Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Beschlüsse der Hauptversammlung 2026

Nr.	Titel
	Beschluss zum Thema der HV
1	Ärztliche Kompetenz und Verantwortung als Dreh- und Angelpunkt einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung
	Aktuelle Gesetzgebungsverfahren und Initiativen
2	Primärversorgungssystem effizient, nachhaltig und zukunftssichernd gestalten
3	Reform Akut- und Notfallversorgung praxistauglich weiterentwickeln
4	Abschaffung Hybrid-DRG zurücknehmen
5	GeDIG: Schutz vor zweckfremder Nutzung von Gesundheitsdaten
6a	Reform des Nachrichtendienstrechts muss Ärzt:innen den absoluten Vertrauensschutz einräumen
7	Im Ernstfall blank: warum Deutschland in Krisen und Kriegen medizinisch führungslos ist
8	Stärkung Public-Health-Surveillance
9a	Modernisierung statt Machtmissbrauch
9b	Null Toleranz gegenüber Machtmissbrauch, Belästigung, Sexualisierung und Diskriminierung im Gesundheitswesen
10	Präventionsorientierte Ausgestaltung der Zuckersteuer
11	Hartmannbund begrüßt besonderen Schutz der Angehörigen der Heilberufe in ihrer dem Gemeinwohl dienenden Tätigkeit
12	Erhalt des dualen Systems aus gesetzlicher und privater Kranken- und Pflegeversicherung
13	Geschlechtersensible Medizin in allen Bereichen der Versorgung verankern
	Ärztliche Weiterbildung
14	WBO an Umsetzbarkeit und Versorgungsrealität ausrichten
15	Bundeseinheitliche Inhalte der ärztlichen Weiterbildung
16	Länderübergreifende Anerkennung von WB-Leistungen
17	Sicherstellung WB aus einem Guss auch unter den Bedingungen der Krankenhausreform
18	Beteiligung von Ärzt:innen in WB in WB-Ausschüssen
19	Ausgewogene und transparente Besetzung FA-Prüfungsausschüsse
	KI in der Medizin
20	KI im Studium
21	Verantwortungsvoller Umgang mit KI in Praxis und Klinik
	Gesundheits- und Berufspolitik allgemein
22	Eigenverantwortung stärken - Gesundheitskompetenz fördern, Inanspruchnahme angemessen gestalten
23	Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in somatischen Kliniken
24	Doppelverplanungen medizinischen Personals in Krisenlagen vermeiden
25	Verpflichtende Evaluation der neu geführten Apotheken-Leistungen
	Ergebnispapiere
	Ethisch-rechtliche Implikationen im ärztlichen Handeln – Positionen und Forderungen des Hartmannbundes
	Weiterbildung mutig neu denken

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 1

Gemeinsam für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung – mit ärztlicher Kompetenz und Verantwortung

Der Hartmannbund fordert, die dringend notwendigen Strukturreformen in der Versorgung gemeinsam mit dem ärztlichen Berufsstand zu gestalten. Wir erwarten, dass die Finanzkommission Gesundheit Ende des Jahres Vorschläge vorlegt, die mehr sind als kurzfristige Sparmaßnahmen zu Lasten der medizinischen Versorgung. Patient:innen und vor allem auch Ärzt:innen brauchen keine zusätzlichen Reglementierungen. Wer die Versorgung stärken will, darf Ärzt:innen nicht demotivieren.

Für den Hartmannbund gilt: Ärztliche Kompetenz und Verantwortung sind in letzter Konsequenz unteilbar. Ärztliches Handeln ist nicht substituierbar.

Wir sind überzeugt davon, dass Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität die Basis für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen sein müssen. Die vorhandenen Ressourcen müssen optimal genutzt, Prävention muss gestärkt und der Zugang zum System muss intelligent koordiniert werden.

Eigenverantwortung – Patient:innen fordern und befähigen

Eigenverantwortung zeigt sich zuerst in der Prävention. Sie beginnt im Sinne der Verhaltensprävention beim Individuum. Der Hartmannbund setzt sich dafür ein, die Eigenverantwortung der Patient:innen für ihre Gesundheit zu stärken.
Gesundheitskompetenz muss früh, verbindlich und alltagsnah als Teil der schulischen Bildung vermittelt werden, damit Prävention als langfristige Investition verstanden wird, die nicht nur gesellschaftliche, sondern auch ökonomische Vorteile mit sich bringt.
Der Hartmannbund befürwortet das Prinzip „Health in all policies“, dem zufolge politische Entscheidungen zugleich immer auch die Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen berücksichtigen müssen. Aus diesem Grunde unterstützen wir die Nationale Präventions-initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und rufen im Schulterschluss mit den

Ländern, den Trägern der Nationalen Präventionskonferenz sowie der Praxis, der Wissenschaft, der Zivilgesellschaft und der Politik dazu auf, die Förderung der Gesundheit und die Vermeidung von Krankheiten in den Fokus zu rücken. Prävention und Gesundheitsförderung können nur durch gemeinsames Handeln der maßgeblichen Partner:innen auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene erfolgreich verwirklicht werden.

Zur Prävention gehört auch die Verhältnisprävention. Das bedeutet, dass die menschlichen Lebenswelten wie der Arbeitsplatz, die Schule oder der Wohnort gesundheitsfördernd gestaltet werden müssen – wo nötig auch durch Gesetze oder Auflagen etwa im Bereich Social Media und Abgaben etwa auf gesundheitsschädliche Produkte wie Alkohol, Tabak und zuckerhaltige Getränke. Solche Abgaben müssen wirksam gestaltet und gezielt in Prävention reinvestiert werden. Steuerung ist hierbei wichtiger als kurzfristige Einnahmen.

Prävention und die Salutogenese sind auch ärztliche Aufgabe. Dazu gehört es, gesundheitliche Belastungen und Einschränkungen der psychosozialen Lebensqualität frühzeitig zu erkennen, Patient:innen auf diese anzusprechen, zu Verhaltensänderungen zu motivieren und sie auf geeignete Präventionsangebote hinzuweisen und in weiteren Kontakten überprüfen, ob diese wirksam waren oder individuell angepasst werden müssen. Ärztliche Beratung in Sachen Prävention kann insofern relevante Verhaltensänderungen bewirken.

Subsidiarität – Entscheidungen dort treffen, wo Versorgungsbedarf kompetent erfüllt und gesteuert werden kann

Ziel eines Primärversorgungssystems muss eine am medizinischen Bedarf orientierte Versorgung mit ausreichenden zeitlichen Kapazitäten für eine gute Patientenversorgung sein. Und wenn die Regel „ambulant vor stationär" wirklich gelten soll, dann dürfen Instrumente zur Ambulantisierung wie etwa die Hybrid-DRG nicht einfach ersatzlos abrupt eingestellt werden. Die Praxen benötigen politische Verlässlichkeit, um ihren Teil zum Transformationsprozess im Gesundheitswesen beitragen zu können.

Die Neuordnung der Akut- und Notfallversorgung begrüßt der Hartmannbund grundsätzlich - auch als einen wichtigen Schritt zu einer intelligenten Patientensteuerung. Allerdings ist eine 24/7-Bereitschaft aufsuchender Dienste in der vertragsärztlichen Versorgung nicht effizient und nicht sinnvoll. Die Integrierten Notfallzentren müssen mit Blick auf die bestehende Versorgungslandschaft geplant werden, und die Ersteinschätzung muss auf einem bundesweit einheitlichen, wissenschaftlich validierten Verfahren beruhen, das die ärztliche Selbstverwaltung entwickelt und qualitätssichert.

Der Hartmannbund unterstützt zudem eine funktionierende und patientenorientierte Terminvermittlung. Der Verband wendet sich aber gegen eine verschärfte Regelung, die Praxen zur Meldung vorgegebener Kontingente verpflichten kann. Die Vergabe von Terminen sollte sich nach dem medizinischen Bedarf der Patient:innen richten und als Teil der Praxisorganisation in ärztlicher Hand bleiben. Inwieweit die Nichtinanspruchnahme von Terminen durch mögliche Bonus-Malus Regelungen beeinflusst werden könnte, sollte in diesem Kontext diskutiert werden.

Die Bewertung individueller Gesundheitsrisiken ist keine Kassen-, sondern eine originär ärztliche Aufgabe und gehört in den konkreten Behandlungskontext. Subsidiarität bedeutet daher in Bezug auf das GeDIG: Es ist nicht zielführend, dass Krankenkassen Diagnosen, Medikation oder andere Behandlungsdaten aus der elektronischen Patientenakte auswerten und daraus ohne Rücksprache mit den Behandelnden eigenständig Maßnahmen zur Patientensteuerung ableiten.

Auch ärztliche Leistungen wie Impfungen, Blutzucker- oder Blutdruckmessungen mit Gesundheitsberatungen, die losgelöst von ärztlichen Behandlungskonzepten erbracht werden, etwa in Apotheken, betrachten wir als nicht sachgerecht. Sie müssen sich an ihrem Mehrwert messen lassen. Möglicherweise gefährden sie die Patientensicherheit und führen durch den verzögerten Erstkontakt zu Mehrarbeit in den Praxen. Der Hartmannbund fordert: Die anamnestische Einordnung – Vorerkrankungen, Medikation, Risikokontext – muss originär ärztliche Aufgabe bleiben, denn nur hier sind die nötigen Kompetenzen dafür vorhanden.

Solidarität – Lasten und Verantwortung fair verteilen

Solidarität bedeutet eine faire, nachvollziehbare Verteilung von Lasten, nicht deren einseitige Verschiebung. Das bereits in Kraft getretene **GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz** greift überproportional in die ambulante und stationäre Versorgung ein. Andererseits gibt es noch immer Sparpotentiale, die nicht gehoben wurden. Ein Instrument wäre die vollständige Refinanzierung der Behandlungskosten für Grundsicherungsbeziehende aus dem Bundeshaushalt. Noch immer finanziert der Staat versicherungsfremde Leistungen nicht ausreichend. Der Hartmannbund respektiert zwar das Ziel, die Ausgaben der GKV nicht dauerhaft über ihre Einnahmen hinauswachsen zu lassen, doch darf die rein einnahmenorientierte Ausgabenpolitik nicht zu Lasten der Patientenversorgung führen. Wer ein Gesundheitswesen finanziell zukunftsfähig organisieren möchte, muss den Mut haben,

über den notwendigen Bedarf und darüber, was solidarisch finanziert werden soll, zu diskutieren.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 2

Primärversorgungssystem effizient, nachhaltig und zukunftssichernd gestalten

Der Hartmannbund befürwortet die Entwicklung eines im Koalitionsvertrag angekündigten Primärarztsystems mit dem Ziel, die Qualität der Patientenversorgung nachhaltig zu gewährleisten und die Stabilität des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems zu sichern.

Maßgebliches Leitprinzip in einem Primärarzt- bzw. Primärversorgungssystem muss die ärztliche Versorgungsverantwortung sein. Anamnese, Diagnose und Therapie liegen uneingeschränkt in ärztlicher Verantwortung, die ärztliche Therapiefreiheit bleibt dabei gewährleistet. Der Ausbau von interprofessioneller Zusammenarbeit in Teams ist unter ärztlicher Verantwortung sinnvoll und dazu geeignet, Versorgung zielführender zu gestalten und Fehlallokationen zu vermeiden.

Kern des Primärversorgungssystems ist die fallabschließende Behandlung durch die primärversorgende Arztpraxis und darüber hinaus die effiziente Koordination und Führung von Patient:innen in die adäquate Versorgungsebene auf verbindlichen Behandlungswegen. Die erste Anlaufstelle muss dabei grundsätzlich eine von Patient:innen für einen Mindestzeitraum verbindlich gewählte primärversorgende (Haus- oder Fach-)Arztpraxis sein. Die im Koalitionsvertrag genannten Fachrichtungen, für die ein Direktzugang weiterhin möglich ist, sieht der Hartmannbund als sinnvolle Ausnahmen an. Ebenso muss als Ausnahme gelten, dass die Behandlungskoordination bei Patient:innen mit chronischen Erkrankungen unter anderem über die entsprechende Facharztpraxis erfolgt.

Das Koordinieren und Führen von Patient:innen während der Patient-Journey ist unter ärztlicher Verantwortung, sektorenübergreifend und digital unterstützt zu gestalten. Dafür muss die primärversorgende Praxis strukturell gestärkt werden.

Die freie Arztwahl bleibt davon unberührt. Die ärztliche Delegation von Aufgaben an qualifizierte Gesundheitsfachberufe ist als geeignetes Instrument einer passgenauen

Versorgung auszubauen -- im Sinne der umfassenden Versorgung durch interprofessionelle Teams in ärztlicher Verantwortung.

Ein niedrigschwelliger, diskriminierungsfreier und qualifizierter Zugang zum System ist Voraussetzung für das Gelingen der Systemtransformation. Zur Entlastung von Patient:innen und Praxen sind dabei digitale Tools sinnvoll einzusetzen. Ein digitaler Zugang für Versicherte, die diesen Weg wählen, ist über die KV-Akutleitstelle 116 117 weiterhin zu ermöglichen.

Verbindliche Versorgungswege dienen dazu, die Patientenversorgung qualitativ zu sichern und Fehlinanspruchnahme von kostenintensiven Strukturen zu verhindern. Für die Entscheidung von Patient:innen dafür, einen unkoordinierten Zugang zu den Versorgungsebenen zu wählen, ist eine entsprechende Absicherung nötig.

Erforderlich für das Gelingen sind ebenfalls verständliche Patienteninformationen als breit angelegte Kampagne, die die Verbesserung der Versorgung durch die Koordination bei der Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitssystem betont.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 3

Die Reform der Akut- und Notfallversorgung praxistauglich weiterentwickeln

Der Hartmannbund begrüßt grundsätzlich die lang erwartete Reform der Akut- und Notfallversorgung. Die Neuordnung bietet die Chance, Patient:innen schneller in die geeignete Versorgungsebene zu steuern, Notaufnahmen zu entlasten und die Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu stärken.
Damit die Reform ihr Potenzial voll entfalten kann, sind aus Sicht des Hartmannbundes Nachbesserungen in drei zentralen Bereichen erforderlich:

1. Planung der Integrierten Notfallzentren (INZ)

Die Planung der INZ muss transparent erfolgen und bestehende Versorgungsstrukturen, regionale Bedarfe sowie die Auswirkungen der Krankenhausreform berücksichtigen. Die ärztliche Selbstverwaltung ist verbindlich zu beteiligen. Für die Ersteinschätzung der Patient:innen ist ein bundesweit einheitliches, wissenschaftlich validiertes und ärztlich verantwortetes Verfahren vorzusehen.

2. Verpflichtende 24/7-Bereitschaft

Die vorgesehene verpflichtende 24/7-Bereitschaft aufsuchender und telemedizinischer Dienste in der vertragsärztlichen Versorgung ist zu streichen.

3. Dispensierrecht

Das für Notdienstpraxen vorgesehene eingeschränkte Dispensierrecht für Arzneimittel des akuten Bedarfs ist auf den aufsuchenden ärztlichen (Not)dienst auszuweiten.

Begründung:
Die Reform der Akut- und Notfallversorgung ist ein wichtiger und längst überfälliger Schritt zur Verbesserung der Patientensteuerung und zur Entlastung der Notaufnahmen.
Damit die Reform ihre Ziele erreichen kann, müssen die neuen Strukturen praxistauglich ausgestaltet und an den tatsächlichen Versorgungsrealitäten ausgerichtet werden. Dies gilt insbesondere für die Planung der INZ, deren Standorte erhebliche Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen und die zukünftige regionale Versorgung haben werden.

