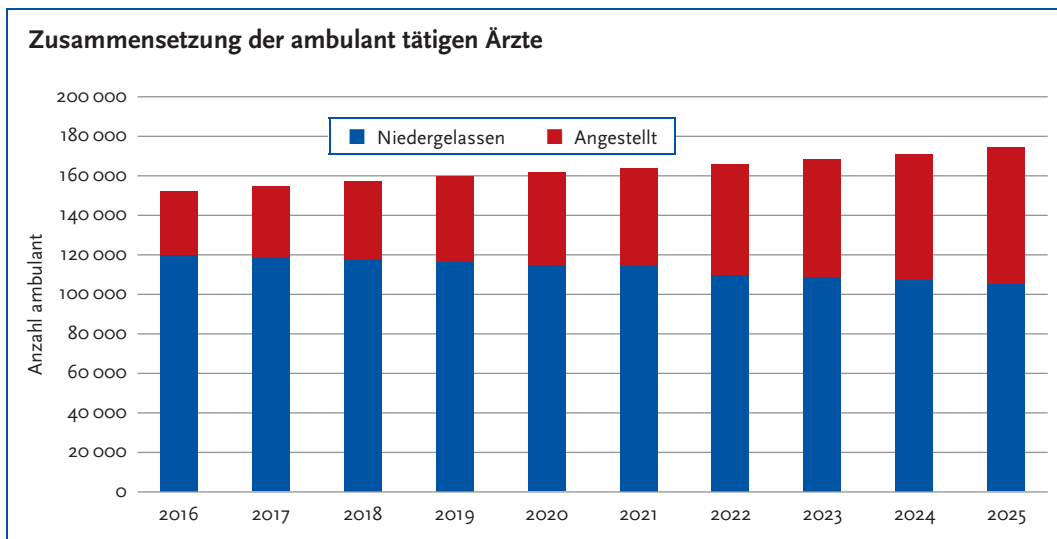
40,3 Stunden: 46,0 Stunden in Vollzeit und 25,6 Stunden in Teilzeit. Erwerbstätige aller Berufsgruppen arbeiteten im Vergleich dazu durchschnittlich 34,4 Stunden pro Woche. Das entspricht 40,3 Stunden in Vollzeit und 20,9 Stunden in Teilzeit.

Die Arbeitszeiten von Ärztinnen und Ärzten sind in den vergangenen zehn Jahren im Vergleich zu den Erwerbstätigen insgesamt überdurchschnittlich stark gesunken. Als Grund dafür gibt das Statistische Bundesamt den gestiegenen Anteil an Teilzeitarbeit an. Im Jahr 2014 arbeiteten noch 15 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit – im Jahr 2024 waren es bereits 28 Prozent. Bei den Erwerbstätigen insgesamt stieg der Anteil im selben Zeitraum von 28 Prozent auf 31 Prozent an.

Reaktivierung von Ärztinnen und Ärzten im Ruhestand

Vor diesem Hintergrund sind Bemühungen zu betrachten, Ärztinnen und Ärzte länger im Berufsleben zu halten, um den zunehmenden Ärztemangel in einigen Fachgebieten und in einigen vorwiegend ländlichen Regionen einzudämmen. Das Potenzial hierfür ist beträchtlich: zu den rund 106 000 Ärztinnen und Ärzten im Ruhestand (+2,3 Prozent zum Vorjahr) kommt eine große Anzahl von Personen, die sich dem Ruhestandsalter nähern. Zum Stichtag 31. Dezember 2025 waren 43 444 berufstätige Ärztinnen und Ärzte älter als 65 Jahre, weitere 60 826 waren zwischen 60 und 65 Jahre alt. Nahezu ein Viertel (23,4 Prozent) der berufstätigen Ärzteschaft hatte somit das 60. Lebensjahr erreicht und wird in den kommenden Jahren aus dem Berufsleben ausscheiden.

Der Gesetzgeber hat sich dazu entschlossen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte von den steuerlichen Anreizen der „Aktivrente“ auszuschließen. Damit entfällt das enorme Potenzial an erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzten, die im Alter über 60 Jahren berufstätig sind und die mit entsprechenden Anreizen angesprochen werden könnten. Die größten Potenziale in dieser Hinsicht sind insbesondere bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten



und im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zu vermuten. Ein Drittel (33 Prozent) des ärztlichen Personals bei Gesundheitsämtern sowie 44 Prozent der Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber sind über 60 Jahre alt und stehen im Berufsleben. Vor diesem Hintergrund ist zu befürchten, dass sich das Tempo bei den Praxisschließungen beschleunigt, weil keine Nachfolge zur Verfügung steht.

