

TOP Ib Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung

Titel: Ablehnung fallabschließender Behandlung durch Nichtärzte

Beschlussantrag

Von: Prof. Dr. Bernhard Hemming, MPH als Abgeordneter der Ärztekammer Nordrhein
Christa Bartels als Abgeordnete der Ärztekammer Nordrhein
Dr. Gerd-Hermann Büscher als Abgeordneter der Ärztekammer Nordrhein
Wieland Dietrich als Abgeordneter der Ärztekammer Nordrhein
Sebastian Exner als Abgeordneter der Ärztekammer Nordrhein
Prof. Dr. Tim Knoop als Abgeordneter der Ärztekammer Nordrhein
Dr. Uta Stierstorfer als Abgeordnete der Ärztekammer Nordrhein
Dr. Stefan Streit als Abgeordneter der Ärztekammer Nordrhein
Dr. Christof Sturm als Abgeordneter der Ärztekammer Nordrhein
Dr. Joachim Wichmann, MBA als Abgeordneter der Ärztekammer Nordrhein

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 lehnt Bestrebungen, eine fallabschließende Diagnostik und Therapie durch nichtärztliche Berufsgruppen zu etablieren, ausdrücklich ab.

Die eigenverantwortliche, abschließende Behandlung von Patientinnen und Patienten ist wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung und darf im Hinblick auf die Patientensicherheit nicht auf nichtärztliche Leistungserbringer übertragen werden.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, entsprechende Vorhaben im Rahmen der Reform der Notfallversorgung sowie weiterer gesundheitspolitischer Initiativen nicht weiter zu verfolgen und die ärztliche Verantwortung als zentralen Bestandteil der Patientenversorgung zu erhalten.

Begründung:

1. Berufsrechtliche und heilberufliche Grundlagen

Die Ausübung der Heilkunde ist nach deutschem Recht originäre Aufgabe approbierter Ärztinnen und Ärzte. Diese ergibt sich aus den Heilberufsgesetzen der Länder sowie aus der ärztlichen Approbation als staatlich geregelter Qualifikationsnachweis.

Die eigenverantwortliche Diagnosestellung und Therapieentscheidung ist untrennbar mit dieser Qualifikation sowie der berufsrechtlichen Aufsicht der Ärztekammern und

Angenommen: Abgelehnt: Vorstandsüberweisung: Entfallen: Zurückgezogen: Nichtbefassung:

Stimmen Ja: 166

Stimmen Nein: 15

Enthaltungen: 11

ANGENOMMEN

- Approbationsbehörden verbunden.
Eine Übertragung fallabschließender Behandlung auf nichtärztliche Berufsgruppen würde diese Systematik aufheben und zu einer faktischen Parallelstruktur ärztlicher Tätigkeit führen.
2. **Ärztliches Ethos und professionelle Verantwortung**
Das ärztliche Handeln ist geprägt durch das Prinzip der persönlichen Verantwortung für Diagnostik und Therapie, die Verpflichtung zur umfassenden Abwägung medizinischer Risiken sowie die Bindung an die ärztliche Berufsordnung.
Darüber hinaus ist ärztliches Handeln dadurch gekennzeichnet, dass der Arzt gesellschaftliche Kollektivrisiken im Einzelfall individualisiert übernimmt. Diese besondere Verantwortung bildet die Grundlage für die ärztliche Autonomie.
Eine Entkopplung von Entscheidung und Verantwortung durch die Übertragung fallabschließender Behandlung auf nichtärztliche Berufsgruppen ist mit diesem Ethos nicht vereinbar.
 3. **Wesen ärztlicher Entscheidungsfindung - Grenzen der Standardisierbarkeit**
Ärztliche Entscheidungsfindung ist kein rein schematischer oder algorithmischer Prozess, sondern beruht auf einer klinisch hermeneutischen Methode.
Diese umfasst das Verstehen der individuellen Krankengeschichte, die Einordnung komplexer und oft widersprüchlicher Befunde sowie die Integration von Erfahrung, Wissen und situativer Einschätzung.
Gerade bei kritisch oder komplex erkrankten Patienten besteht ein unauflösbares Spannungsfeld zwischen evidenzbasiertem Regelwissen und individuellem Fallverstehen. In diesen Situationen existieren keine trivial-technischen Ja-Nein-Entscheidungen.
Fallabschließende Behandlung setzt daher zwingend die Fähigkeit voraus, Ambivalenz auszuhalten und verantwortet aufzulösen. Diese Kompetenz ist Ergebnis ärztlicher Ausbildung, Erfahrung und professioneller Reifung und kann nicht durch standardisierte Algorithmen ersetzt werden.
 4. **Mehrdimensionale Entscheidungsverantwortung im Gesundheitssystem**
Ärztliche Entscheidungen erfolgen regelmäßig im Spannungsfeld mehrerer gleichrangiger Anforderungen: bestmögliche medizinische Versorgung, individuelles Patientenwohl, gesellschaftliche Solidarität und Ressourcenverantwortung sowie rechtliche und ethische Rahmenbedingungen.
Diese dialektische Güterabwägung ist wesentlicher Bestandteil ärztlichen Handelns und nicht delegierbar.
 5. **Patientensicherheit und Versorgungsqualität**
Die Fragmentierung von Verantwortlichkeiten birgt erhebliche Risiken für die Patientensicherheit. Insbesondere in der Notfallversorgung sind unklare Zuständigkeiten, unvollständige Diagnostik sowie Fehleinschätzungen mit potenziell schwerwiegenden Folgen verbunden.
 6. **Rechtliche Haftungsfragen**
Die ärztliche Behandlung ist rechtlich eingebettet in das Arzthaftungsrecht und die persönliche Verantwortlichkeit. Eine Übertragung abschließender Entscheidungen auf

-
- nichtärztliche Berufsgruppen führt zu rechtlichen Unklarheiten.
7. Grenzen der Delegation
Delegation ärztlicher Leistungen ist sinnvoll, sofern sie unter ärztlicher Verantwortung erfolgt und keine eigenständige Diagnostik und Therapieentscheidung umfasst. Diese Grenze wird bei fallabschließender Behandlung überschritten.
 8. Gesundheitspolitische Bewertung
Eine Substitution ärztlicher Tätigkeit durch nichtärztliche Berufsgruppen ist keine nachhaltige Lösung, sondern verkennt die Komplexität ärztlichen Handelns und verschiebt Verantwortung und Risiken.