Zugleich dürfen der vertragsärztlichen Versorgung keine zusätzlichen ineffizienten Verpflichtungen übertragen werden. Das Dispensierrecht ist auf den aufsuchenden (Not)dienst auszuweiten.

In diesen Punkten besteht Anpassungsbedarf, um die angestrebten Verbesserungen für Patient:innen und Ärzt:innen gleichermaßen zu erreichen.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 4

Ambulant vor stationär – Abschaffung der Hybrid-DRG zurücknehmen

Der Hartmannbund lehnt die vom Deutschen Bundestag am 15. Oktober 2026 beschlossene Abschaffung der Hybrid-DRG ab. Er fordert den Gesetzgeber auf,

1. die Streichung des § 115f SGB V zum 1. Januar 2028 und die Übergangsregelung für 2027 zurückzunehmen und die sektorengleiche Vergütung auf Grundlage der gesetzlich vorgesehenen Evaluation weiterzuentwickeln, statt sie abzuschaffen,
2. Fehlanreize zugunsten stationärer Behandlung auszuschließen: Gleiche Leistungen müssen unabhängig vom Ort ihrer Erbringung gleich vergütet werden,
3. Vertrags:ärztinnen gleichberechtigt an allen künftigen Vergütungsformen für bislang stationär erbrachte Leistungen zu beteiligen,
4. eine kostendeckende und verlässliche Vergütung sicherzustellen, die getätigte Investitionen in ambulante Operationsstrukturen schützt, und
5. den Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 39 Abs. 1 SGB V) zu stärken.

Begründung:
Mit den Hybrid-DRG nach § 115f SGB V hat der Gesetzgeber zum 1. Januar 2024 erstmals eine sektorengleiche Vergütung eingeführt, um den Grundsatz „ambulant vor stationär“ umzusetzen. 2026 umfasst der Katalog 69 Hybrid-DRG mit 904 OPS-Kodes.
Am 15. Oktober 2026 hat der Bundestag das Ende dieses Instruments beschlossen. Ab 2027 werden Hybrid-DRG-Leistungen ohne Übernachtung nur noch nach EBM vergütet, Fälle mit mindestens einer Übernachtung erhalten weiterhin die höhere Hybrid-DRG-Pauschale. Ab 2028 entfällt § 115f SGB V vollständig. An seine Stelle treten Kurzzeitfallpauschalen, die nur Krankenhäuser abrechnen können. Vertragsärzt:innen werden damit aus dem Reformprozess ausgeschlossen.
Diese Konstruktion setzt den falschen Anreiz. Wenn dieselbe Leistung mit Übernachtung besser vergütet wird als ohne, lohnt sich die stationäre Aufnahme. Das widerspricht § 39 Abs. 1 SGB V. Die Daten zeigen, dass die Ambulantisierung funktioniert. Nach einer Analyse des Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) stieg die Zahl der Hybrid-DRG-Fälle in

Praxen 2025 um 65 Prozent, im Krankenhaus nur um 6 Prozent. Die KBV geht von mehr als vier Millionen stationären Operationen aus, die ambulant erbracht werden könnten, und von einem Einsparpotenzial von rund acht Milliarden Euro jährlich.
Das Kostenargument trägt die Abschaffung nicht. Das WIDO beziffert die Mehrausgaben 2025 auf rund 360 Millionen Euro, fordert aber schnelle Preisanpassungen statt einer Abschaffung. Zudem ist der erste Evaluationsbericht erst zum 31. Dezember 2026 vorgesehen.

Viele Praxen haben seit 2024 in ambulante Operationen investiert und verlieren nun ihre Kalkulationsgrundlage. Ein derart abrupter Kurswechsel untergräbt das Vertrauen in die Gesundheitspolitik und schreckt junge Ärzt:innen von der Niederlassung ab; dies betrifft insbesondere den ländlichen Raum. Gerade dort tragen Belegärzt:innen maßgeblich zur operativen Versorgung bei. In der HNO- und Augenheilkunde sind Belegabteilungen vielerorts der einzige stationäre Versorger im Landkreis. Ihre Zahl ist jedoch seit Jahren rückläufig und sank zwischen 2012 und 2017 von 1.403 auf 1.201. Die geplanten Kurzzeitfallpauschalen setzen allein beim Krankenhaus an, eine Rolle für Belegärzt:innen ist darin nicht vorgesehen. Dadurch stellt der Rückgang der belegärztlichen Versorgung und der geforderte Facharztstandard zusätzliche Hürden für die ambulante Versorgung dar. Da ambulante Eingriffe in der Regel unter Facharztstandard erbracht werden, können Ärzt:innen in Weiterbildung sie kaum übernehmen, und wichtige Weiterbildungsinhalte gehen verloren. Zugleich streicht der Gesetzgeber mit demselben Spargesetz die extrabudgetäre Vergütung nach dem TSVG, und der Orientierungswert für 2027 steigt nur um 2,2 Prozent bei einer erwarteten Inflation von 2,8 Prozent. Die sektorengleiche Vergütung muss korrigiert und weiterentwickelt werden, nicht abgeschafft.

Berlin, 30.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 5

Gesundheitsdaten: Schutz vor zweckfremder Nutzung

Der Hartmannbund befürwortet eine patientenorientierte Nutzung von Gesundheitsdaten, insbesondere zur Förderung der Versorgungsforschung und Verbesserung der Patientenversorgung. Er fordert den Bundesgesetzgeber auf, im Rahmen des Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) sowohl den Schutz sensibler Gesundheitsdaten als auch die Voraussetzungen, Zwecke und Grenzen ihrer Nutzung durch verbindliche gesetzliche Vorgaben klar zu regeln.
Hierzu werden insbesondere folgende Maßnahmen gefordert:

- Datennutzung für die Versorgungsforschung stärken:
  Die Nutzung anonymisierter Gesundheitsdaten für die Versorgungsforschung ist deutlich auszubauen. Zugang zu geeigneten Datensätzen, Datenverknüpfung und wissenschaftliche Auswertung sind durch einheitliche, transparente und rechtssichere Verfahren zu vereinfachen. Gleichzeitig sind sensible Gesundheitsdaten vor zweckfremder Nutzung, unzulässiger Profilbildung und medizinisch nicht begründeter Steuerung zu schützen.
- Ärztliche Verantwortung und Patientenvertrauen schützen:
  Individuelle Gesundheitsrisiken, medizinische Empfehlungen sowie Beurteilungen der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit und Indikationsstellungen müssen in ärztlicher Verantwortung bleiben. Krankenkassen dürfen keine eigenständigen medizinischen Beurteilungs- und Steuerungskompetenzen erhalten. Allgemeine Präventionshinweise bleiben möglich, unabhängige sozialmedizinische Begutachtungen sind Aufgabe des Medizinischen Dienstes.
- Zweckbindung sichern – Beratung und Leistungsprüfung trennen:
  Beratungsangebote der Krankenkassen müssen organisatorisch und technisch klar von der Leistungsprüfung getrennt sein. Eine Nutzung von Beratungsdaten für Leistungsentscheidungen, Risikoselektion oder zweckfremdes Marketing ist auszuschließen. Gesundheitsdaten dürfen nur zweckgebunden und rechtmäßig

verarbeitet werden. Einwilligungen müssen freiwillig erfolgen und ohne Nachteile widerrufbar sein.

- Praxisautonomie bei der Terminvermittlung wahren:
  Digitale Schnittstellen dürfen nur von Praxen aktiv freigegebene Termine übermitteln. Interne Kalender- und Planungsdaten bleiben geschützt; medizinische Priorisierung und Terminplanung liegen weiterhin in ärztlicher Verantwortung.

Begründung:
Gesundheitsdaten bieten großes Potenzial für die Versorgungsforschung und eine bessere Patientenversorgung. Ihre Nutzung durch Forschungseinrichtungen sollte erleichtert werden, um Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie die Wirksamkeit von Versorgungsangeboten untersuchen zu können. Voraussetzung sind klare rechtliche Rahmenbedingungen und wirksame Schutzmaßnahmen für sensible Patientendaten.
Die Auswertung umfangreicher Gesundheitsdaten durch Krankenkassen ermöglicht individuelle Gesundheits- und Risikoprofile. Werden diese Daten sowohl für Beratung und Versorgungssteuerung als auch für Leistungsentscheidungen genutzt, birgt dies erhebliche Interessenkonflikte. Daher sind eine strikte organisatorische und technische Trennung von Beratung und Leistungsprüfung, klare Zweckbindungen und die informationelle Selbstbestimmung der Versicherten unverzichtbar.
Die Bewertung individueller Gesundheitsrisiken und daraus abgeleitete medizinische Handlungsempfehlungen müssen in ärztlicher Verantwortung bleiben. Eine Ausweitung dieser Kompetenzen auf die Krankenkassen gefährden das Arzt-Patienten-Verhältnis und können Patienten verunsichern sowie zusätzlichen ärztlichen Aufwand verursachen. Allgemeine Präventionshinweise bleiben möglich.
Ebenso muss bei der digitalen Terminvermittlung die Entscheidungsfreiheit der Praxen und der Schutz interner Planungsdaten gewahrt bleiben. Ausschließlich aktiv freigegebene Termine dürfen vermittelt werden, um medizinische Priorisierung und Praxisabläufe vor externer Steuerung zu schützen.
Die Nutzung von Gesundheitsdaten muss der Forschung und einer besseren Patientenversorgung dienen, ohne die ärztliche Verantwortung, das Patientenvertrauen oder die informationelle Selbstbestimmung der Versicherten zu gefährden.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 6a

Die Reform des Nachrichtendienstrechts muss Ärzt:innen den absoluten Vertrauensschutz einräumen

Der Hartmannbund fordert, dass für Ärzt:innen im Nachrichtendienstrecht derselbe umfassende Vertrauensschutz gilt wie für andere Berufsgeheimnisträger:innen. Er fordert den Gesetzgeber auf, die Neufassung des § 32 BVerfSchG im weiteren parlamentarischen Verfahren so zu ändern, dass die ärztliche Kommunikation ebenso durch ein absolutes Erhebungsverbot geschützt wird, wie es bei nachrichtendienstlichen Maßnahmen gegenüber Strafverteidiger:innen, Geistlichen, Abgeordneten und Rechtsanwält:innen vorgesehen ist. Ein lediglich relativer Schutz, bei dem das öffentliche Aufklärungsinteresse gegen das Vertraulichkeitsinteresse abgewogen wird, ist für Ärzt:innen nicht ausreichend.

Der Hartmannbund fordert den Gesetzgeber ferner auf, den Gestaltungsspielraum zu nutzen, den das Bundesverfassungsgericht ihm einräumt, um den Schutz der ärztlichen Schweigepflicht zu stärken. Die im Entwurf vorgesehene Regelung, dass Berufsgeheimnisträger:innen nicht als Vertrauenspersonen zur Beschaffung von Informationen eingesetzt werden dürfen, soweit diese Informationen dem Zeugnisverweigerungsrecht unterliegen, begrüßt der Hartmannbund ausdrücklich.

Begründung:
Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform des Nachrichtendienstrechts sieht in der Neufassung des § 32 BVerfSchG für Berufsgeheimnisträger:innen einen unterschiedlich abgestuften Schutz vor. Für Strafverteidiger:innen, Geistliche, Abgeordnete und Rechtsanwält:innen soll bezogen auch auf die erweiterten nachrichtendienstlichen Maßnahmen ein absolutes Erhebungsverbot gelten. Für Ärzt:innen ist bislang lediglich ein relativer Schutz vorgesehen, bei dem das öffentliche Aufklärungsinteresse gegen das Vertraulichkeitsinteresse abgewogen wird. Dass die ärztliche Kommunikation nicht denselben Schutz genießen soll wie die anwaltliche, ist nicht akzeptabel. Das Ärzt:in-Patient:innen-Verhältnis hat eine enorme grundrechtliche Bedeutung. Patient:innen müssen offen über Krankheiten, Sexualität, psychische Probleme, Sucht oder familiäre Belastungen sprechen

können. Ohne verlässliche Vertraulichkeit funktioniert medizinische Behandlung in vielen Fällen nicht. Ärzt:innen müssen deshalb auch in Zukunft mit ihren Patient:innen in einem absolut geschützten Raum kommunizieren können. Jede Unsicherheit beim Arztgeheimnis kann Misstrauen verursachen und eine erfolgreiche Behandlung deutlich erschweren.

Das Bundesverfassungsgericht hat dem Gesetzgeber, etwa in seiner Entscheidung von 2020 zur strategischen Fernmeldeaufklärung, ausdrücklich einen Gestaltungsspielraum zugestanden. Dieser Spielraum sollte nach Auffassung des Hartmannbundes genutzt werden, um den Schutz der ärztlichen Schweigepflicht im weiteren parlamentarischen Verfahren zu stärken. Positiv ist zu werten, dass der Entwurf Berufsgeheimnisträger:innen ausdrücklich davor bewahrt, als Vertrauenspersonen zur Beschaffung von Informationen eingesetzt zu werden, soweit diese Informationen dem Zeugnisverweigerungsrecht unterliegen.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 7

Im Ernstfall blank: warum Deutschland in Krisen und Kriegen medizinisch führungslos ist

Die Hauptversammlung fordert Bund und Länder auf, die Krisenresilienz und Versorgungssicherheit des Gesundheitswesens gesetzlich, strukturell und finanziell verbindlich abzusichern. Die Gesundheitsversorgung ist Teil der staatlichen Sicherheitsarchitektur und muss sowohl bei zivilen Krisen und Katastrophen als auch im Bündnis- und Verteidigungsfall funktions- und handlungsfähig bleiben.
Im Einzelnen wird gefordert:

Gesetzliche Grundlagen schaffen:
Das geplante Gesundheitssicherstellungsgesetz (GeSiG) ist zügig vorzulegen, zu beraten und zu verabschieden. Es muss klare Zuständigkeiten, Entscheidungs- und Verantwortungsstrukturen, handhabbare Meldewege, sektorenübergreifende Koordination sowie Rechtssicherheit für den Personal- und Ressourceneinsatz und medizinische Priorisierungsentscheidungen in Krisenlagen gewährleisten.

Versorgungsstrukturen krisenfest absichern:
Die ambulante und stationäre Versorgung sowie alle weiteren Versorgungsbereiche müssen durch verlässliche Notfallkonzepte, sichere Infrastruktur, strategische Reserven und stabile Lieferketten abgesichert werden. Die Finanzierung ist dauerhaft als gesamtstaatliche Aufgabe sicherzustellen, ohne die Regelversorgung zu belasten. Dies gilt auch für Einrichtungen unterhalb formaler KRITIS-Schwellenwerte und umfasst insbesondere krisenfeste Energie-, IT- und Kommunikationsstrukturen sowie eine ausreichende Notstromversorgung. Strategische Reserven für Arzneimittel, Impfstoffe, Blutprodukte, Schutzmaterialien und medizinische Schlüsselprodukte sind aufzubauen; kritische Produktions- und Lieferketten sind national und europäisch abzusichern.