Um das derzeitige Versorgungsniveau auch in Zukunft aufrechtzuerhalten, wird eine ausreichende Zahl an Neuzugängen von neu ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten benötigt. Im Jahr 2025 wurden 10 203 Ärztinnen und Ärzte mit deutscher Staatsbürgerschaft und 5 448 Ärztinnen und Ärzte mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit erstmals bei den (Landes-)Ärzttekammern registriert.

Zuwanderung von Ärztinnen und Ärzten

Die Zahl zugewanderter Ärztinnen und Ärzte stieg im Vergleich zum Vorjahr um 5 Prozent auf insgesamt 71 480 an. Somit besitzen inzwischen 16 Prozent aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland keine deutsche Staatsangehörigkeit. Dieser [Wert entspricht in etwa dem Anteil ausländischer Beschäftigter im Allgemeinen](#). Dieser neue Höchststand ist überwiegend auf den Zuzug von Ärztinnen und Ärzten aus Ländern außerhalb der Europäischen Union zurückzuführen (+7,6 Prozent zum Vorjahr). Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit einer EU-Staatsangehörigkeit stieg lediglich um 0,1 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

Die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte ohne deutsche Staatsangehörigkeit kommt aus EU-Ländern (35 Pro-

zent) oder anderen europäischen Staaten (21 Prozent) sowie aus Ländern des Nahen Ostens. Häufigste Herkunftsländer sind Syrien (7 959), Rumänien (4 617), die Türkei (3 532), Russland (3 138), Österreich (3 076) und Griechenland (2 963). Ausländische Ärztinnen und Ärzte sind überwiegend in der stationären Versorgung tätig. Im Jahr 2025 verließen im Gegenzug 2 234 Ärztinnen und Ärzte Deutschland, davon sind 1 236 deutsche Staatsbürgerinnen und Staatsbürger.

[Ergänzende Statistiken des Statistischen Bundesamtes \(Destatis\)](#) legen nahe, dass von den ausländischen Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2024 knapp die Hälfte jünger als 35 Jahre alt war. Unter den Ärztinnen und Ärzten mit deutscher Staatsbürgerschaft traf dies nur zu 18 Prozent zu. Ferner deutet eine Auswertung des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes darauf hin, dass die tatsächliche Zahl an Ärztinnen und Ärzten mit Einwanderungsgeschichte deutlich höher liegt: Ein Teil der zugewanderten Ärztinnen und Ärzte besitzt inzwischen die deutsche Staatsbürgerschaft und kann aufgrund des Merkmals Staatsangehörigkeit nicht von Ärztinnen und Ärzten ohne Einwanderungsgeschichte unterschieden werden. Destatis schätzt, dass im Jahr 2024 aus dem Ausland zugewanderte Ärztinnen und Ärzte 24 Prozent – also nahezu ein Viertel – der gesamten Ärzteschaft ausmachen. In der Bevölkerung hatten [2024 insgesamt 26 Prozent](#) eine Einwanderungsgeschichte. ■