Krisenkoordination und Zusammenarbeit stärken:
Die Zusammenarbeit zwischen zivilem Gesundheitswesen, Katastrophenschutz und

Sanitätsdienst der Bundeswehr ist durch verbindliche Koordinierungsstrukturen, ein sektorenübergreifendes Gesundheitslagebild und regelmäßige gemeinsame Übungen sicherzustellen. Das Gesundheitslagebild muss interoperabel, redundant und auch bei Ausfall digitaler Systeme über analoge Rückfallebenen nutzbar sein.
Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und der Öffentliche Gesundheitsdienst sind dabei verbindlich einzubeziehen.

Personalplanung und Qualifizierung sicherstellen:
Für Krisenlagen sind rechtssichere und datenschutzkonforme Personal- und Ressourcenplanungen einschließlich freiwilliger Personalreserven aufzubauen und Mehrfachplanungen zu vermeiden. Qualifikationen, Verfügbarkeit, Schutzbedarfe und bestehende Verpflichtungen sind dabei realistisch abzubilden. Die Themen Versorgungssicherheit und Krisenresilienz sind verbindlich in Studium, Weiterbildung und Fortbildung zu verankern.

Versorgung besonders schutzbedürftiger Menschen gewährleisten:
Die Versorgung chronisch kranker und vulnerabler Menschen sowie Rehabilitation, psychosoziale Versorgung und Nachsorge müssen ebenso Bestandteil der Krisenvorsorge sein wie die Vorbereitung auf Hitzeereignisse und Extremwetterlagen.

Begründung:
Die medizinische Versorgung wird sich auch in Krisen-, Katastrophen- und Verteidigungslagen maßgeblich auf das zivile Gesundheitswesen stützen. Krankenhäuser, Arztpraxen, MVZ, Rettungsdienste, Pflegeeinrichtungen, Apotheken und der Öffentliche Gesundheitsdienst müssen daher auch unter außergewöhnlichen Belastungen handlungsfähig bleiben. Voraussetzung hierfür sind klare rechtliche Zuständigkeiten, funktionierende Kooperationsstrukturen sowie verlässlich verfügbare personelle, technische und materielle Ressourcen.
Ein verbindlicher gesetzlicher Rahmen ist erforderlich, um Zuständigkeiten, sektorenübergreifende Koordination, den Einsatz personeller und materieller Ressourcen sowie medizinische Entscheidungen in Ausnahmesituationen rechtssicher zu regeln.
Eine krisenresiliente Gesundheitsversorgung erfordert leistungsfähige Strukturen, qualifiziertes Personal und sichere Liefer- und Kommunikationswege. Die notwendigen Investitionen müssen gesamtstaatlich finanziert werden, ohne die bestehende Patientenversorgung zu belasten.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 8

Stärkung der Public Health-Surveillance als Grundlage eines krisenfesten Gesundheitswesens

Der Hartmannbund fordert Bund und Länder auf, die Public Health-Surveillance als wesentlichen Bestandteil der Gesundheitssicherheit und des Bevölkerungsschutzes dauerhaft zu stärken. Bestehende Surveillance-Systeme sind stärker zu vernetzen und gesundheitsbezogene Daten zeitnah, sektorenübergreifend und datenschutzkonform bereitzustellen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist hierfür personell, technisch und finanziell angemessen auszustatten. Die ambulante Ärzteschaft muss in die Weiterentwicklung der Surveillance eingebunden werden, ohne durch zusätzliche Dokumentations- oder Meldepflichten belastet zu werden. Die dafür notwendigen Rahmenbedingungen sind auch im geplanten Gesundheitssicherstellungsgesetz zu berücksichtigen.

Begründung:
Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig die frühzeitige Erkennung gesundheitlicher Gefahren und belastbare Daten für wirksame Schutzmaßnahmen sind. Deutschland verfügt über zahlreiche Surveillance-Systeme, deren Potenzial wegen unzureichender Vernetzung und teils verzögerter Datenverfügbarkeit noch nicht vollständig ausgeschöpft wird.
Eine leistungsfähige Public Health Surveillance muss neben Infektionskrankheiten auch nichtübertragbare Erkrankungen, klimabedingte Gesundheitsrisiken und drohende Versorgungsengpässe erfassen. Gesundheitsämter und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte spielen dabei eine zentrale Rolle. Eine verlässlich finanzierte und möglichst automatisierte Datenerfassung ist Voraussetzung für evidenzbasierte Entscheidungen und ein widerstandsfähiges Gesundheitswesen.

Berlin 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 9a

Modernisierung statt Machtmissbrauch
Für eine Reform der Hierarchien in unseren Krankenhäusern

Das deutsche Krankenhauswesen steht vor enormen Herausforderungen. Wenn wir über die Überlastung des Personals und die Unterfinanzierung der Medizin sprechen, dürfen wir über die zugrundeliegenden Strukturen nicht hinwegsehen. Wir müssen sie hinterfragen und an die neuen Gegebenheiten anpassen.
Die traditionelle, pyramidenförmige Chefarzt-Hierarchie an deutschen Kliniken ist in dieser Form nicht mehr zeitgemäß. Sie bündelt eine immense Machtfülle bei Einzelpersonen, sie behindert moderne, flexible Arbeitszeitmodelle und sie erzeugt Abhängigkeiten, die die Qualität der medizinischen Ausbildung gefährden können. Die entscheidende Frage ist, wie sich notwendige fachliche Verantwortung erhalten lässt, ohne daraus einseitige Macht über andere abzuleiten.
Deshalb geht es bei der Modernisierung der Arbeitsstrukturen nicht darum, fachliche Expertise oder die Notwendigkeit klarer Entscheidungen infrage zu stellen. In der Versorgung von Patientinnen und Patienten sind eindeutige Verantwortlichkeiten unverzichtbar. Fachliche Erfahrung begründet die notwendige Autorität in medizinischen Fragen. Problematisch wird es jedoch dort, wo fachliche Verantwortung mit persönlichen Abhängigkeiten verknüpft wird. Wenn berufliche Entwicklung, Weiterbildungsmöglichkeiten oder Karriereentscheidungen maßgeblich von einzelnen Personen abhängen, entsteht ein Machtgefälle, das offene Kritik erschwert und eigenverantwortliches Handeln hemmen kann. Eine moderne Krankenhausorganisation muss deshalb fachliche Führung ermöglichen, ohne zugleich unnötige persönliche Abhängigkeiten zu schaffen. Maßgeblich für die berufliche Entwicklung müssen ausschließlich fachliche Leistungen und deren transparente, nachvollziehbare Bewertung sein, nicht individuelle Willkür oder persönliche Loyalitäten.
Wie gravierend die Folgen solcher Abhängigkeiten sein können, zeigt sich dort, wo sie nicht nur die Zusammenarbeit, sondern auch den Umgang mit Fehlverhalten beeinflussen. Wer Nachteile für die eigene Weiterbildung oder Karriere befürchten muss, wird Missstände seltener ansprechen. Hierarchische Machtstrukturen können dadurch eine Kultur des

Schweigens begünstigen. Dass wir es hierbei nicht mit Einzelfällen zu tun haben, wird zunehmend auch von leitenden Ärztinnen und Ärzten selbst anerkannt. Auch Chefärzte haben schon unmissverständlich festgestellt, dass Machtmissbrauch und Fehlverhalten ein relevantes und strukturelles Problem im klinischen Arbeitsalltag darstellen. Ein echter Kulturwandel gelingt jedoch nicht durch Appelle, sondern nur durch entschiedene, strukturelle Reformen. Notwendig ist eine gesetzliche und organisatorische Neuausrichtung an zwei entscheidenden Hebeln:

Selbstreflexion, Kritikfähigkeit und Integrität bilden die Grundlage für wirksames Führungshandeln. Ärztliche Führungskräfte müssen deshalb Vorbilder sein, wenn es darum geht, Macht verantwortungsvoll auszuüben, Widerspruch zuzulassen und ein Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem Fehlverhalten offen angesprochen werden kann. Viele ärztliche Führungskräfte und ihre Kolleginnen und Kollegen leben diese Werte bereits heute und setzen sich für eine respektvolle, konstruktive Zusammenarbeit ein. Um solche Formen kollegialer Führung nachhaltig zu stärken, braucht es jedoch auch verlässliche organisatorische Rahmenbedingungen. Wir müssen sowohl in den Klinikabteilungen als auch in den Klinikleitungen zu einem ausgewogeneren kollegialen Verhältnis zwischen den Geschlechtern kommen, da gemischtgeschlechtliche Führungsteams die Hemmschwelle für kritisches Feedback senken

Und zweitens sollte hinterfragt werden, ob die bisher an eine einzelne Person gebundene Weiterbildungsbefugnis nicht stärker in einer gemeinsamen Verantwortung eines Ärzteteams überführt werden sollte. Wenn die berufliche Existenz von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung davon abhängt, ob nur der Chefarzt die elektronische Dokumentation gegenzeichnet oder OP-Zeiten zuteilt, kann ein gefährliches System von Abhängigkeiten entstehen.

Solche Schritte schützen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung vor willkürlicher Abhängigkeit und schaffen die Voraussetzungen für eine offene, kollegiale Arbeitskultur. Das ist auch notwendig, um ärztlichen Nachwuchs nicht nur zu gewinnen, sondern auch in der Patientenversorgung zu halten. Die Attraktivität des Arztberufs leidet unter Machtmissbrauch und überkommenen Strukturen. Zeitgemäße Arbeitsmodelle, eine kollegiale Arbeitsatmosphäre und verbindliche Weiterbildungsstandards sind Grundvoraussetzungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen.

Moderne Krankenhausmedizin ist eine Teamleistung. Sie verträgt keine patriarchalischen Machtstrukturen mehr. Nur wenn wir das Führungsmonopol durch zeitgemäße Leitungsstrukturen ersetzen und das Weiterbildungsmonopol durch eine stärkere kollektive Verantwortung ersetzen, schaffen wir zukunftssichere, attraktive und rechtssichere Arbeitsbedingungen für die kommende Generation von Ärztinnen und Ärzten.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 9b

Null Toleranz gegenüber Machtmissbrauch, Belästigung, Sexualisierung und Diskriminierung im Gesundheitswesen

Der Hartmannbund fordert Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhausträger, medizinische Fakultäten, Weiterbildungseinrichtungen, Berufsverbände und den Gesetzgeber auf, verbindliche Maßnahmen gegen Machtmissbrauch, sexualisierte Belästigung, Diskriminierung und Grenzverletzungen im Gesundheitswesen zu ergreifen. Ziel ist eine Null-Toleranz-Kultur, die Betroffene wirksam schützt, Fehlverhalten konsequent sanktioniert und faire, rechtsstaatliche Verfahren gewährleistet. Der Schutz gilt allen unabhängig von persönlichen oder sozialen Merkmalen und Diversitätsmerkmalen. Besonderer Schutz gilt Menschen in strukturellen Abhängigkeitsverhältnissen.
Folgende Appelle und Maßnahmen sind in diesem Rahmen umzusetzen:

- Verbindliche Schutz- und Meldestrukturen:
  In Einrichtungen des Gesundheitswesens, medizinischen Fakultäten, Weiterbildungseinrichtungen und ärztlichen Körperschaften sind unabhängige, anonyme Anlaufstellen und transparente Verfahren zum Umgang mit Fehlverhalten sicherzustellen, ausdrücklich auch für Famulatur und PJ. Besonderer Schutz gilt bei Ausbildungs- und Abhängigkeitsverhältnissen.
- Schutz vor Repressalien:
  Betroffene, meldende und unterstützende Personen sowie Zeug:innen müssen wirksam vor Benachteiligungen geschützt werden. Meldungen dürfen weder die Aus- und Weiterbildung noch die berufliche Entwicklung gefährden.
- Prävention und Führungskultur stärken:
  Der Umgang mit Machtmissbrauch, Belästigung, Diskriminierung und Grenzverletzungen muss verbindlicher Bestandteil der Fort- und Weiterbildung sowie der Qualifizierung von Führungskräften, Lehrenden und Weiterbildungsbefugten werden.
- Verbindliche Standards für Gremien und Veranstaltungen:
  Für größere ärztliche Veranstaltungen, Kongresse und Gremien sind

Verhaltenskodizes, geeignete Schutzkonzepte sowie benannte, unabhängige Vertrauenspersonen und transparente Meldewege vorzusehen.

- Arbeitsschutz und Gleichstellung stärken:
  Der Schutz vor Druck, Benachteiligung, Belästigung, Diskriminierung, Mobbing und Grenzverletzungen ist verbindlich in betrieblichen Strukturen sowie dem Qualitätsmanagement zu verankern und regelmäßig zu überprüfen. Gleichberechtigte Teilhabe und wirksamer Diskriminierungsschutz sind in ärztlicher Berufsausübung, Wissenschaft und Selbstverwaltung sicherzustellen.
- Fälle und Maßnahmen der medizinischen Fakultäten und Lehrkrankenhäuser sind regelmäßig und anonymisiert zu erfassen und zu veröffentlichen.

Begründung:
Hierarchische Strukturen und berufliche Abhängigkeiten im Gesundheitswesen, insbesondere bei Weiterbildung, Beurteilungen und Karriereentwicklung, können Machtmissbrauch, sexualisierte Belästigung und Diskriminierung begünstigen. Körpernahe Tätigkeiten, Patientenkontakt sowie Schicht- und Nachtdienste schaffen zusätzliche Risikosituationen.
Die Erklärung der Studentinnen beim 130. Deutschen Ärztetag, die Würzburger „medtoo“-Studie und die PJ-Umfrage des Hartmannbunds (2026) verdeutlichen, dass es sich nicht um Einzelfälle handelt. Erforderlich sind daher flächendeckende Schutzstrukturen mit unabhängigen Beschwerdewegen, wirksamem Schutz vor Repressalien und einer verantwortungsvollen Führungskultur, insbesondere für Studierende und Ärzt:innen in Weiterbildung.
Machtmissbrauch und Diskriminierung beeinträchtigen die Weiterbildungsqualität, die Teamkultur und die Patientenversorgung. Ziel muss eine Arbeits- und Ausbildungskultur sein, in der Grenzverletzungen konsequent aufgearbeitet und Missstände ohne Angst vor beruflichen Nachteilen angesprochen werden können.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 10

Präventionsorientierte Ausgestaltung der Zuckersteuer und Zweckbindung der Einnahmen

Der Hartmannbund begrüßt den Beschluss der Bundesregierung zur Einführung einer Zuckergetränkesteuer und fordert, diese in eine zweckgebundene Zuckergetränkeabgabe umzuwandeln, um eine gesetzlich verbindliche und dauerhafte Zweckbindung der Einnahmen für die Gesundheitsförderung und Primärprävention, insbesondere zur Vorbeugung von Adipositas und ernährungsassoziierten Erkrankungen, sicherzustellen. Die hierfür erforderlichen rechtlichen Voraussetzungen sind auf Bundesebene zu schaffen. Die Abgabe soll im Rahmen der Präventionsoffensive des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in eine umfassende Präventionsstrategie eingebettet werden, die Verhaltens- und Verhältnisprävention verbindet und die Gesundheitskompetenz stärkt. Perspektivisch soll die Abgabe auf weitere stark zuckerhaltige Lebensmittel ausgeweitet werden.

Begründung:
Prävention ist eine zentrale ärztliche und gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Übermäßiger Zuckerkonsum erhöht das Risiko für Adipositas und ernährungsassoziierte Erkrankungen. Eine Zuckerabgabe kann als Maßnahme der Primärprävention Anreize zur Reduktion des Zuckergehalts von Produkten und ihres Konsums schaffen. Internationale Erfahrungen belegen insbesondere die Wirksamkeit solcher Maßnahmen bei der Anpassung von Rezepturen.