Vorstand der Bundesärztekammer



**Dr. med. (I)
Klaus Reinhardt**
Präsident der
Bundesärztekammer



**Dr. med.
Susanne Johna**
Vizepräsidentin der
Bundesärztekammer



**Dr. med.
Ellen Lundershausen**
Vizepräsidentin der
Bundesärztekammer



**Dr. med.
Andreas Botzlar**
Weiteres Vorstandsmitglied
(gewählt vom
Deutschen Ärztetag)



**Christine
Neumann-Grutzeck**
Weiteres Vorstandsmitglied
(gewählt vom
Deutschen Ärztetag)



**Dr. med.
Hans-Jörg Bittrich**
Präsident der
Landesärztekammer
Thüringen



**Priv.-Doz. Dr. med.
Peter Bobbert**
Präsident der
Ärzttekammer Berlin



Erik Bodendieck
Präsident der
Sächsischen
Landesärztekammer



**Dr. med.
Sven Dreyer**
Präsident der
Ärzttekammer
Nordrhein



**Prof. Dr. med.
Uwe Ebmeyer**
Präsident der
Ärzttekammer
Sachsen-Anhalt



**Dr. med.
Pedram Emami**
Präsident der
Ärzttekammer
Hamburg



**Dr. med. Johannes
Albert Gehle**
Präsident der
Ärzttekammer
Westfalen-Lippe



**Prof. Dr. med.
Henrik Herrmann**
Präsident der
Ärzttekammer
Schleswig-Holstein



**Christina
Hillebrecht**
Präsidentin der
Ärzttekammer Bremen



**Dr. med.
Günther Matheis**
Präsident der
Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz



**Dr. med.
Wolfgang Miller**
Präsident der
Landesärztekammer
Baden-Württemberg



**Dr. med.
Edgar Pinkowski**
Präsident der
Landesärztekammer
Hessen



**Dr. med.
Jens Placke**
Präsident der
Ärzttekammer
Mecklenburg-Vorpommern



**Dr. med.
Gerald Quitterer**
Präsident der
Bayerischen
Landesärztekammer



**Dr. med. Marion
Charlotte Renneberg**
Präsidentin der
Ärzttekammer
Niedersachsen



**Dipl.-Med.
Frank-Ullrich Schulz**
Präsident der
Landesärztekammer
Brandenburg



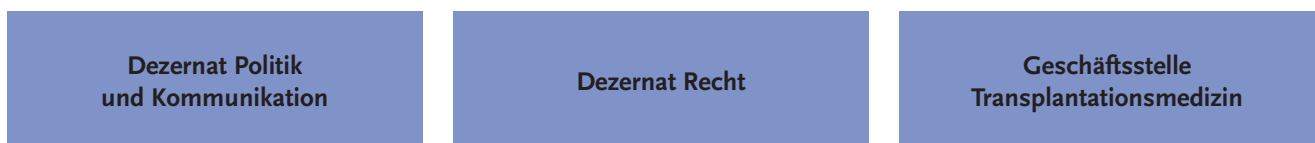
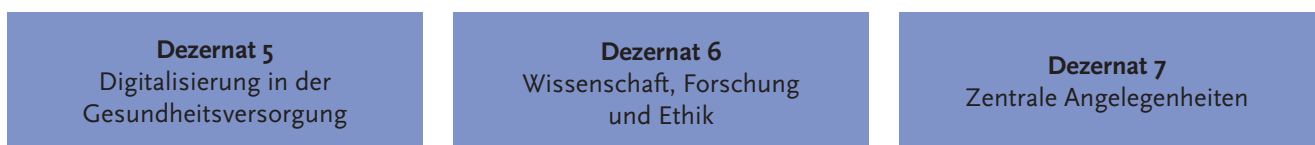
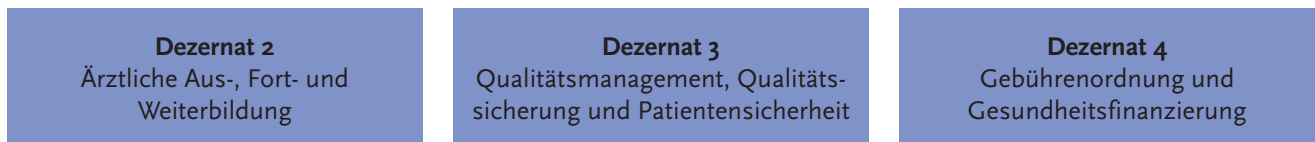
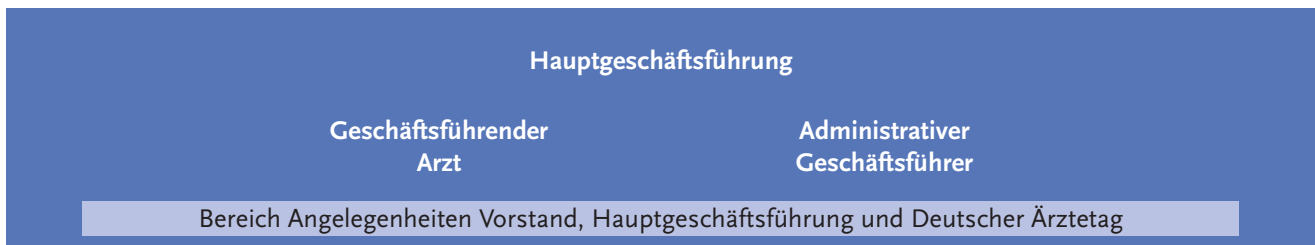
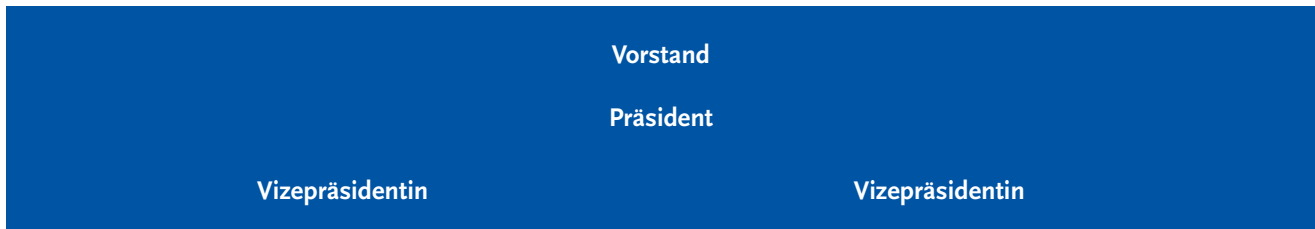
**Dr. med. Markus
Strauß**
Präsident der
Ärzttekammer
des Saarlandes

Ehrenpräsident der Bundesärztekammer



**Prof. Dr. med. Frank
Ulrich Montgomery**

Organigramm der Bundesärztekammer



Deutscher Ärztetag

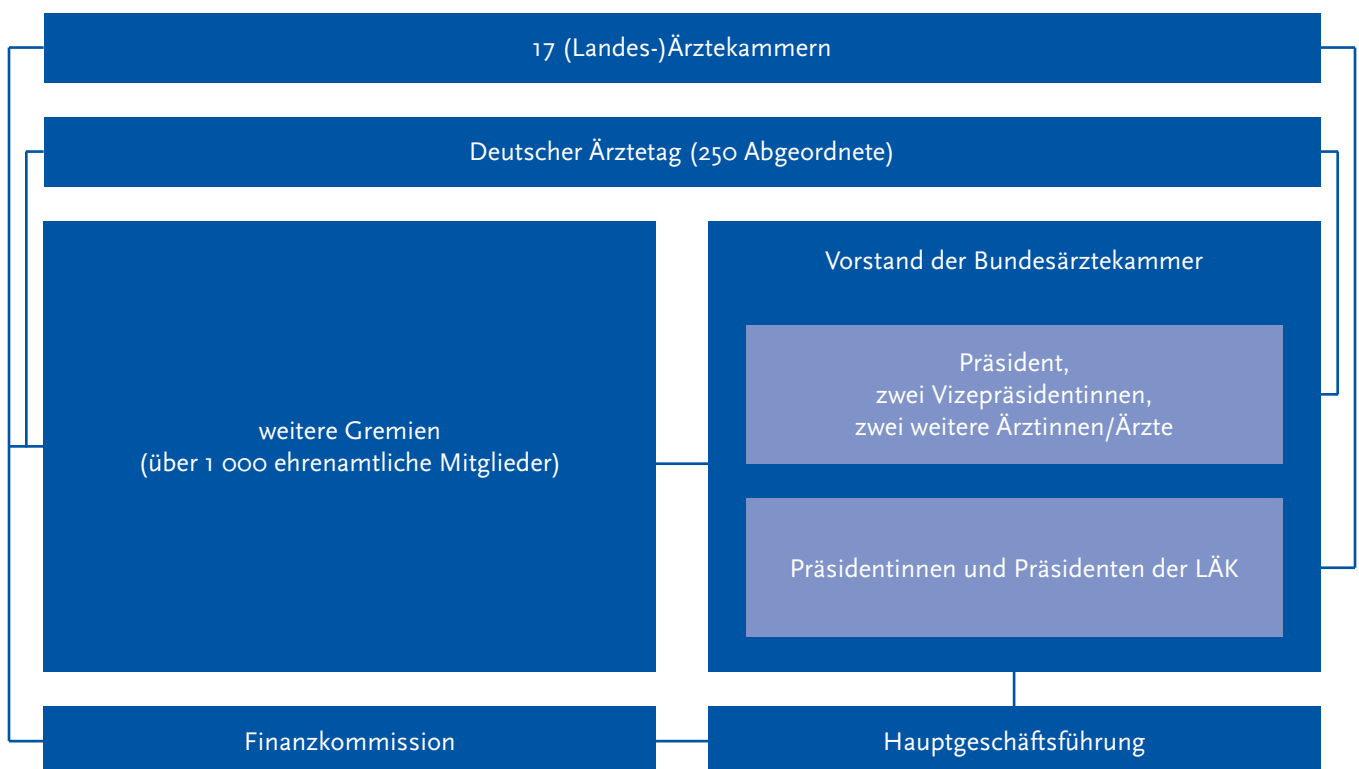
Der [Deutsche Ärztetag](#) ist die Hauptversammlung der Bundesärztekammer, das „Parlament der Ärzteschaft“, und findet in der Regel einmal jährlich an wechselnden Orten statt. Die 17 deutschen (Landes-)Ärzttekammern entsenden insgesamt 250 Abgeordnete zum Deutschen Ärztetag. Zu den Aufgaben des Deutschen Ärztetages gehört es, unter anderem Regelungen zum Berufsrecht wie zum Beispiel die (Muster-)Berufsordnung und die (Muster-)Weiterbildungsordnung zu erarbeiten und zu verabschieden sowie die Positionen der Ärzteschaft zu aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Diskussionen der Gesellschaft zu artikulieren und sie der Öffentlichkeit zu vermitteln.