Die Zuckersteuer darf nicht vorrangig als fiskalisches Instrument verstanden werden, sondern muss Teil einer umfassenden Strategie sein, die Primärprävention mit Ernährungsaufklärung und Gesundheitsbildung als Maßnahmen der Verhaltensprävention verbindet und so die Gesundheitskompetenz stärkt.

Eine verbindliche Zweckbindung der Einnahmen für Gesundheitsförderung und Primärprävention ist unerlässlich, um ernährungsassoziierten Erkrankungen nachhaltig vorzubeugen und das Gesundheitssystem langfristig zu entlasten.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 11

Hartmannbund begrüßt besonderen Schutz der Angehörigen der Heilberufe in ihrer dem Gemeinwohl dienenden Tätigkeit

Der Hartmannbund begrüßt den vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz am 30.12.2025 vorgelegten und erst kürzlich am 30.09.2026 aktualisierten und von der Bundesregierung bereits beschlossenen Entwurf eines „Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches – Stärkung des strafrechtlichen Schutzes des Gemeinwesens“ und regt dessen zeitnahe Verabschiedung durch den Gesetzgeber an.

Vor dem Hintergrund einer in den letzten Jahren nachweislich deutlich angestiegenen Häufigkeit verbaler und körperlicher Attacken auch gegen Ärztinnen und Ärzte sowie Angehöriger anderer medizinischer Berufe – nicht nur in durch § 115 Absatz 3 StGB schon derzeit besonders geschützten Rettungsdiensten, Notdiensten und Notaufnahmen, sondern auch generell in Kliniken sowie Praxen und Medizinischen Versorgungszentren – stellt der Gesetzentwurf klar, dass es sich bei solchen Übergriffen nicht nur um die Verletzung individueller Rechtsgüter, sondern um Angriffe auf das Gemeinwohl handelt, die in besonderer Weise zu ächten und strafrechtlich zu verfolgen sind.
Begründung**:**
Der im Gesetzentwurf vorgesehene neue § 116 StGB-E beinhaltet einen neuen Straftatbestand, der dem besonderen Schutz von Angehörigen von Heilberufen und deren Mitarbeitenden in Einrichtungen der stationären und ambulanten Patientenversorgung und damit Personen, deren Tätigkeit nicht der Staatsgewalt zuzuordnen sind, dienen soll. Der Gesetzentwurf anerkennt ausdrücklich und für die Gesellschaft sichtbar, dass deren Tätigkeit dem Gemeinwohl dient. In Verbindung mit der ebenfalls in dem am 30.09.2026 erneuerten Gesetzentwurf vorgesehenen Verschärfung des Strafrahmens und der Strafzumessung durch Ergänzungen in § 46 Absatz 2 Satz 2 StGB und Änderungen in den §§ 113 und 114 StGB sowie mit den neu eingefügten Ergänzungen in § 323c StGB erkennt der neue § 116 StGB-E den erhöhten Unrechtsgehalt solcher Taten und vermag somit einen Beitrag zur Generalprävention derartiger Übergriffe in medizinischen Einrichtungen zu leisten.

Darüber hinaus ist gleichwohl eine gesamtgesellschaftliche Selbstvergewisserung erforderlich, bei der jeder Einzelne sowie gesellschaftliche Kräfte wie Verbände, Vereine, Medien, das Bildungssystem, der Kulturbetrieb, die Kirchen und die Politik aufgefordert sind, einer zunehmenden Intoleranz und Verrohung in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens bis hin zu Gewaltdelikten entschlossen entgegenzuwirken.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 12

Erhalt des dualen Systems aus Gesetzlicher und Privater Kranken- und Pflegeversicherung

Der Hartmannbund fordert den Erhalt des bewährten Systems aus Gesetzlicher und Privater Kranken- bzw. Pflegeversicherung.

Diskussionen hierüber wurden schon vor Jahren geführt. Es gibt hierzu keine neuen Erkenntnisse, keine neuen Erfordernisse, und es gibt diesbezüglich auch kein Gerechtigkeitsproblem.

Wirklich wichtige und ausharrend ungelöste Probleme in unserem Land sind andere, insbesondere das seit Jahren geringe Wachstum der deutschen Wirtschaft sowie das Demographieproblem und die Krankheitslast, wodurch die Gleichungen bei der jeweils umlagefinanzierten Gesetzlichen Krankenversicherung und Gesetzlichen Pflegeversicherung und übrigens auch bei der Gesetzlichen Rentenversicherung nicht mehr aufgehen. Die Ursache hierfür ist somit nicht die Koexistenz von Gesetzlicher und Privater Kranken- bzw. Pflegeversicherung oder auch der Fortbestand der berufsständischen Versorgungswerke.

Es gilt vielmehr, das duale System aus Gesetzlicher und Privater Kranken- bzw. Pflegeversicherung verantwortungsvoll weiterzuentwickeln – als Garant für Versorgungssicherheit, Therapiefreiheit und Qualität im deutschen Gesundheitssystem und befördert die zeitnahe Einführung von Innovation in Diagnostik und Therapie. Hiervon profitieren alle Patientinnen und Patienten und die Gesellschaft insgesamt. Das betrifft insbesondere den Zugang zu medizinischen Leistungen auf dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik sowie das hohe Tempo bei Arzneimittel- und medizintechnischen Innovationen und deren Translation in die medizinische Regelversorgung.

Die deutsche Ärzteschaft hat unter Federführung der Bundesärztekammer und in konstruktiver Zusammenarbeit mit den Partnern im System hierzu mit großem

Verantwortungsbewusstsein gegenüber der gesamten Gesellschaft einen entscheidenden Beitrag in Gestalt der dem Verordnungsgeber als „Opus magnum“ überreichten neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) geleistet.

Verlässlichkeit über die Kurzlebigkeit einzelner Legislaturperioden hinausgehend ist ein hohes Gut für alle Beteiligten und vor allem für die Menschen in unserem Land.

Begründung:
Es passt nicht in die Landschaft, einerseits eine schon lange bestehende Erkenntnis nunmehr in die Tat umzusetzen, nämlich mit dem Aufbau einer staatlich geförderten und ausdrücklich kapitalgedeckten Altersvorsorge zu beginnen, andererseits jedoch das vergleichsweise resilient kapitalgedeckte Private Kranken- und Pflegeversicherungssystem in Frage zu stellen.

Auch die von der damaligen Bundesregierung beauftragte Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) ist in ihrem Gutachten aus Dezember 2019 zu dem Ergebnis gekommen, das duale System zu erhalten und weiterzuentwickeln.

Die Inkraftsetzung einer novellierten GOÄ und die immensen Beiträge, die die deutsche Ärzteschaft für deren Entwicklung erbracht hat, dienen gerade dieser verantwortungsvollen Weiterentwicklung und zukunftssichernden Ertüchtigung des aus Gesetzlicher und Privater Kranken- bzw. Pflegeversicherung bestehenden dualen Systems.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 13

Geschlechtersensible Medizin in allen Bereichen der Versorgung verankern

Um den Gender Health Gap zu schließen, fordert der Hartmannbund die systematische Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede in allen Bereichen der Versorgung. Er begrüßt die breite öffentliche Diskussion des Themas ebenso wie die diesjährige Förderungsinitiative des BMG.

Der Hartmannbund fordert die Verantwortlichen zu weiteren Schritten auf, um das Geschlecht als verbindliche Variable in medizinischer Forschung, klinischen Studien und in der Arzneimittelentwicklung zu berücksichtigen. Geschlechtssensible Inhalte sind verbindlich in Studium sowie Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe zu verankern und entsprechende wissenschaftliche Strukturen und Lehrstühle sind dauerhaft zu stärken. Für eine qualitativ hochwertige, patientensichere und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung ist die systematische Berücksichtigung geschlechtsbezogener Unterschiede in Forschung, Lehre, Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zu gewährleisten.

Begründung:
Geschlechtssensible Medizin leistet einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten, zur Förderung der Patientensicherheit und damit auch zur Kostenvermeidung im Gesundheitswesen.

Darüber hinaus ist die Förderung von Frauengesundheit insbesondere in der Lebensmitte auch ein wirtschaftlicher Faktor. Weniger krankheitsbedingte Arbeitsausfälle, eine längere gesunde Berufstätigkeit und eine höhere Erwerbsbeteiligung sind zentrale positive Effekte eines stärkeren Engagements aller oben genannten Akteure.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 14

Weiterbildungsordnungen an Umsetzbarkeit und Versorgungsrealität ausrichten

Der Hartmannbund fordert die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, die Kompetenzanforderungen der Weiterbildungsordnungen regelmäßig und systematisch auf ihre Umsetzbarkeit zu überprüfen und die Weiterbildung konsequent an den wesentlichen Kernkompetenzen des jeweiligen Fachgebiets auszurichten. Für Kompetenzen, die überwiegend im ambulanten Bereich erworben werden, sind bundesweit vergleichbare Standards zu schaffen und die hierfür erforderlichen Weiterbildungsabschnitte flächendeckend zugänglich zu machen. Hierfür sind Weiterbildungsverbünde auszubauen.

Begründung:
Weiterbildungsordnungen sollen Ärzt:innen befähigen, nach Abschluss ihrer Weiterbildung selbstständig und eigenverantwortlich fachärztlich tätig zu sein. Das setzt voraus, dass die geforderten Kompetenzen unter den realen Bedingungen der Weiterbildung tatsächlich erworben werden können.
In mehreren Fachgebieten bestehen jedoch Diskrepanzen zwischen den Anforderungen der Weiterbildungsordnungen und den verfügbaren Weiterbildungsstrukturen: Kompetenzen und Inhalte werden verbindlich vorausgesetzt, obwohl geeignete Rotationsmöglichkeiten zum Erwerb dieser vielerorts nicht bestehen. Dies betrifft insbesondere Inhalte, die überwiegend im ambulanten Bereich erworben werden müssen. Weiterbildungsverbünde, die einen strukturierten Erwerb dieser Kompetenzen ermöglichen könnten, sind bislang nicht flächendeckend etabliert oder ausreichend verbindlich ausgestaltet.
Weiterbildungsordnungen müssen daher regelmäßig auf ihre praktische Relevanz und Umsetzbarkeit überprüft und auf die wesentlichen Kernkompetenzen des jeweiligen Fachgebiets ausgerichtet werden.
Gleichzeitig müssen die strukturellen Voraussetzungen geschaffen werden, damit alle geforderten Kompetenzen tatsächlich erworben werden können. Weiterbildungsverbünde, strukturierte Rotationen und vergleichbare Kooperationsmodelle sind hierfür auszubauen und verbindlich auszugestalten. Die Verantwortung für den Erwerb aller Weiterbildungsinhalte

darf nicht bei den Weiterzubildenden liegen, sondern muss durch geeignete Weiterbildungsstrukturen sichergestellt werden.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 15

Bundeseinheitliche Inhalte der ärztlichen Weiterbildung

Der Hartmannbund fordert die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern dazu auf, auf die inhaltliche und länderübergreifende Einheitlichkeit der ärztlichen Weiterbildungsordnung hinzuwirken.

Begründung:
Aktuell sind die Inhalte der ärztlichen Weiterbildungsordnung länderabhängig unterschiedlich. Diese für Gebiete und Schwerpunkte unterschiedlichen inhaltlichen Vorgaben haben von Version zu Version der Weiterbildungsordnungen erheblich zugenommen, was für Ärzt:innen in Weiterbildung bei Wechsel des Bundeslandes eine unzumutbare Erschwernis im Erlangen ihrer fachspezifischen ärztlichen Weiterbildungsbezeichnung bedeutet.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 16

Länderübergreifende Anerkennung von Weiterbildungsleistungen

Der Hartmannbund fordert die Bundesärztekammer sowie die Landesärztekammern auf, die Mobilität von Ärzt:innen in Weiterbildung durch eine verlässliche und länderübergreifende Anerkennung von Weiterbildungsleistungen und -zeiten zu stärken und auf einen erleichterten Wechsel des Bundeslandes hinzuwirken. Hierzu sollen die Landesärztekammern verpflichtet werden, auf Antrag eine verbindliche Vorabprüfung bereits erbrachter Weiterbildungsleistungen durchzuführen. Ärzt:innen in Weiterbildung müssen vor einem Wechsel des Kammerbereichs Rechtssicherheit darüber erhalten, ob und in welchem Umfang ihre bisherigen Weiterbildungsabschnitte anerkannt werden.

Begründung:
Die berufliche Mobilität von Ärzt:innen in Weiterbildung steigt und wird mit der Umsetzung der Krankenhausstrukturreform voraussichtlich weiter zunehmen. Zugleich bestehen zwischen den Landesärztekammern weiterhin Unterschiede bei den Weiterbildungsordnungen sowie der Anerkennungspraxis von erbrachten Zeiten und Leistungen. Dies führt zu erheblicher Planungsunsicherheit für Weiterzubildende, insbesondere wenn Weiterbildungsabschnitte aufgrund der Versorgungsrealität in einem anderen Bundesland absolviert werden müssen. Eine moderne ärztliche Weiterbildung darf nicht daran scheitern, dass bereits erbrachte Leistungen nach einem Ortswechsel nur eingeschränkt oder gar nicht anerkannt werden. Besonders problematisch ist, dass einzelne Landesärztekammern eine verbindliche Vorabprüfung ablehnen und stattdessen auf die spätere Einreichung der Zeugnisse verweisen. Dadurch müssen weitreichende berufliche und private Entscheidungen wie Stellenwechsel, Umzüge oder die Planung weiterer Weiterbildungsabschnitte ohne verlässliche Grundlage getroffen werden.
Eine zukunftsfähige ärztliche Weiterbildung benötigt transparente Verfahren und eine verlässliche Anerkennungspraxis. Die verpflichtende Vorabprüfung von Weiterbildungsleistungen ist daher zentrale Voraussetzungen für mehr Planungssicherheit und fairere Weiterbildungsbedingungen von Ärzt:innen in Weiterbildung.

Berlin, 30.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 17

Sicherstellung ärztlicher Weiterbildung „aus einem Guss“ auch unter den Bedingungen der Krankenhausreform – kein Rückfall zu prekären Kurzzeitverträgen für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung

Der Hartmannbund fordert den Bundesgesetzgeber, die Landesgesetzgeber, die Tarifvertragsparteien und alle Weiterbildungsstätten vor dem Hintergrund der strukturellen und fachlichen Neuausrichtung der Kliniken im Zuge der aktuellen Krankenhausreform und deren länderspezifischen Ausgestaltungen dazu auf, auch zukünftig eine vollumfängliche, sinnvoll strukturierte und qualitativ hochwertige ärztliche Weiterbildung sicherzustellen und hierbei einen drohenden Rückfall zu Kurzzeitverträgen für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung zu verhüten.

Gegenstand der arbeitsteiligen Kooperation zwischen einzelnen Krankenhäusern muss daher gerade auch die Gewährleistung der Weiterbildung innerhalb von Arbeitsverträgen über die gesamte Mindestweiterbildungszeit in Gebieten, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen sowie Zusatz-Weiterbildungen sein – etwa in Gestalt von sozial verantwortungsbewusst gestalteten Arbeitnehmerüberlassungen oder Abordnungen unter Aufrechterhaltung ebendieser Arbeitsverträge.

Begründung:
Ein Leitgedanke der Krankenhausreform und der daraus resultierenden Landeskrankenhausgesetze ist es, die arbeitsteilige Kooperation zwischen den einzelnen Kliniken einer Region zu fördern. Es soll gelten: Zusammenarbeit statt ruinösen Wettbewerbes! Das heißt aber auch: Nicht jedes Krankenhaus soll das größtmögliche Portfolio von Leistungen anbieten, sondern das in Hinblick auf Qualität und Versorgungssicherheit bestmögliche. Davon sind auch Krankenhäuser der Maximalversorgung sowie Universitätskliniken betroffen.

Das wiederum bedeutet: Es wird schwieriger werden, insbesondere eine Weiterbildung zur Erlangung einer fachärztlichen Gebietsbezeichnung mit allen Weiterbildungsinhalten vollumfänglich und „aus einem Guss“ und an nur einer Weiterbildungsstätte und somit bei ein und demselben Arbeitgeber und auf der Grundlage ein und desselben Arbeitsvertrages absolvieren zu können.

Die Verbesserungen der letzten Jahre im Hinblick auf die Befristung von Beschäftigungsverhältnissen von Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung, die auf bundesgesetzlichen (Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung – ÄArbVtrG) sowie tarifvertraglichen (z. B. TV-Ärzte/TdL für die Universitätskliniken) Regelungen beruhen, dürfen aber zukünftig nicht unter die Räder kommen. Ein „Roll-back“ hin zu prekären Kurzzeitverträgen darf es nicht geben!

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 18

Beteiligung von Ärzt:innen in Weiterbildung in Weiterbildungsausschüssen

Der Hartmannbund fordert die Landesärztekammern dazu auf, Ärzt:innen in Weiterbildung als ständige, nicht stimmberechtigte Mitglieder in die Weiterbildungsausschüsse aufzunehmen. Die Perspektive derjenigen, die sich aktuell in Weiterbildung befinden, muss bei Entscheidungen über Weiterbildungsordnungen und Weiterbildungsstrukturen systematisch berücksichtigt werden.

Begründung:
Ärzt:innen in Weiterbildung sind unmittelbar von den Entscheidungen der Weiterbildungsausschüsse der Ärztekammern betroffen. Gleichzeitig verfügen sie über direkte Kenntnisse der Weiterbildungsrealität und können strukturelle Probleme häufig frühzeitig identifizieren. Dennoch sind sie in den zuständigen Ausschüssen bislang nicht systematisch und flächendeckend vertreten. Eine dauerhafte Beteiligung als nicht stimmberechtigte Mitglieder ermöglicht es, Erfahrungen aus der Weiterbildungspraxis frühzeitig in Beratungen einzubringen, ohne die bestehenden Entscheidungsstrukturen zu verändern. Dadurch können Transparenz und Praxisnähe gestärkt werden. Insbesondere bei Fragen der Umsetzbarkeit von Weiterbildungsanforderungen, der Gestaltung von Weiterbildungsordnungen sowie der Verfügbarkeit geeigneter Weiterbildungsstätten, ist die Perspektive der Weiterzubildenden unverzichtbar.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 19

Ausgewogene und transparente Besetzung der Facharztprüfungsausschüsse

Der Hartmannbund fordert die Landesärztekammern auf,

1. bei der Berufung von Prüferinnen und Prüfern gemäß Nr. 6 der Richtlinie über das Prüfungsgeschehen nach Weiterbildungsordnung 2021 (WBO) gemäß §14 Abs. 9 WBO auf eine angemessene Berücksichtigung der Geschlechter sowie der unterschiedlichen Versorgungsbereiche, insbesondere des ambulanten und stationären Sektors, hinzuwirken,

2. die bei der Neubestellung von Prüferinnen und Prüfern betroffenen Berufsverbände und Fachgesellschaften die Zusammensetzung der Prüferpools ihres Fachgebiets in geeigneter Form regelmäßig bekannt zu geben,

3. zu prüfen, ob und in welcher Form Prüfungsbewerberinnen und Prüfungsbewerber vor der Prüfung frühzeitiger über die Zusammensetzung ihres Prüfungsausschusses informiert werden können, um mögliche Befangenheitsgründe rechtzeitig geltend machen zu können, ohne die Integrität des Prüfungsverfahrens zu beeinträchtigen.

Begründung:
Die Facharztprüfung stellt einen entscheidenden Schritt im beruflichen Werdegang von Ärztinnen und Ärzten dar. Die Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse und der zugrunde liegenden Prüferpools sollte daher ausgewogen und transparent erfolgen.
Da die Berufung der Prüferinnen und Prüfern auf Vorschlag der Fachgesellschaften und Berufsverbände oder auf eigenen Vorschlag erfolgt, ist eine angemessene Kenntnis der bereits berufenen Prüferinnen und Prüfern erforderlich, um Vorschläge gezielt unter Berücksichtigung fachlicher Expertise sowie einer ausgewogenen Repräsentanz des Geschlechts und Sektors einbringen zu können.
Zugleich kann eine größere Transparenz hinsichtlich der Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse das Vertrauen in die Objektivität der Prüfungsverfahren stärken. Eine frühzeitigere Information der Prüfungsbewerberinnen und Prüfungsbewerber würde zudem

die rechtzeitige Klärung möglicher Befangenheitsgründe ermöglichen und damit zur Rechtssicherheit des Verfahrens beitragen.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 20

KI im Studium

Der Hartmannbund fordert das Bundesministerium für Gesundheit, die Wissenschaftsministerien der Länder und die medizinischen Fakultäten dazu auf,

- Grundlagen, Chancen, Grenzen und Haftungsfragen von KI als Pflichtinhalt in die neue Approbationsordnung und den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog (NKLM) aufzunehmen,
- allen Studierenden datenschutzkonforme KI-Werkzeuge über Campuslizenzen zugänglich zu machen,
- Leitlinien für den Einsatz von KI in Lehre und Prüfungen zu entwickeln, statt ihn pauschal zu verbieten.

Begründung:
KI verändert Diagnostik, Dokumentation und Lernen schon heute. Ob Studierende KI-Kompetenz erwerben, darf nicht vom Studienort abhängen. Die entsprechenden Kompetenzen, diese Werkzeuge kritisch zu beurteilen, müssen Studierenden frühzeitig vermittelt werden. Dies ist auch für die Patientensicherheit von Bedeutung. Über die Bereitstellung von Campuslizenzen könnten Hochschulen dazu beitragen, den Studierenden geeignete Modelle zur Verfügung zu stellen und zugleich einen verantwortungsvollen Einsatz in Studium und Lehre zu fördern.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 21

Verantwortungsvoller Umgang mit KI in Praxis und Klinik

Der Hartmannbund fordert, dass die Verantwortung für medizinische Entscheidungen auch künftig unteilbar bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten verbleibt. Ärztliches Denken kann nicht durch algorithmische Empfehlungen ersetzt werden. KI-Systeme müssen erklärbar, transparent, datenschutzkonform und rechtlich sicher für den Endnutzer sein.

Digitale Kompetenzen müssen deshalb künftig selbstverständlich in Studium, Weiterbildung und Fortbildung verankert werden, ohne dass klinische Erfahrung und diagnostische Fähigkeiten an Bedeutung verlieren.

Begründung:
Künstliche Intelligenz ist in vielen Bereichen der Medizin bereits Realität - von der automatisierten Dokumentation über die Unterstützung bei der Bilddiagnostik bis hin zur Auswertung großer Datenmengen und der Entscheidungsunterstützung. Ihr größtes Potenzial liegt darin, Routinetätigkeiten zu übernehmen und Ärztinnen und Ärzte von administrativen Aufgaben zu entlasten.

Dadurch könnten Freiräume für Anamnese, Untersuchung und das persönliche Gespräch mit den Patientinnen und Patienten entstehen.

Entscheidend sind praxistaugliche Anwendungen mit einem klaren Nutzen für Patientinnen und Patienten sowie für die Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 22

Eigenverantwortung stärken – Gesundheitskompetenz fördern, Inanspruchnahme angemessen gestalten

Der Hartmannbund setzt sich dafür ein, die Eigenverantwortung der Patient:innen für ihre Gesundheit zu stärken. Er fordert den Vorstand des Hartmannbundes auf,

- mit den maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V, der Selbsthilfe und den Patientenbeauftragten von Bund und Ländern einen Dialog über ein zeitgemäßes Verständnis von Gesundheit, Krankheit und angemessener Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen aufzunehmen und gemeinsame Botschaften zu entwickeln,
- sich gegenüber Politik, Krankenkassen und dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) für eine dauerhafte, leicht verständliche Aufklärung einzusetzen. Sie soll zeigen, wie man leichte, selbstlimitierende Beschwerden selbst versorgt, welche Warnzeichen eine ärztliche Abklärung erfordern und welche Anlaufstelle die richtige ist,
- sich dafür einzusetzen, dass Gesundheitskompetenz und salutogenetisches Denken fester Bestandteil der schulischen Bildung werden,
- innerhalb der Ärzteschaft eine Haltung der angemessenen, abgestuften Versorgung (Subsidiarität) zu stärken und diese Haltung in die Ausgestaltung des geplanten Primärversorgungssystems einzubringen.

Begründung:
Eigenverantwortung ist ein Appell an die Patient:innen, aber auch an die Ärzteschaft, ihn glaubwürdig zu vermitteln. Generationen sind im GKV-System mit dem Verständnis aufgewachsen, der monatliche Beitrag sei bereits die Eigenverantwortung, weitgehend losgelöst von einer Vorstellung davon, was ärztliche Leistung ist und wann sie gebraucht wird. In den Praxen erleben wir täglich, dass ärztliche Hilfe jederzeit und so oft wie möglich in Anspruch genommen wird. Das gilt auch bei Bagatellbeschwerden und Infekten oder für die gewünschte Abklärung von Befürchtungen bei Patient:innen.

Diese Beobachtung lässt sich belegen. Eine aktuelle Auswertung von Befragungsdaten aus 27 europäischen Ländern zeigt, dass ältere Menschen in Deutschland – auch ohne chronische Erkrankung – etwa doppelt so häufig ambulant ärztlich versorgt werden wie in Finnland. Länder mit höherer Lebenserwartung wie Frankreich, die Schweiz oder Spanien kommen mit deutlich weniger Arztkontakten aus. Während dort die Zahl der Besuche in den vergangenen 20 Jahren um rund ein Viertel gesunken ist, ging sie in Deutschland nur minimal zurück. Viele Arztkontakte sind also nicht automatisch ein Zeichen für mehr Gesundheit.

Medizinische Informationen sind heute überall verfügbar. Es fehlt aber oft die Fähigkeit, sie einzuordnen. Nach der Studie HLS-GER 2 hatten 2020 rund 60 Prozent der Bevölkerung eine geringe Gesundheitskompetenz, nach rund 53 Prozent im Jahr 2014. Über 70 Prozent fiel es schwer, Gesundheitsinformationen zu beurteilen, und knapp vier Fünftel fanden sich nur schwer im Gesundheitssystem zurecht. Geringe Gesundheitskompetenz geht mit einer intensiveren Nutzung des Gesundheitssystems, ungünstigerem Gesundheitsverhalten und mehr Krankheitstagen einher. Auch neuere Erhebungen von RKI und Universität Bielefeld sehen weiterhin erheblichen Handlungsbedarf.

Hinzu kommt, nach unserer Erfahrung besonders seit der Corona-Pandemie, eine diffuse Angst vor Krankheit. Eine Befragung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) in 18 bayerischen Notaufnahmen zeigt, dass 88 Prozent der Patient:innen ihr Anliegen als dringlich oder als Notfall einstuften. Rund 63 Prozent kamen aus eigener Entscheidung oder auf Rat aus dem privaten Umfeld. Laut Zi spielen die wahrgenommene Schwere der Beschwerden und gesundheitsbezogene Ängste dabei eine große Rolle. Mehr als drei Viertel wussten nicht, dass über die 116117 auch Praxistermine vermittelt werden. Vielen fehlen offenbar die Erfahrung und das Vertrauen, mit leichten Beschwerden selbst umzugehen und abzuwarten.

Hier setzt das Konzept der Salutogenese an. Es fragt nicht nur, was krank macht, sondern was Menschen gesund hält. Gesundheit und Krankheit sind danach kein Entweder-oder, sondern Pole eines Kontinuums. Entscheidend ist, ob Menschen Belastungen mit eigenen Ressourcen bewältigen können und ihr Leben als verstehbar, handhabbar und sinnvoll erleben. Dass Patient:innen wieder Vertrauen in die körpereigenen Fähigkeiten zu vermitteln, heißt auch: Ohne Medizin ist der Mensch nicht automatisch dem Tode geweiht. Viele Infekte und Beschwerden heilen von selbst aus.

Subsidiarität ist dabei kein Ausdruck unterentwickelter Medizin, sondern einer angemessenen ärztlichen Haltung. Der zwei Tage alte Knieschmerz wird nicht mit einem MRT und einem Facharzttermin beantwortet, sondern mit einer ärztlichen Leistung, die der

Situation angemessen ist. Die Leitlinien stützen diese Haltung: So empfiehlt die Nationale Versorgungsleitlinie ohne Warnhinweise auf Bildgebung zu verzichten. Die Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin benennt gezielt Leistungen, die häufig ohne Nutzen erbracht werden, um Über- und Fehlversorgung zu verringern.
Ein Gesundheitssystem kann seinen solidarischen Auftrag nur erfüllen, wenn Leistungen und vor allem ihre Inanspruchnahme gerecht verteilt werden. Jeder vermeidbare Arztkontakt bindet Zeit, die anderen Patient:innen mit echtem Behandlungsbedarf fehlt. Die Bundesregierung bereitet derzeit ein Primärversorgungssystem vor; ein Gesetzentwurf ist für Ende November 2026 angekündigt, verbindlich gelten soll das System ab 2028.
Steuerungsinstrumente allein werden aber nicht genügen. Sie wirken nur, wenn Patient:innen verstehen und mittragen, warum nicht jede Beschwerde sofort fachärztlich abgeklärt werden muss. Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz empfiehlt deshalb unter anderem, Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Bildungssystem zu fördern.
Der Hartmannbund wirbt deshalb für ein neues Verständnis von Eigenverantwortung.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 23

Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in somatischen Kliniken

Der Hartmannbund fordert Bund und Länder auf, psychiatrisch-psychotherapeutische Konsiliar- und Liaisondienste in somatischen Krankenhäusern flächendeckend, dauerhaft und kostendeckend zu finanzieren sowie den bedarfsgerechten Aufbau interdisziplinärer Versorgungsstrukturen mit psychiatrischer und psychosomatischer Expertise zu ermöglichen.