Die [Bundesärztekammer](#) ist als Arbeitsgemeinschaft der deutschen (Landes-)Ärzttekammern die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung. Die BÄK wirkt aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft und an Gesetzgebungsverfahren mit und entwickelt Perspektiven für eine patientennahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik. Sie vertritt die berufspolitischen Interessen

der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland.

BÄK unterstützt die Arbeit der (Landes-)Ärzttekammern

Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen (Landes-)Ärzttekammern ist die BÄK ein organisatorischer Zusammenschluss von Körperschaften öffentlichen Rechts. Sie selbst ist keine Körperschaft, sondern ein Verein ohne Rechtspersönlichkeit. Sie unterstützt die Arbeit der (Landes-)Ärzttekammern und nimmt dabei mittelbar auch gesetzliche Aufgaben wahr. Unmittelbare gesetzliche Aufgaben obliegen der Bundesärztekammer unter anderem im Rahmen der Qualitätssicherung, der Transfusionsmedizin sowie durch das Transplantationsgesetz. Die einzelne Ärztin und der einzelne Arzt gehören der BÄK lediglich mittelbar über die Pflichtmitgliedschaft in ihrer bzw. seiner (Landes-)Ärzttekammer an. ■



Adressen der (Landes-)Ärzttekammern

Ärzttekammer Schleswig-Holstein
Bismarckallee 8–12
23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551/803–0
info@aeksh.de

Ärzttekammer Hamburg
Weidestraße 122b
22083 Hamburg
Tel.: 040/202299–0
info@aekhh.de

Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern
August-Bebel-Straße 9a
18055 Rostock
Tel.: 0381/49280–0
info@aek-mv.de

Ärzttekammer Niedersachsen
Berliner Allee 20
30175 Hannover
Tel.: 0511/380–02
info@aekn.de

Landesärztekammer Brandenburg
Geschäftsstelle
Cottbus
Dreifertstraße 12
03044 Cottbus
Tel.: 0355/78010–0
post@laekb.de

Landesärztekammer Brandenburg
Geschäftsstelle
Potsdam
Pappelallee 5
14469 Potsdam
Tel.: 0331/505605–0
post@laekb.de

Ärzttekammer Bremen
Schwachhauser Heerstraße 30
28209 Bremen
Tel.: 0421/3404–200
info@aekhb.de

Ärzttekammer Berlin
Friedrichstraße 16
10969 Berlin
Tel.: 030/40806–0
kammer@aekb.de

Ärzttekammer Westfalen-Lippe
Gartenstraße 210–214
48147 Münster
Tel.: 0251/929–0
posteingang@aekwl.de

Ärzttekammer Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg
Tel.: 0391/6054–6
info@aeksa.de

Ärzttekammer Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Tel.: 0211/4302–0
aerztekammer@aekno.de

Sächsische Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden
Tel.: 0351/8267–0
info@slaek.de

Ärzttekammer des Saarlandes
Faktoreistraße 4
66111 Saarbrücken
Tel.: 0681/4003–0
info-aeks@aeksaar.de

Bayerische Landesärztekammer
Mühlbaurstraße 16
81677 München
Tel.: 089/4147–0
info@blaek.de

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Mittlere Bleiche 40
55116 Mainz
Tel.: 06131/28822–0
kammer@laek-rlp.de

Landesärztekammer Thüringen
Im Semmicht 33
07751 Jena
Tel.: 03641/614–0
post@laek-thueringen.de

Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstraße 152
60314 Frankfurt
Tel.: 069/97672–0
info@laekh.de

Landesärztekammer Baden-Württemberg
Jahnstraße 40
70597 Stuttgart
Tel.: 0711/76989–0
info@laek-bw.de

**Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen
Ärzttekammern**
Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystraße)
10623 Berlin
www.bundesaerztekammer.de
Tel.: 030/400456–0
info@baek.de



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1 (Wegelystraße)
10623 Berlin
www.bundesaerztekammer.de