Begründung:
Aufgrund der demografischen Entwicklung werden in Krankenhäusern zunehmend ältere, multimorbide und polypharmazeutisch behandelte Patient:innen versorgt. Damit steigt der Bedarf an psychiatrischer und psychotherapeutischer Mitbehandlung im Rahmen somatischer Krankenhausaufenthalte.
Psychische Begleiterkrankungen, Delirien, kognitive Beeinträchtigungen und Krisensituationen können den Verlauf somatischer Behandlungen erheblich beeinflussen. Eine frühzeitige psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik und Intervention trägt dazu bei, Behandlungsergebnisse zu verbessern, Komplikationen zu reduzieren und die Selbstständigkeit der Betroffenen möglichst zu erhalten.
Darüber hinaus sind psychiatrische und psychotherapeutische Kompetenzen häufig erforderlich, um Fragen der Einwilligungsfähigkeit, der Entscheidungsfindung sowie der Krankheitsbewältigung bei Patient:innen mit eingeschränkten kognitiven oder psychosozialen Ressourcen zu klären.
Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, Psychotherapie, Psychoonkologie, Palliativmedizin und Sozialdienste leisten hierzu einen wesentlichen Beitrag. Die hierfür erforderlichen Strukturen sind jedoch vielerorts nicht ausreichend etabliert oder finanziert. Gleichzeitig fehlen interdisziplinäre Versorgungsmodelle, die psychiatrische und somatische Kompetenz enger miteinander verknüpfen.

Der Hartmannbund sieht daher die Schaffung verlässlicher und dauerhaft finanzierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Unterstützungsstrukturen in somatischen Kliniken als notwendige Voraussetzung für eine zukunftsfähige stationäre Versorgung an.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 24

Doppelverplanungen medizinischen Personals in Krisenlagen durch ein Zentralregister vermeiden

Der Hartmannbund fordert Bund und Länder auf, die Verfügbarkeit und Koordination medizinischen Personals in Krisen-, Katastrophen- und Verteidigungslagen verbindlich zu regeln. Hierzu soll ein bundesweit abgestimmtes Zentralregister geschaffen werden, dass Mehrfachverpflichtungen von Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten und stationären Versorgung, in Hilfsorganisationen, im Katastrophenschutz und weiteren Einrichtungen erkennbar macht. Ziel ist eine verlässliche Personalplanung, die Doppelverplanungen vermeidet und sowohl die medizinische Versorgung der Bevölkerung als auch die Einsatzfähigkeit der Hilfs- und Rettungsorganisationen sicherstellt. Hierfür sind übergreifende Koordinierungsverfahren und klare Priorisierungsregelungen zu schaffen und regelmäßig zu erproben.

Begründung:
Die gesundheitliche Krisenvorsorge ist wesentlich auf die Verfügbarkeit ärztlichen und weiteren medizinischen Personals angewiesen. Viele Ärztinnen und Ärzte engagieren sich neben ihrer beruflichen Tätigkeit zusätzlich in Hilfsorganisationen, im Katastrophenschutz oder anderen ehrenamtlichen Strukturen. Im Krisenfall können daraus konkurrierende Einsatzanforderungen entstehen, die bislang nicht ausreichend aufeinander abgestimmt sind. Ohne eine koordinierte Personalplanung besteht die Gefahr, dass verfügbare personelle Ressourcen überschätzt werden und gleichzeitig Versorgungsengpässe entstehen. Ein datenschutzkonformes Zentralregister kann helfen, solche Mehrfachverpflichtungen zu erkennen und die tatsächliche Personalverfügbarkeit einzuschätzen.

Berlin, 31.10.2026

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund-Hauptversammlung 2026

Beschluss Nr. 25

Verpflichtende Evaluation der neu eingeführten Apotheken-Leistungen

Der Hartmannbund fordert den Bundesgesetzgeber auf, verbindlich zu regeln, dass die mit dem Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) eingeführten Leistungen – namentlich Schutzimpfungen und venöse Blutentnahme – auf Kosten und Fehlallokation evaluiert werden. Neu eingeführte Leistungen müssen sich selbstverständlich an ihrem Mehrwert messen lassen.

Begründung:
Bei den genannten Leistungen handelt es sich um Leistungen, die ursprünglich ausschließlich im ärztlichen Behandlungskontext erbracht wurden und erst in jüngster Vergangenheit aus diesem herausgelöst wurden. Die geforderte Evaluation ist im Sinne eines verantwortungsvollen Mitteleinsatz mit GKV-Beitragsgeldern selbstverständlich. Entsprechende wissenschaftlich validierte Evaluationsverfahren sind zu entwickeln und die ärztliche Selbstverwaltung sollte in die Evaluation eingebunden werden.

Berlin, 31.10.2026

Ethisch-rechtliche Implikationen im ärztlichen Handeln - Positionen und Forderungen des Hartmannbundes

Einleitung

Die ärztliche Berufsausübung steht in einem zunehmenden Spannungsfeld zwischen medizinischer Verantwortung, ethischen Grundsätzen, rechtlichen Anforderungen und Grenzen sowie den strukturellen und ökonomischen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems. Ärzt:innen sind täglich mit Entscheidungen konfrontiert, die weit über rein medizinische Fragestellungen hinausgehen und grundlegende Fragen von Autonomie, Fürsorge, Gerechtigkeit und Verantwortung berühren.

Zugleich haben gesellschaftliche, technische und rechtliche Entwicklungen der vergangenen Jahre zu neuen Herausforderungen geführt. Neue Versorgungsformen, die fortschreitende Digitalisierung und der Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI), sei es im direkten oder auch nur indirekten Kontakt, prägen den ärztlichen Alltag zunehmend und werfen Fragen nach Verantwortung, Entscheidungsfreiheit und einer patientenzentrierten Versorgung auf.

Vor diesem Hintergrund hat der Hartmannbund im Rahmen einer bundesweiten Reihe von Informationsseminaren, Diskussionsveranstaltungen und Vorträgen den Austausch mit Expert:innen aus Medizin, Ethik, Recht, Ökonomie und Gesundheitspolitik gesucht. Ziel war es, unterschiedliche Perspektiven auf zentrale ethisch-rechtliche Fragestellungen im ärztlichen Handeln zusammenzuführen und daraus gemeinsame Schlussfolgerungen für die Ärzteschaft abzuleiten.

Dieses Papier fasst die wesentlichen Erkenntnisse dieser Diskussionen zusammen. Es versteht sich nicht als umfassende Beantwortung aller ethischen Fragestellungen, sondern als Orientierung für ärztliches Handeln und als Beitrag zu einer sachlichen gesellschaftlichen Debatte. Im Mittelpunkt stehen die Wahrung des Patientenwohls, die Achtung der Selbstbestimmung, die Sicherung professioneller ärztlicher Entscheidungsfreiheit und die Schaffung verlässlicher rechtlicher Rahmenbedingungen.

Die folgenden sieben Themenfelder greift das Papier auf und leitet daraus Forderungen an Politik und Selbstverwaltung ab:

- **Selbstbestimmung und Versorgung am Lebensende**: Der Patientenwille muss frühzeitig erfasst, verlässlich dokumentiert und strukturell in die Versorgung integriert werden.
- **Palliativmedizin als integraler Bestandteil guter Versorgung**: Palliative Versorgung ist eine fachübergreifende Aufgabe und gehört in alle geeigneten Versorgungsbereiche, nicht erst in die letzte Krankheitsphase.
- **Kommunikation und ethische Entscheidungsfindung stärken**: Die Rahmenbedingungen für ärztliche Gespräche und ethische Entscheidungen müssen gegeben sein und unterstützt werden.

- **KI in der Medizin: Chancen nutzen, Verantwortung bewahren**: Die Nutzung von KI und digitalen Technologien kann die medizinische Versorgung verbessern, darf ärztliche Verantwortung und Entscheidungsfreiheit jedoch nicht ersetzen.
- **Arbeitsbedingungen als ethische Voraussetzung guter Medizin**: Unabhängige Urteilsbildung setzt Strukturen voraus, die diese ermöglichen.
- **Verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen und ökonomische Rahmenbedingungen**: Das Gesundheitssystem muss an Versorgungsqualität, Patientennutzen und Nachhaltigkeit ausgerichtet werden, wobei zugleich ein verantwortungsvoller Umgang mit begrenzten Ressourcen unverzichtbar ist.
- **Verantwortung, Solidarität und Gerechtigkeit im Gesundheitssystem**: Ein solidarisches, gerechtes und zukunftsfähiges Gesundheitswesen braucht nachhaltige Reformen statt pauschaler Verantwortungszuschreibungen.

1. Selbstbestimmung und Versorgung am Lebensende

Die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen stellt hohe fachliche, ethische und kommunikative Anforderungen an Ärzt:innen. Therapieentscheidungen am Lebensende erfordern eine sorgfältige Abwägung medizinischer Möglichkeiten, des individuellen Patientenwillens sowie ethischer und rechtlicher Rahmenbedingungen.

Der Hartmannbund erkennt an, dass die Selbstbestimmung von Patient:innen ein zentrales Leitprinzip ärztlichen Handelns darstellt. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass der Wille der Betroffenen bekannt, verfügbar und hinreichend konkret dokumentiert ist. In der Versorgungspraxis ist dies jedoch häufig nicht der Fall. Die wohl am weitesten verbreitete Form der Dokumentation des Patientenwillens sind Patientenverfügungen. Diese fehlen jedoch häufig, sind veraltet oder passen nicht zur konkreten Behandlungssituation. Dies führt zu erheblichen Unsicherheiten bei Behandelnden und Angehörigen.

Die Achtung des Patientenwillens gilt unabhängig davon, ob eine gesetzliche Vormundschaft eingerichtet wurde. Solange Patient:innen einwilligungsfähig sind und ihren Willen äußern können, hat dieser Wille Vorrang. Eine rechtliche Betreuung tritt nicht an die Stelle der Entscheidung einwilligungsfähiger Patient:innen, sondern wird erst relevant, wenn die betroffene Person ihren Willen nicht mehr wirksam bilden oder mitteilen kann. Auch Angehörige haben ohne entsprechende Vollmacht oder gesetzliche Befugnis zur Vertretung des Patienten keine eigene Entscheidungsbefugnis; sie können jedoch wichtige Einblicke in die mutmaßlichen Wünsche der betroffenen Person geben. Eine stärkere Aufklärung über die jeweiligen Rollen von Patient:innen, Bevollmächtigten, Betreuer:innen und Angehörigen kann dazu beitragen, Unsicherheiten und Konflikte in Behandlungssituationen zu vermeiden.

Eine besondere Rolle kommt minderjährigen Patient:innen zu. Grundsätzlich nehmen die Sorgeberechtigten die gesundheitlichen Entscheidungsrechte wahr. Mit zunehmender Einsichts- und Urteilsfähigkeit sind jedoch die Wünsche und der Wille minderjähriger Patient:innen angemessen zu berücksichtigen. Entscheidungen sollten sich sowohl am Kindeswohl als auch am individuellen Entwicklungsstand und der Fähigkeit zur selbstbestimmten Mitwirkung orientieren.

Besondere Herausforderungen ergeben sich zudem bei Patient:innen mit Demenz, psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen oder anderen Beeinträchtigungen der Entscheidungsfähigkeit. In solchen Fällen darf eine mangelnde Einwilligungsfähigkeit nicht allein aufgrund einer Diagnose angenommen werden; vielmehr muss die Einwilligungsfähigkeit stets im Einzelfall beurteilt werden. Liegt die Einwilligungsfähigkeit vor, ist die Einwilligung oder Ablehnung einer Behandlung bindend. Fehlt die Einwilligungsfähigkeit, sind Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten sowie der mutmaßliche Wille zu berücksichtigen. Freiheitsentziehende Maßnahmen oder medizinische Zwangsmaßnahmen stellen schwerwiegende Eingriffe in Grundrechte dar und dürfen nur unter den hierfür vorgesehenen rechtlichen Voraussetzungen und nach sorgfältiger ethischer Abwägung erfolgen.

Der Hartmannbund spricht sich daher für eine stärkere Verbreitung und bessere Verfügbarkeit von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten aus. Diese sollten möglichst niedrigschwellig verfügbar sein und perspektivisch in bestehende digitale Gesundheitsanwendungen integriert werden. Ebenso bedarf es einer breiteren gesellschaftlichen Aufklärung über Möglichkeiten und Grenzen vorsorgender Willensäußerungen. Patientenverfügungen sollten systematisch in die regelhafte ärztliche Versorgung integriert werden und bei geeigneten planbaren Arztkontakten thematisiert werden, um die Verbreitung von Patientenverfügungen zu fördern. Denkbar ist, Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten zum verpflichtenden Bestandteil des Verfahrens zur Einstufung in den Pflegegrad zu machen oder diese an anderen Stellen in der Versorgung rechtzeitig und regelhaft einzubringen.

Digitale Instrumente wie das Zentrale Vorsorgeregister können dazu beitragen, Vorsorgedokumente besser verfügbar zu machen. Ihr Nutzen hängt jedoch wesentlich davon ab, dass die hinterlegten Informationen insbesondere in Akut- und Notfallsituationen schnell, zuverlässig und möglichst niedrigschwellig abrufbar und in die bestehende digitale Infrastruktur integriert sind. Die Verbreitung und Verfügbarkeit solcher Instrumente sind zu fördern.

Darüber hinaus können strukturierte Konzepte der Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (Advanced Care Planning) dazu beitragen, den Patientenwillen in konkreten Behandlungssituationen besser umzusetzen. Konventionelle Patientenverfügungen können ihre Wirkung verfehlen, wenn sie ohne begleitenden Gesprächsprozess erstellt werden und in Akutsituationen keine ausreichend konkrete Orientierung bieten. Strukturierte Beratungs- und Planungsverfahren schaffen hier mehr Handlungssicherheit. Ein zentrales Instrument kann dabei die ärztliche Anordnung (ÄAN) für den Notfall sein, die durch eine standardisierte und übersichtliche Dokumentation Klarheit schafft und sowohl Patient:innen als auch behandelnde Teams unterstützt.

Gleichzeitig können solche Modelle die hausärztliche Versorgung entlasten, indem zeitintensive Beratungs- und Aufklärungsprozesse an qualifizierte Fachkräfte delegiert werden, während die abschließende Bewertung und ärztliche Verantwortung bei den behandelnden Ärzt:innen verbleibt. Bestehende Vergütungsregelungen für die Mitwirkung an entsprechenden Versorgungsplanungsprozessen können zudem Anreize schaffen, diese Angebote stärker in die Versorgung zu integrieren. Flächendeckende Konzepte zur systematischen Erfassung des Patientenwillens brauchen Zeit. Lokal muss hier vor allem die Kompetenz von Hausarztnetzen, die in Kooperation mit Rettungsdiensten, Pflegeheimen, Palliativdiensten und Krankenhäusern arbeiten, genutzt werden, um entsprechende Lösungen breit wirksam werden zu lassen.

Auch im Rahmen einer verbesserten Versorgungsplanung bleibt jedoch die grundlegende Rollenverteilung bestehen: Die Ermittlung und Dokumentation des Patientenwillens ersetzt nicht die ärztliche Prüfung der medizinischen Indikation. Erst wenn eine Behandlungsoption medizinisch vertretbar ist, kann auf Grundlage des dokumentierten oder mutmaßlichen Patientenwillens über ihre Durchführung oder ihren Verzicht entschieden werden. Ärztliches Handeln am Lebensende bedeutet daher nicht, das medizinisch Maximalmögliche umzusetzen oder eine dokumentierte Wunschliste abzuarbeiten, sondern die Behandlung so zu wählen, dass diese sowohl medizinisch sinnvoll als auch mit dem Willen der Patient:innen vereinbar ist.

Der Hartmannbund setzt sich daher für eine stärkere Verbreitung und bessere Verfügbarkeit von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten ein. Diese sollten frühzeitig und systematisch in die ärztliche Versorgung eingebunden und durch strukturierte Instrumente wie Advance Care Planning sowie die ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄAN) ergänzt werden. Die Verantwortung für die Prüfung der medizinischen Indikation verbleibt bei den behandelnden Ärzt:innen.

2. Palliativmedizin als integraler Bestandteil guter Versorgung

Die Diskussionen haben deutlich gemacht, dass die Palliativmedizin weiterhin zu häufig erst in sehr fortgeschrittenen Krankheitsphasen eingebunden wird. Dabei kann eine frühzeitige palliative Mitbetreuung bereits ab der Diagnose einer schweren, fortschreitenden und unheilbaren Erkrankung wesentlich zur Lebensqualität, Symptomkontrolle und zur Unterstützung von Patient:innen und Angehörigen beitragen.

Der Hartmannbund versteht Palliativmedizin als einen integralen Bestandteil guter medizinischer Versorgung und als fachübergreifende Aufgabe. Palliative Versorgung darf nicht ausschließlich spezialisierten Einrichtungen oder Fachdisziplinen vorbehalten sein, sondern sollte als Querschnittsthema in allen geeigneten Versorgungsbereichen mitgedacht werden. Viele Elemente palliativer Betreuung gehören zum Aufgabenbereich verschiedener Fachrichtungen und insbesondere der hausärztlichen Versorgung.

Dazu zählen insbesondere:

- eine frühzeitige Kommunikation über Behandlungsziele,
- die strukturierte Erfassung von Versorgungswünschen,
- die Linderung belastender Symptome,
- die Unterstützung von Angehörigen sowie
- die gemeinsame Planung weiterer Behandlungsschritte.

Die Festlegung palliativer Behandlungsziele muss sich in der weiteren Therapieplanung widerspiegeln. Wenn kein kuratives oder lebensverlängerndes Ziel mehr vorliegt, konzentriert sich die Versorgung in erster Linie auf die Symptomkontrolle, die Linderung von Leiden und die Lebensqualität. Bestehende Medikamente und therapeutische Maßnahmen sollten regelmäßig überprüft werden, um festzustellen, ob sie angesichts der aktuellen Lebenssituation der Patient:innen noch einen direkten Nutzen bieten. Präventive Therapien und solche, die auf eine

langfristige Risikominderung abzielen, können gegebenenfalls reduziert oder abgesetzt werden, sofern sie nicht zur Symptomkontrolle beitragen oder die Lebensqualität verbessern.

Eine qualitativ hochwertige palliative Versorgung setzt zudem eine enge interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit voraus. Die in Westfalen-Lippe etablierten Versorgungsstrukturen zeigen beispielhaft, wie durch die Vernetzung hausärztlicher, palliativmedizinischer und pflegerischer Angebote eine frühzeitige und bedarfsgerechte Begleitung schwer erkrankter Menschen gelingen kann. Ärzt:innen, Pflegende, Therapeut:innen, Sozialarbeiter:innen und weitere Berufsgruppen leisten gemeinsam einen wichtigen Beitrag zur bedarfsgerechten Betreuung schwer erkrankter Menschen.

Um dies zu ermöglichen, müssen palliativmedizinische Inhalte stärker in Studium, Weiterbildung und Fortbildung verankert werden. Gleichzeitig bedarf es eines weiteren Ausbaus ambulanter und sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen, um eine bedarfsgerechte Versorgung unabhängig vom Wohnort sicherzustellen.

Der Hartmannbund spricht sich dafür aus, palliative Ansätze bereits deutlich früher, spätestens ab Diagnosestellung einer schweren, unheilbaren Erkrankung mitzudenken, die ambulanten und sektorenübergreifenden Strukturen auszubauen und palliativmedizinische Kompetenzen stärker in Studium sowie in Weiter- und Fortbildung zu verankern.

3. Kommunikation und ethische Entscheidungsfindung stärken

Eine an ethischen Grundsätzen orientierte Medizin setzt ausreichende Zeit, fachliche Kompetenz und angemessene Rahmenbedingungen voraus. Die Diskussionen der Veranstaltungsreihe haben gezeigt, dass ökonomischer Druck, Personalmangel und eng getaktete Arbeitsabläufe die notwendige Kommunikation mit Patient:innen häufig erschweren. Gerade in herausfordernden Behandlungssituationen bildet jedoch das Gespräch die Grundlage einer tragfähigen Entscheidungsfindung für beide Parteien. Dies gilt insbesondere für Fragen der Therapiebegrenzung, für die Planung der Versorgung am Lebensende sowie für Situationen mit mehreren medizinisch vertretbaren Behandlungsoptionen.

Der Hartmannbund hält daher eine stärkere Förderung von Kommunikationskompetenz für erforderlich. Gesprächsführung, Advanced Care Planning und palliativmedizinische Kommunikation sollten zu selbstverständlichen Bestandteilen ärztlicher Aus- und Weiterbildung werden. Ergänzend können strukturierte Gesprächsleitfäden und ethische Beratungsangebote dazu beitragen, schwierige Entscheidungen nachvollziehbar und transparent zu gestalten.

Ziel muss es sein, Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen medizinische Entscheidungen nicht geprägt von Zeit- oder Kostendruck, sondern auf Grundlage medizinischer Qualität, ethischer Reflexion und individueller Patientenbedürfnisse getroffen werden können.

Eine gute medizinische Versorgung braucht Zeit für Gespräche und gemeinsame Entscheidungen. Der Hartmannbund fordert daher, Kommunikationskompetenz, Advanced Care Planning und palliativmedizinische Gesprächsführung stärker in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung zu verankern und durch geeignete Unterstützungsangebote zu ergänzen.

4. KI in der Medizin: Chancen nutzen, Verantwortung bewahren

Der zunehmende Einsatz von KI eröffnet erhebliche Potenziale für die medizinische Versorgung. Insbesondere in der Dokumentation, Informationsaufbereitung und Prozessorganisation können digitale Systeme dazu beitragen, Ärzt:innen zu entlasten und Ressourcen effizienter einzusetzen.

Gleichzeitig wirft der Einsatz solcher Systeme neue ethische, rechtliche und praktische Fragestellungen auf. Technische Fehler, Verzerrungen in Datengrundlagen oder fehlerhafte Ergebnisse können Risiken für Patient:innen mit sich bringen. Darüber hinaus stellen sich Fragen des Datenschutzes, der Datensicherheit, der Transparenz algorithmischer Entscheidungen sowie der Verantwortungszuordnung.

KI sollte daher ärztliches Denken unterstützen, kann dieses aber nicht ersetzen. Die Verantwortung für medizinische Entscheidungen kann nur bei den behandelnden Ärzt:innen verbleiben.

Besondere Aufmerksamkeit ist zudem auf die Arzt-Patienten-Beziehung zu richten. Medizinische Gespräche bestehen nicht allein aus der Erfassung von Fakten, sondern auch aus individuellen Erfahrungen, Ängsten und Erwartungen. Diese Patientennarrative dürfen durch digitale Systeme weder verfälscht noch auf rein technische Informationen reduziert werden.

Der Einsatz von KI sollte dabei folgenden Grundsätzen folgen:

- Unterstützung ärztlicher Entscheidungsprozesse,
- Sicherstellung der ärztlichen Kontrolle über Inhalte und Dokumentation,
- Wahrung von Datenschutz und Vertraulichkeit,
- Berücksichtigung individueller Kontexte und Lebensrealitäten von Patient:innen,
- Förderung von Aus-, Weiter- und Fortbildungsangeboten sowie einer ausreichenden Information über Einsatzmöglichkeiten, Grenzen und Risiken verschiedener KI-Systeme,
- kontinuierliche Evaluation von Nutzen und Risiken.

Der Hartmannbund befürwortet den Einsatz von KI dort, wo sie Ärzt:innen sinnvoll entlasten und die Versorgung verbessern kann. Voraussetzung ist, dass die ärztliche Kontrolle gewahrt bleibt, Datenschutz und Vertraulichkeit sichergestellt werden und Nutzen sowie Risiken fortlaufend überprüft werden. Die Verantwortung für diagnostische und therapeutische Entscheidungen liegt weiterhin bei den behandelnden Ärzt:innen, dies ist alternativlos.

5. Arbeitsbedingungen als ethische Voraussetzung guter Medizin

Die Qualität medizinischer Entscheidungen hängt wesentlich von den Rahmenbedingungen ab, unter denen Ärzt:innen arbeiten. Hohe Arbeitsverdichtung, Personalmangel und hierarchische Abhängigkeiten können nicht nur die Versorgungsqualität beeinträchtigen, sondern auch die unabhängige ethische Urteilsbildung erschweren.

Insbesondere noch am Berufsbeginn stehende Ärzt:innen benötigen Strukturen, die eine fachlich fundierte und verantwortungsvolle Entscheidungsfindung ermöglichen. Hierzu gehören ausreichend Zeit für Supervision und Austausch ebenso wie unabhängige Beratungs- und Unterstützungsangebote in ethisch oder rechtlich herausfordernden Situationen.

Der Hartmannbund sieht deshalb gute Arbeitsbedingungen als zentrale Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und ethisch verantwortliche Patientenversorgung.

6. Verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen und ökonomische Rahmenbedingungen

Medizinisches Handeln findet unter begrenzten personellen, finanziellen und strukturellen Ressourcen statt. Ein verantwortungsvoller Umgang mit diesen Ressourcen ist daher nicht nur eine ökonomische, sondern auch eine ethische Aufgabe. Ärztliche Entscheidungen müssen sich am Wohl der Patient:innen orientieren und gleichzeitig die nachhaltige Sicherung einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung berücksichtigen.

Ressourcenknappheit erfordert einen effizienten und verantwortungsvollen Mitteleinsatz. Gesundheitspolitische Entscheidungen sollten daher nicht allein kurzfristige Ausgaben betrachten, sondern stärker langfristige Effekte für die Gesundheit der Bevölkerung und die Stabilität des Gesundheitssystems berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für Investitionen in Prävention, Digitalisierung und ärztliche Weiterbildung.

Gleichzeitig müssen die ökonomischen Rahmenbedingungen stärker berücksichtigen, dass gute medizinische Versorgung nicht allein aus Diagnostik und Therapie besteht. Zeit für Aufklärung, Beratung, gemeinsame Entscheidungsfindung und die Begleitung von Patient:innen in komplexen Behandlungssituationen ist ein wesentlicher Bestandteil ärztlicher Tätigkeit. Dies gilt insbesondere für Gespräche über Behandlungsziele, Therapiezieländerungen und Entscheidungen am Lebensende. Dieser zusätzliche Zeitaufwand kann nicht nur die Versorgungsqualität verbessern, sondern auch ökonomisch sinnvoll sein, indem Übertherapie häufig vermieden wird.

Vergütungs- und Steuerungssysteme sollten daher konsequent auf Versorgungsqualität und Patientennutzen ausgerichtet werden. Insbesondere ärztliche Beratungs- und Gesprächsleistungen müssen stärker gefördert und angemessen vergütet werden.

Ressourcenknappheit darf dabei nicht dazu führen, dass notwendige Zukunftsinvestitionen unterbleiben und die langfristige Stabilität und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems gefährdet werden.

Der Hartmannbund fordert deshalb, Vergütungs- und Steuerungssysteme konsequent an Versorgungsqualität und Patientennutzen auszurichten, ärztliche Beratungs- und Gesprächsleistungen angemessen zu vergüten und langfristig wirksame Investitionen in Prävention, Digitalisierung und Weiterbildung nicht an kurzfristigen Sparzwängen scheitern zu lassen.

7. Verantwortung, Solidarität und Gerechtigkeit im Gesundheitssystem

Ethische Fragestellungen betreffen nicht nur die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung, sondern auch die Ausgestaltung des Gesundheitssystems insgesamt. Die Diskussion um individuelle Verantwortung für Gesundheit, solidarische Finanzierung und gerechte Verteilung von Ressourcen gewinnt angesichts demografischer und finanzieller Herausforderungen zunehmend an Bedeutung.

Fragen der Eigenverantwortung und gesundheitsbezogenen Lebensführung rücken in der gesundheitspolitischen Debatte zunehmend in den Fokus. Gleichzeitig lassen sich Gesundheit und Krankheit nur selten auf individuelles Verhalten zurückführen, sondern entstehen in einem Zusammenspiel aus biologischen, sozialen, ökonomischen und persönlichen Einflussfaktoren. Gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen sollten dieser Vielschichtigkeit Rechnung tragen und pauschale Verantwortungszuschreibungen vermeiden.

Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen sollten darauf ausgerichtet sein, gesundheitsförderliches Verhalten zu unterstützen und den Zugang zu Versorgung zu verbessern. Erforderlich sind nachhaltige Reformen, die Versorgungssicherheit, Finanzierbarkeit und Solidarität gleichermaßen berücksichtigen. Hierfür sollten evidenzbasierte Präventionsprogramme ausgebaut und gefördert werden. Außerdem sollte Gesundheitsbildung ein fester Bestandteil des Bildungssystems sein und beispielsweise an Schulen thematisiert werden. Auch Erwachsene sowie Angehörige schwer kranker und/oder pflegebedürftiger Menschen sollten im Sinne des Advanced Care Planning systematisch geschult werden.

Um den Zugang zur Versorgung zu verbessern, sind die Möglichkeiten der Digitalisierung weiter zu nutzen und Patientenwege besser zu steuern.

Der Hartmannbund fordert deshalb Reformen, die evidenzbasierte Prävention ausbauen, Gesundheitsbildung fest im Bildungssystem verankern, Erwachsene sowie Angehörige schwer kranker Menschen im Sinne des Advanced Care Planning schulen und den Zugang zur Versorgung durch Digitalisierung und bessere Patientensteuerung verbessern.

Schlussfolgerungen

Die Diskussionen des Hartmannbundes haben gezeigt, dass ethische und rechtliche Fragestellungen zunehmend zum Alltag ärztlichen Handelns gehören. Die Herausforderungen reichen von Therapieentscheidungen am Lebensende über den Einsatz neuer Technologien bis hin zu Fragen von Solidarität und Verantwortung im Gesundheitssystem.

Der Hartmannbund tritt dafür ein,

- die Selbstbestimmung von Patient:innen konsequent zu stärken,
- Palliativmedizin frühzeitig, flächendeckend und strukturiert in die Versorgung zu integrieren,
- Kommunikation und ethische Entscheidungsfindung strukturell zu fördern,
- den Einsatz von KI verantwortungsvoll auszugestalten,

- gute Arbeitsbedingungen als Voraussetzung ärztlicher Qualität anzuerkennen,
- ein solidarisches und zugleich zukunftsfähiges Gesundheitssystem weiterzuentwickeln.
- die Ärzteschaft für diese mehrdimensional anspruchsvolle Aufgabe vorzubereiten.

Ärzt:innen benötigen hierfür verlässliche rechtliche Rahmenbedingungen, ausreichende zeitliche Ressourcen, eine qualitativ hochwertige Aus- und Weiterbildung, die ethische Entscheidungsfindung beinhaltet, sowie die notwendige fachliche Unabhängigkeit. Nur auf dieser Grundlage kann eine Medizin gewährleistet werden, die sich dauerhaft am Wohl der Patient:innen orientiert und auch in komplexen ethischen Situationen Sicherheit bietet.

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Ärztliche Weiterbildung mutig neu denken

Ausgangs- und Problemlage

Die ärztliche Weiterbildung steht vor tiefgreifenden strukturellen Veränderungen. Krankenhausreform und Ambulantisierung verändern Versorgungsabläufe grundlegend und verschärfen bestehende Herausforderungen wie Ärztemangel, regionale Unterschiede und fehlende bundeseinheitliche Standards. Die Fokussierung auf Leistungsgruppen reduziert Lern- und Einsatzmöglichkeiten, während Personalmangel, Zeitdruck und ökonomische Vorgaben die Weiterbildungsqualität zusätzlich beeinträchtigen.
Mit der zunehmenden Ambulantisierung verlagern sich Leistungen in den niedergelassenen Bereich, obwohl viele Praxen und MVZ weder finanziell noch personell ausreichend ausgestattet sind, um eine vollständige Kompetenzvermittlung zu gewährleisten. Gleichzeitig wird die Weiterbildung durch föderale Unterschiede, bürokratische Hindernisse und eine Vielzahl unübersichtlicher Qualifikationen erschwert.
Damit Weiterbildung ihren Beitrag zur Sicherung des ärztlichen Nachwuchses sowohl stationär als auch ambulant leisten kann, müssen die Bedürfnisse und die Autonomie der Ärzt:innen in Weiterbildung stärker berücksichtigt, die Qualität verlässlich gesichert und die strukturellen Rahmenbedingungen modernisiert werden. Die Ärzteschaft muss definieren, was eine hochwertige Weiterbildung ausmacht, und diese Standards etablieren.
Eine attraktive, verlässliche und zukunftsorientierte Weiterbildung ist damit ein zentraler Baustein, um eine hochwertige ärztliche Versorgung in Klinik und Praxis langfristig zu sichern. Der Hartmannbund sieht hierin dringenden politischen Handlungsbedarf und formuliert im Folgenden zentrale Forderungen.

Forderungen des Hartmannbundes

1. Entwicklung eines Modulsystems

Der Hartmannbund fordert, die Struktur der Weiterbildung grundsätzlich zu überdenken und schlägt die Entwicklung eines bundesweit einheitlichen, kompetenzorientierten Modulsystems vor, das klare Inhalte definiert und individuelle, planbare Lernwege ermöglicht. Anstelle einer reinen Absolvierung von Fallzahlen sollte die qualitätsorientierte Kompetenzvermittlung Ziel und zentraler Fokus der Weiterbildung sein. Durch den frühzeitigen Erwerb einzelner Kompetenzen kann Verantwortung früher übernommen werden; gleichzeitig erhöht die Möglichkeit, Leistungen nach Abschluss einzelner Module selbstständig zu erbringen, die Attraktivität und Wirtschaftlichkeit der weiterbildenden Einrichtungen.
Ein modularer Aufbau erleichtert Quereinstiege und fachgebietsübergreifende Übergänge, steigert die Durchlässigkeit und ermöglicht eine stärkere Berücksichtigung der Lebensrealitäten der Ärzt:innen in Weiterbildung, indem Unterbrechungen der Weiterbildung beispielsweise leichter und flexibler ermöglicht werden. Um die Flexibilisierung der

Weiterbildung bestmöglich umzusetzen, sollte die Absolvierung von Modulen möglichst variabel und sachgerecht organisiert werden.
Zudem trägt er dazu bei, Kompetenzprofile eindeutig zu definieren. Alle unter Supervision erbrachten Leistungen müssen anerkannt und vergütet werden.
Für die Wirksamkeit eines solchen Systems ist eine bundeseinheitliche Ausgestaltung notwendig. Die Verantwortung für Entwicklung, Qualitätssicherung und Durchführung liegt bei den Ärztekammern; Ärzt:innen in Weiterbildung dürfen nicht finanziell belastet werden.

2. Verkürzung und Reduktion

Die Weiterbildungsordnung muss auf zentrale Inhalte und Kompetenzen konzentriert werden. Ziel ist dabei eine Weiterbildung, die ihre hohe Qualität behält und sich nicht an Qualifikationsprofilen anderer Gesundheitsfachberufe angleicht. Durch die Einführung eines Modulsystems ist eine Verkürzung der Weiterbildungszeit denkbar. Eine Straffung der Weiterbildung darf weder zu Qualitätsverlusten führen noch zu strukturellen Benachteiligungen der Ärzt:innen in Weiterbildung.
Für eine moderne, übersichtliche Weiterbildungsstruktur ist die Prüfung einer Reduktion und Präzisierung der Facharztbezeichnungen erforderlich.

3. Qualifizierung von Weiterbildungsbefugten, Transparenz und Anreize

Weiterbildungsbefugte benötigen strukturelle Unterstützung, um ihrer Verantwortung unter den aktuellen Rahmenbedingungen nachkommen zu können, ohne dass Weiterbildung zu einer zusätzlichen Belastung wird. Eine verpflichtende, anonyme Evaluation durch Ärzt:innen in Weiterbildung, beispielsweise über das eLogbuch, schafft Transparenz und ermöglicht eine Weiterentwicklung der Qualität.
Qualifizierungsmaßnahmen für Weiterbildungsbefugte sollen grundsätzlich freiwillig bleiben, bei dauerhaft unzureichenden Evaluationsergebnissen jedoch verpflichtend werden. Bei der Wahrnehmung dieser Maßnahmen darf Weiterbildungsbefugten kein finanzieller Mehraufwand entstehen. Evaluation und Qualifizierung sind als Chance zur Professionalisierung und zur Stärkung der Weiterbildungsqualität zu verstehen.
Um Weiterbildung flächendeckend zu sichern, müssen Weiterbildungsmöglichkeiten verbindlicher in Landeskrankenhauspläne integriert und geeignete Anreize für weiterbildende Kliniken und Praxen geschaffen werden.
Ein Weiterbildungsregister, das alle Ärzt:innen in Weiterbildung kontinuierlich erfasst und, angelehnt an das Weiterbildungsregister der LÄK Hessen, Daten darüber sammelt, wer sich wo in Weiterbildung befindet, erhöht Transparenz und ist deswegen bundesweit einzurichten.

4. Krankenhausreform

Die Krankenhausreform verändert Versorgungsstrukturen tiefgreifend, berücksichtigt die ärztliche Weiterbildung jedoch bislang nicht ausreichend. Die Weiterbildungsfähigkeit von Standorten ist kein verbindliches Kriterium der Krankenhausplanung; Strukturentscheidungen, Leistungsgruppen und Versorgungsaufträge werden vielfach ohne eine systematische Folgenabschätzung für die Weiterbildung getroffen. Damit drohen dauerhafte Nachteile für die Qualifizierung des ärztlichen Nachwuchses, verbunden mit Kompetenzverlust und Gefährdung der zukünftigen Versorgungssicherheit.

Der Hartmannbund fordert, die ärztliche Weiterbildung verbindlich als Bestandteil des Versorgungsauftrags in der Krankenhausplanung zu verankern. Diese Implementierung der ärztlichen Weiterbildung ist Voraussetzung für die Berücksichtigung in der Landeskrankenhausplanung.
Insbesondere die Einführung von Leistungsgruppen führt dazu, dass bislang vollweiterbildungsfähige Standorte Teile ihres Leistungsspektrums verlieren. Zusammenhängende Weiterbildungsabschnitte sind dadurch vielerorts nicht mehr darstellbar, vor allem in der Chirurgie, der Allgemeinen Inneren Medizin, der Pädiatrie und der Unfallchirurgie. Wo einzelne Einrichtungen nicht mehr alle Weiterbildungsinhalte abbilden können, sind verbindliche, strukturierte Weiterbildungsverbünde über Standorte hinweg erforderlich. Diese müssen rechtlich abgesichert, finanziell gefördert und bürokratiearm organisiert sein; die Verantwortung darf nicht auf Ärzt:innen in Weiterbildung verlagert werden.
Da zunehmend Leistungen in den ambulanten Bereich verlagert werden, können viele essenzielle Kompetenzen künftig nicht mehr ausschließlich im stationären Rahmen erworben werden. Kliniken und Praxen sind daher strukturell gemeinsam in der Verantwortung, vollständige Weiterbildungswege sicherzustellen. Dies setzt stabile, rechtlich abgesicherte und bürokratiearme Verbundstrukturen voraus, die den Erwerb aller notwendigen Kompetenzen standortübergreifend ermöglichen.
Weiterbildung muss zudem finanziell unabhängig von Fallzahlen und Leistungsdichte abgesichert werden und darf nicht durch ökonomische Anreize verdrängt werden. Gleichzeitig muss die Krankenhausreform berücksichtigen, dass ärztliches Personal Strukturveränderungen nicht automatisch folgt. Ohne eine realistische Personalsteuerung drohen punktuelle Überlastungen von Standorten mit Weiterbildungsauftrag. Die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Weiterbildung müssen daher regelmäßig evaluiert und bei negativen Effekten frühzeitig politisch korrigiert werden.

5. Ambulante und sektorübergreifende Weiterbildung

Mit der fortschreitenden Ambulantisierung gewinnt die ambulante Weiterbildung weiter an Bedeutung. Viele zentrale Kompetenzen, insbesondere die Beurteilung von Regelfällen, die langfristige Betreuung chronisch Erkrankter und das Erlernen eigenständiger Entscheidungsfindung, können im ambulanten Bereich besonders praxisnah vermittelt werden. Die enge Supervision, die hohe Patient:innenzahl und die unmittelbare Verantwortungsübernahme bieten didaktische Chancen, die das stationäre Umfeld sinnvoll ergänzen.
Damit diese Potenziale genutzt werden können, müssen ambulante Einrichtungen strukturell, finanziell und organisatorisch so ausgestattet werden, dass sie einen verlässlichen Beitrag zu vollumfänglichen Weiterbildungswegen leisten können. Die ambulante Weiterbildung darf nicht vom freiwilligen Engagement einzelner Praxen abhängen, sondern benötigt klare gesetzliche Rahmenbedingungen, Planungssicherheit und eine auskömmliche Finanzierung.
Eine qualitätsgesicherte ärztliche Weiterbildung kann unter den Bedingungen der Ambulantisierung nur gelingen, wenn stationäre und ambulante Sektoren als ein zusammenhängender Weiterbildungsraum entwickelt werden. Beide Versorgungsbereiche vermitteln unterschiedliche, jeweils unverzichtbare Kompetenzen. Daher müssen sie strukturell miteinander verzahnt und politisch gleichwertig berücksichtigt werden.

6. Weiterbildungsverbünde etablieren und rechtlich und finanziell sichern

Angesichts der Krankenhausreform und der Ambulantisierung (z. B. durch Hybrid-DRGs) müssen Weiterbildungsverbünde bundesweit und über die Allgemeinmedizin hinaus etabliert werden. Wenn Eingriffe aus den Kliniken in den niedergelassenen Bereich verlagert werden, können nur Kooperationen zwischen Kliniken und Praxen die vollständige Vermittlung des operativen und prozeduralen Spektrums gewährleisten.
Zur Entlastung von Arbeitgeber:innen und Ärzt:innen in Weiterbildung sollten innovative Verbundmodelle geprüft werden. Denkbar sind zentrale Anstellungsstrukturen zur Sicherstellung kontinuierlicher sozialversicherungsrechtlicher und arbeitsvertraglicher Rahmenbedingungen während der Rotationen zwischen Praxis und Klinik. Dabei sind die arbeitsrechtlichen Anforderungen, insbesondere mögliche Anwendungsbereiche des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes, zu berücksichtigen.
Weiterbildungsverbünde schaffen Planungssicherheit für Weiterzubildende und sichern die Qualität der Weiterbildung. Verbünde müssen bürokratiearm und kammer- und sektorübergreifend organisiert werden. Dafür braucht es klare politische Rahmenbedingungen und eine verbindliche Förderung.

7. Flexibilität und Niedrigschwelligkeit beim Wechsel der Weiterbildungsstätten

Um den Lebensrealitäten der Ärzt:innen in Weiterbildung gerecht zu werden, müssen niedrigschwellige Wechsel zwischen den Stätten ermöglicht werden. Dies erfordert eine verpflichtende länderübergreifende Harmonisierung und eine radikale Vereinfachung der bürokratischen Prozesse.

8. Einheitliche Dokumentation und digitale Standards

Sektorenübergreifende Lernverläufe benötigen kompatible, bundeseinheitliche Dokumentations- und Prüfungssysteme. Länderübergreifende Rotationen dürfen nicht an inkompatiblen eLogbüchern oder unterschiedlichen Weiterbildungsordnungen scheitern. Hierbei müssen auch die Potenziale der Digitalisierung und Innovation konsequent genutzt werden.

9. Finanzierung

Eine hochwertige Weiterbildung – sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich – erfordert eine angemessene Vergütung, die den personellen und finanziellen (Mehr)aufwand der Einrichtungen und Praxen deckt. Im stationären Sektor ist der Personalaufwand für die Weiterbildung explizit in der Personalbedarfsplanung zu berücksichtigen. Der Hartmannbund fordert hierfür strukturell verlässliche und langfristig tragfähige Finanzierungsmodelle, um die wirtschaftliche Grundlage der Weiterbildung insgesamt zu sichern.
Ziel sollte ein konsistentes und belastbares Finanzierungsmodell sein, das die Durchführung qualitativ hochwertiger Weiterbildung dauerhaft ermöglicht. Der Hartmannbund schlägt einen Zuschlag an weiterbildende Praxen in Höhe von zehn Prozent über die Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Vorstellbar wäre auch ein Rucksackmodell als Finanzierungsansatz. Hierbei ist das Weiterbildungsbudget personengebunden und folgt Ärzt:innen in Weiterbildung unabhängig von der jeweiligen Weiterbildungsstätte. Die Finanzierung ist damit direkt an die Weiterbildungsleistung gekoppelt und erleichtert sektor- und standortübergreifende

Weiterbildungsstrukturen, ohne dass einzelne Einrichtungen durch Weiterbildung finanziell überproportional belastet werden.
Darüber hinaus erfordert die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung eine breitere finanzielle Basis im Sinne eines Tortenmodells. Als gesamtgesellschaftliche Aufgabe müssen neben Mitteln der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auch Steuermittel einbezogen werden, um die ärztliche Weiterbildung langfristig tragfähig und verlässlich abzusichern.

Zusammenfassung

Die Zukunft der ärztlichen Versorgung hängt unmittelbar von einer qualitativ hochwertigen, modernen und verlässlich finanzierten Weiterbildung ab. Der zunehmende Strukturwandel im Gesundheitswesen zeigt deutlich, dass stationäre und ambulante Weiterbildung nicht getrennt voneinander betrachtet werden dürfen. Beide Bereiche müssen gemeinsam und kohärent weiterentwickelt werden, beispielsweise durch verbindliche Weiterbildungsverbünde, die vollständige Lernverläufe unabhängig von sektoralen Veränderungen sicherstellen.

Nur durch klare, bundesweit harmonisierte Standards, eine kompetenzorientierte Weiterbildungsordnung, sektorenübergreifende Weiterbildungsverbünde und eine tragfähige Finanzierung können vollständige Lernverläufe trotz veränderter Leistungsstrukturen gesichert werden. Eine moderne und zukunftsfähige Weiterbildung braucht die Verzahnung beider Sektoren, Evaluation, Flexibilität für Weiterzubildende und politische Rückendeckung.

Die vorgeschlagenen Reformen bilden die Grundlage dafür, die hohe Qualität der ärztlichen Weiterbildung und damit eine auch in Zukunft verlässliche und qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten.