



Beschlussübersicht

der Delegiertenversammlung des
Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes
am 19./20. September 2024 in Berlin

Kontakt

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.
Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln
☎ 02203 57 56-0
✉ info@haev.de
🌐 www.haev.de



TOP 3. – Aussprache und Anträge zu TOP 2 (Bericht der Bundesvorsitzenden)	4
Beschluss 1: Leitantrag: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG) jetzt umsetzen!	4
Beschluss 2: Stärkung der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) jetzt starten	6
Beschluss 4: Förderung und Ausweitung von Modellversuchen im Rahmen des HÄPPI-Konzeptes	7
Beschluss 7: Kritische Bewertung und Verbesserung der Verhandlungen zum Orientierungswert durch die KBV	7
Beschluss 3: Verhinderung neuer Doppelstrukturen in der Notfallreform zur Ressourcenschonung	8
Beschluss 6: Regulierung und Schutz hausärztlicher Sitze zur Sicherung der Primärversorgung	9
Beschluss 21: Politik am Zug: Hausärztliche Versorgung und HZV in Parteiprogramme aufnehmen	10
Beschluss 23: Ablehnung der Durchführung von Point-of-Care-Tests (POC) durch Apotheker zur Wahrung der Patientensicherheit	10
Beschluss 27: Hausärztlicher Kompetenzerhalt: Die Zukunft der primärärztlichen Versorgung sichern!	11
TOP 4. – Bericht aus den Foren des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes	12
Beschluss 14: Mehr Patientennähe und hausärztliche Versorgungsrealität in der Aus- und Weiterbildung	12
Beschluss 29: Keine Verkürzung der Weiterbildung Allgemeinmedizin	12
TOP 6. – Digitalisierung	17
Beschluss 9: Sicherstellung eines erfolgreichen Starts der elektronischen Patientenakte (ePA) im Jahr 2025	17
Beschluss 10: Förderung der Nutzung strukturierter Daten in der elektronischen Patientenakte (ePA)	18
Beschluss 11: Digitalisierung möglichst aller Standardprozesse und Verträge in der Telematikinfrastruktur (TI) schnell umsetzen	19
Beschluss 12: Verzicht auf Sanktionen für niedergelassene Praxen in der Telematikinfrastruktur (TI)	20
Beschluss 13: PVS-Systeme müssen funktionieren	20
Beschluss 30: ePA – Handout für die praktische Umsetzung der ePA	21
Beschluss 18: Schutz der hausärztlichen Versorgung vor negativen Auswirkungen durch Telemedizinanbieter	22
Beschluss 32: Anschluss weiterer Institutionen an KIM und Versand strukturierter Daten	22
TOP 7. – Weiterentwicklung des Studiums Primary Care Management	24
Beschluss 5: Förderung von qualifizierten, akademisierten Gesundheitsfachberufen zur Entlastung der hausärztlichen Praxisteams durch Krankenkassen und Politik	24



TOP 8. – Anträge zu anderen Themen und Verschiedenes	25
Beschluss 15: Einbinden der Hausärzte in die Hybrid-DRG	25
Beschluss 16: Abstimmung zur Diskussion und Vertiefung des Sachstandes zum legalen Schwangerschaftsabbruch und der geplanten Liberalisierung, wie sie vom Expertenrat der Bundesregierung empfohlen wurde	25
Beschluss 22: Einfache Meldemöglichkeiten an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bei Arzneimittelengpässen durch Apotheken	26
Beschluss 19: Nachhaltige Medizin: Reduktion von Plastik und Einmalartikeln	26
Beschluss 24: Planetare Gesundheit und Nachhaltigkeit als Hausärztlicher Auftrag	27
Beschluss 25: Planetare Gesundheit und Nachhaltigkeit in unseren Leitlinien	29
Beschluss 26: Ressourcenschonende Maßnahmen	30
Beschluss 28: Muster-Fortbildungsordnung (MFBO) vom 9.5.2024 umsetzen!	31



TOP 3. – Aussprache und Anträge zu TOP 2 (Bericht der Bundesvorsitzenden)

Beschluss 1: Leitantrag: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG) jetzt umsetzen!

Die Krise der hausärztlichen Versorgung hält an. Die hohe Arbeitsbelastung und die unzureichende Vergütung führen weiterhin dazu, dass hausärztliche Praxen früher aus der Versorgung ausscheiden, nicht ausreichend Nachwuchs gewonnen werden kann, um das Versorgungsniveau sicherzustellen und die Frustration der Praxisteams weiterhin hoch ist. Das GVSG hat zum Ziel, durch erste Maßnahmen diese negative Entwicklung zu bremsen. Aktuell ist jedoch nicht abzusehen, wann eine Umsetzung stattfindet. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband warnt mit Nachdruck vor einer weiteren Verschleppung dieser Reform und fordert die Parteien der Ampel-Koalition auf, schnellstmöglich ihre Versprechungen gegenüber den Hausärztinnen und Hausärzten sowie ihren Patientinnen und Patienten einzulösen. Die ständige Ausrichtung der politischen Aufmerksamkeit der Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene allein auf die stationäre Versorgung verkennt die fundamentale Bedeutung des ambulanten, insbesondere des hausärztlichen Versorgungsbereichs für die Versorgung der Bevölkerung. Um die hausärztliche Versorgung kurzfristig zu stabilisieren, fordert die Delegiertenversammlung die Umsetzung der folgenden Maßnahmen, die bei der Beschlussfassung des GVSG zwingend berücksichtigt werden müssen:

1. **Sicherung der Versorgungsqualität und zeitnahe Umsetzung:** Das GVSG muss ohne Verzögerung umgesetzt werden, da jede Verzögerung die hausärztliche Versorgung weiter unter Druck setzt und die flächendeckende Versorgung gefährdet. Die derzeitige politische Fokussierung auf die Stärkung der stationären Versorgung, insbesondere der Krankenhäuser, vernachlässigt die Bedeutung der ambulanten Versorgung. Dabei wird oft übersehen, dass die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung vor allem von den hausärztlichen Praxen sichergestellt wird. Die hausärztliche Versorgung darf nicht zum politischen Spielball werden. Ihre Stärkung ist entscheidend, um die Versorgungsqualität zu sichern und den Patientinnen und Patienten den notwendigen Zugang zu medizinischer Betreuung zu ermöglichen. Die hausärztlichen Praxen sind der erste Anlaufpunkt für die weit überwiegende Zahl der Patientinnen und Patienten und spielen damit eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, insbesondere in ländlichen Gebieten.
2. **Finanzielle Stabilität der Praxen:** Die Regelungen zur Entbudgetierung müssen so ausgestaltet sein, dass die politisch schon seit Langem versprochene finanzielle Entlastung der hausärztlichen Praxen auch tatsächlich ankommt. Dazu genügt es nicht, ausschließlich die Leistungen des EBM-Kapitel 3 sowie die Hausbesuche zu entbudgetieren. Es müssen zudem auch die sonstigen Leistungen, die Kernbestandteil der hausärztlichen Tätigkeit sind (z. B. Psychosomatik, Sonografie uvm.), vollständig entbudgetiert werden. Eine aktuell drohende Verschlechterung der Vergütung dieser Leistungen wäre kontraproduktiv und würde ein fatales Signal in die hausärztlichen Praxen senden. Es muss gewährleistet sein, dass die finanzielle Stabilität der hausärztlichen Praxen nicht gefährdet wird, da diese eine zentrale Rolle in der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung spielen.



3. **Angemessene Vorhaltepauschalen:** Die Vorhaltepauschalen müssen so ausgestaltet sein, dass die Versorgungsleistungen der hausärztlichen Praxen gegenüber allen Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, einschließlich derjenigen, die im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) abgerechnet werden. Da die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die HZV-Fälle nicht automatisch in ihre Berechnungen einbezieht, müssen diese Fälle im Gesetz explizit berücksichtigt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Praxen, die umfassend an der Versorgung teilnehmen und eine hohe Zahl an HVZ-Versicherten versorgen, für ihre Leistungen vollständig honoriert werden.
4. **Jahrespauschale für eine klar definierte Patientengruppe:** Die geplante jährliche Vergütung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose und einem verordneten Medikament ist ein immenser Innovationssprung im EBM. Sie entlastet Praxisteams sowie Patientinnen und Patienten durch die Reduktion medizinisch nicht zwingend erforderlicher Praxis-Patienten-Kontakte. Der aktuelle Regelungsvorschlag zur Jahrespauschale im Kabinettsentwurf stellt sicher, dass die für die Jahrespauschale infrage kommenden Patientinnen und Patienten klar definiert werden. Eine mögliche Ausweitung oder Unschärfe dieses Patientenkreises, bei welchem eine Abrechnung per Jahrespauschale ermöglicht wird, lehnen wir daher zum jetzigen Zeitpunkt klar ab, weil sie die Umsetzung der Jahrespauschale deutlich erschweren und verkomplizieren könnte.
5. **Langfristige Förderung der hausärztlichen Versorgung:** Die langfristige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung erfordert zusätzliche Maßnahmen über die Umsetzung des GVSG hinaus. Dazu gehört die dauerhafte Sicherstellung einer angemessenen Vergütung für die sprechende und beziehungsorientierte Medizin in den hausärztlichen Praxen, um wirtschaftliche Anreize für den Nachwuchs zu setzen sowie bessere Arbeitsbedingungen in den Praxen zu schaffen. Dazu gehört auch explizit, die hausärztliche Versorgung als Teamleistung gemeinsam mit weiteren qualifizierten nichtärztlichen Fachberufen zu ermöglichen und zu fördern. Es muss dafür gesorgt werden, dass der Beruf der Hausärztin/des Hausarztes sowie das Arbeiten in hausärztlichen Praxisteams attraktiv bleiben und genügend Nachwuchs gewonnen wird, um den steigenden Versorgungsbedarf zu decken.

Die Politik ist gefordert, über das GVSG hinaus eine umfassende und nachhaltige Strategie zur langfristigen Sicherung der hausärztlichen Versorgung zu entwickeln. Dies muss insbesondere den demografischen Wandel und die steigenden Anforderungen an die hausärztliche Versorgung berücksichtigen. Nur durch eine zukunftsorientierte Planung und das Schaffen stabiler Rahmenbedingungen kann die hausärztliche Versorgung in Deutschland auch langfristig gesichert werden, was sowohl für die Patientenversorgung als auch für die Stabilität des gesamten Gesundheitssystems von entscheidender Bedeutung ist. Leitbild hierfür sollte das HÄPPI-Konzept („Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell“) des Hausärztinnen und Hausärzteverbandes sein, dass die hausärztliche Versorgung durch qualifizierte Praxisteams in den Vordergrund stellt.

Begründung

Siehe oben

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 2: Stärkung der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) jetzt starten

Die HZV ist die Basis für eine stabile, zukunftssichere, flächendeckende hausärztliche Versorgung. Die Delegiertenversammlung fordert deshalb den Gesetzgeber und die Krankenkassen auf, die HZV als freiwilliges Primärarztsystem und nachweislich besseres Versorgungsangebot für Patientinnen und Patienten nachhaltig zu stärken und auszubauen. Dies umfasst die Förderung der HZV, die Einführung eines HZV-Bonus für Versicherte, die Abkehr von Arzt-Patienten-Kontakten hin zum Praxis-Patienten-Kontakt sowie die Ausweitung der HZV-Verträge mit Anbindung von Facharztverträgen.

Begründung

Die HZV stellt ein zentrales Element zur Sicherstellung einer hochwertigen und flächendeckenden medizinischen Versorgung dar. In regelmäßigen wissenschaftlichen Evaluationen und Untersuchungen zeigt sie als freiwilliges Primärarztsystem deutlich bessere Versorgungsergebnisse für die teilnehmenden Patientinnen und Patienten anstelle der ungesteuerten Versorgung im Kollektivvertrag. Um die HZV langfristig zu stärken, sind gezielte Maßnahmen erforderlich, die sowohl die Attraktivität für Hausärztinnen und Hausärzte als auch die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten weiter erhöhen.

1. **Förderung der HZV:** Die HZV muss stärker gefördert werden, um ihre Verbreitung und Akzeptanz weiter zu steigern. Dies trägt zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung als koordinierende Instanz im Gesundheitssystem bei.
2. **HZV-Bonus:** Die Einführung eines HZV-Bonus für Versicherte ist ein wichtiger Schritt, um die besondere Bedeutung der hausärztlichen Betreuung im Rahmen der HZV zu kommunizieren und deren Verbreitung zu fördern. Durch einen direkten Bonus oder die Berücksichtigung der HZV in den bestehenden Präventions- und Bonusprogrammen der Krankenkassen profitieren Patientinnen und Patienten nicht nur von einer qualitativ besseren Versorgung und einer strukturierten Steuerung im Gesundheitssystem, sondern auch unmittelbar durch die Einschreibung und damit verbundene Boni. Dies steigert die Attraktivität der HZV-Teilnahme für Versicherte, was wiederum die Akzeptanz und Verbreitung der HZV stärkt und die Qualität der Versorgung insgesamt erhöht.
3. **Ausweitung der HZV-Verträge mit Anbindung der Facharztverträge:** Die bestehenden HZV-Verträge müssen weiter ausgebaut werden, insbesondere im Hinblick auf die Anbindung von Facharztverträgen. Die Erfahrungen und wissenschaftlichen Evaluationen in Baden-Württemberg zeigen, dass die Integration der Fachärztinnen und Fachärzte über Facharztverträge in die strukturierten Versorgungsprozesse der HZV, die Qualität der Versorgung deutlich steigern. Dies fördert im Rahmen der HZV die integrierte Versorgung und verbessert die Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen.
4. **Einführung des Praxis-Patienten-Kontaktes:** Die Einschreibung ebenso wie die Inanspruchnahme der hausärztlichen Praxen ist bisher in der HZV in der Regel an den sogenannten Arzt-Patienten-Kontakt geknüpft. Die hausärztliche Versorgung der Zukunft ist gleichwohl Teamarbeit und auch die Strukturen in der hausärztlichen Versorgung haben sich insofern weiterentwickelt, dass in vielen Praxen ein hausärztliches Team die Patientinnen und Patienten ganzheitlich betreut und begleitet. Diese modernen Versorgungsstrukturen und -prozesse sollten auch in den gesetzlichen Rahmenbedingungen zur HZV entsprechend angepasst werden.



Die Stärkung der HZV ist ein wesentlicher Beitrag zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung insgesamt.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 4: Förderung und Ausweitung von Modellversuchen im Rahmen des HÄPPI-Konzeptes

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber und die Krankenkassen auf, das HÄPPI-Konzept („Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell“) aktiv zu fördern und den Rahmen zu schaffen, um bundesweit weitere Modellversuche zu initiieren. Diese Modellversuche sollen flächendeckend ausgerollt und wissenschaftlich begleitet werden, um die Wirksamkeit und Praxistauglichkeit des HÄPPI-Konzeptes in verschiedenen Versorgungsumgebungen zu evaluieren.

Begründung

Das HÄPPI-Konzept zielt darauf ab, die hausärztliche Primärversorgung in Deutschland durch innovative Ansätze nachhaltig zu stärken und zu verbessern und damit zukunftsfest zu machen. Es beinhaltet die Integration interdisziplinärer Teams, den Einsatz moderner Technologien und optimierter Versorgungsprozesse sowie eine stärkere Fokussierung auf präventive Maßnahmen und die kontinuierliche Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten.

Um das volle Potenzial des HÄPPI-Konzeptes auszuschöpfen, sind flächendeckende Modellversuche notwendig, die die Praxistauglichkeit und die Vorteile dieses Ansatzes in unterschiedlichen Versorgungsumgebungen überprüfen. Eine wissenschaftliche Begleitung dieser Versuche ist essenziell, um fundierte Daten zu gewinnen, die eine Weiterentwicklung und Integration des Konzeptes in die Versorgung ermöglichen.

Erste Auswertungen des Modellversuchs in Baden-Württemberg zeigen positive Ergebnisse, nach denen das HÄPPI-Konzept vielversprechend ist und erheblich zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung beitragen könnte. Daher ist es entscheidend, dass die Politik und die Krankenkassen diese Modellversuche unterstützen und die dafür notwendigen Ressourcen bereitstellen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 7: Kritische Bewertung und Verbesserung der Verhandlungen zum Orientierungswert durch die KBV

Die Delegiertenversammlung fordert die Mitglieder des Bewertungsausschusses und des Erweiterten Bewertungsausschusses auf, bei den zukünftigen Verhandlungen zum Orientierungswert die massiven Kostensteigerungen in allen Bereichen des Praxismanagements (Personal, Mieten, Energie, Beschaffung, Digitalisierung etc.) angemessen zu berücksichtigen. Es muss sichergestellt sein, dass die Kostensteigerungen adäquat abgebildet werden, um eine stabile Versorgung sicherzustellen.



Hierfür müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Verhandlungen des Orientierungswerts kritisch hinterfragt und Vorschläge entwickelt werden, wie künftig eine zielführende Verhandlung zur Berücksichtigung der Kostensteigerung in den Praxen gestaltet sein muss. Dabei müssen zusätzlich die Steigerungen bei der Vergütung der Arztleistungen berücksichtigt werden.

Begründung

Die abgeschlossenen Verhandlungen zum Orientierungswert zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband haben bereits jetzt zu erheblicher Besorgnis bei den Hausärztinnen und Hausärzten geführt. Die aktuellen Positionen und Verhandlungen haben nicht zu einem Ergebnis geführt, das die Kostensteigerungen in den hausärztlichen Praxen angemessen abbildet. Die flächendeckende Erosion der hausärztlichen Versorgung wird damit nicht gestoppt werden, sodass die flächendeckende Versorgung der Patientinnen und Patienten weiterhin gefährdet ist.

Die spezifischen Bedürfnisse der hausärztlichen Versorgung müssen in den zukünftigen Verhandlungen stärker in den Fokus rücken und der Orientierungswert entsprechend fair und angemessen festgelegt werden.

Die Erfahrungen der vergangenen Jahre zeigen, dass die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen ungeeignet sind, die real existierenden Kostensteigerungen in den Praxen angemessen zu berücksichtigen. Deshalb sind – insbesondere von der KBV – Vorschläge zu entwickeln, wie die Rahmenbedingungen der Verhandlungen zu verändern sind, um hier künftig angemessene Ergebnisse sicherzustellen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 3: Verhinderung neuer Doppelstrukturen in der Notfallreform zur Ressourcen-Schonung

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, im Rahmen der geplanten Notfallreform die Einführung neuer Doppelstrukturen zu vermeiden und stattdessen eine ressourcenschonende Gestaltung der Notfallversorgung sicherzustellen. Insbesondere der Aufbau eines 24/7-verfügbaren telemedizinischen Bereitschaftsdienstes sowie eines aufsuchenden Notdienstes, beides zu Zeiten, in denen hausärztliche Praxen regulär geöffnet sind, werden in aller Deutlichkeit abgelehnt. Benötigt wird stattdessen eine ressourcenschonende verbindliche Steuerung der Patientinnen und Patienten in die jeweils angemessene Versorgungsebene.

Begründung

Die geplante Notfallreform sieht die Einführung neuer Strukturen vor, wie beispielsweise einen 24/7 telemedizinischen Bereitschaftsdienst durch Ärztinnen und Ärzte, der parallel zum bestehenden Bereitschaftsdienst angeboten werden soll. Zusätzlich soll ein aufsuchender Notdienst im Dauerbetrieb (24/7) geschaffen werden. Diese Doppelstrukturen führen zu einer erheblichen Verschwendung von Personalressourcen und tragen nicht zur Verbesserung der Notfallversorgung bei. Stattdessen erhöhen sie die Belastung für das medizinische Personal und führen zu unnötigen Mehrkosten. Es ist völlig unklar, welche Hausärztinnen und Hausärzte für diese Aufgaben Zeit finden



sollen, da sie bereits mit der täglichen Arbeit in den hausärztlichen Praxen regelmäßig bis zur Belastungsgrenze und darüber hinaus tätig sind.

Ein solches System steht im Widerspruch zu dem Ziel, eine effiziente und patientenorientierte Notfallversorgung zu gewährleisten. Anstatt zusätzliche Parallelstrukturen zu schaffen, sollten eine verbindliche Patientensteuerung eingeführt, bestehende Ressourcen besser genutzt und der Bereitschaftsdienst optimiert werden. Es braucht eine engere Verzahnung und Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, um Überlappungen zu vermeiden und die Patientenströme effizient zu steuern. Zur Gewährleistung einer verbindlichen Steuerung, dürfen Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen und kein integriertes Notfallzentrum betreiben, keine Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten mit Notfällen sein (Walk-In-Patienten).

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 6: Regulierung und Schutz hausärztlicher Sitze zur Sicherung der Primärversorgung

Die Delegiertenversammlung fordert die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundes- wie auf Landesebene auf, Maßnahmen zu ergreifen, um sicherzustellen, dass hausärztliche Sitze ausschließlich von Ärztinnen und Ärzten besetzt werden, die eine umfassende hausärztliche Versorgung anbieten. Gegebenenfalls ist auch der Gesetzgeber gefordert, regulierende Maßnahmen zu ergreifen. Insgesamt muss sichergestellt werden, dass hausärztliche Sitze nicht für die Versorgung für Patientinnen und Patienten verloren gehen.

Begründung

Die hausärztliche Versorgung ist das Rückgrat des deutschen Gesundheitssystems und spielt eine entscheidende Rolle in der flächendeckenden und kontinuierlichen Betreuung der Bevölkerung. Es ist jedoch vermehrt zu beobachten, dass hausärztliche Sitze von Ärztinnen und Ärzten besetzt werden, die nicht die klassische hausärztliche Versorgung anbieten, sondern sich auf spezialisierte Leistungen beschränken. Dies führt zu einer schleichenden Erosion der hausärztlichen Versorgung und gefährdet die Gesundheitsversorgung in vielen Regionen. Diejenigen Hausärztinnen und Hausärzte, die eine vollumfängliche hausärztliche Versorgung anbieten, sind mit einem deutlichen Anstieg der Patientinnen und Patienten konfrontiert und einem großen Mehraufwand durch multimorbide Patientinnen und Patienten, die eine bedarfsgerechte Versorgung nur bei ihnen finden. Überdies führt die Inanspruchnahme von spezialisierten Ärztinnen und Ärzten, die rein formal an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, regelhaft zu Problemen bei der Umsetzung der HZV, da Patientinnen und Patienten unbewusst mehrere Hausärztinnen/Hausärzte aufsuchen.

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, ist es notwendig, dass die gemeinsame Selbstverwaltung klare Rahmenbedingungen schafft und soweit erforderlich kontrolliert, damit hausärztliche Sitze tatsächlich für die hausärztliche Primärversorgung genutzt werden. Dazu können die Zulassungsausschüsse strengere Maßstäbe ansetzen oder es müssen finanzielle Anreize geschaffen werden, hausärztliche Versorgungsaufträge vollumfänglich wahrzunehmen. Die HZV bildet schon heute beispielgebend ab, wie hausärztliche Versorgung zukunftsweisend definiert wird.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 21: Politik am Zug: Hausärztliche Versorgung und HZV in Parteiprogramme aufnehmen

Die DV fordert die demokratischen, politischen Parteien der Bundesrepublik auf, sich in ihren Parteiprogrammen eindeutig und konkret zu ihren Vorstellungen einer zukünftigen ambulanten hausärztlichen Versorgung und zur hausarztzentrierten Versorgung mit freiwilligem Primärarztsystem zu positionieren.

Begründung

Das Thema „Gesundheit“ steht für die Mehrheit der Deutschen an einer der obersten Stellen, derjenigen Themen, die sie bewegen. Eine gute Gesundheitsversorgung ist ein Demokratiestabilisierender Faktor. Dem gegenüber steht eine zunehmende Anzahl an nicht zu besetzenden hausärztlichen Sitzen. Um die ambulante hausärztliche Gesundheitsversorgung wenigstens auf dem heutigen Niveau zu halten, sind in den kommenden Jahren erhebliche Anstrengungen notwendig.

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband steht für einen Austausch zur Verfügung.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 23: Ablehnung der Durchführung von Point-of-Care-Tests (POC) durch Apotheker zur Wahrung der Patientensicherheit

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, die geplante Erweiterung der Befugnisse von Apothekern zur Durchführung von Point-of-Care-Tests (POC) zu stoppen. Die Durchführung solcher Tests muss im Sinne der Patientensicherheit Ärzten vorbehalten bleiben, um eine indikationsbezogene sichere und fachgerechte Anwendung und Interpretation der Testergebnisse zu gewährleisten.

Begründung

Point-of-Care-Tests (POC) erfordern medizinische Fachkenntnisse, um korrekte Indikationen, Diagnosen und Behandlungsentscheidungen zu treffen. Apotheker verfügen zwar über pharmazeutische Expertise, jedoch birgt der unqualifizierte Einsatz solcher Tests in Apotheken das Risiko von Fehldiagnosen und damit zu teurer unnötiger Ausschlussdiagnostik und führt ggf. zu Übertherapie und gefährlichen Nebenwirkungen. Zudem werden durch falsch positive Testungen unnötig Ängste ausgelöst. Die Patientensicherheit hat oberste Priorität, weshalb POC-Tests weiterhin unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden sollten. Nur Ärzte sind in der Lage, Testergebnisse im klinischen Kontext zu interpretieren und daraus fundierte Behandlungsentscheidungen abzuleiten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 27: Hausärztlicher Kompetenzerhalt: Die Zukunft der primärärztlichen Versorgung sichern!

Der Vorstand wird aufgefordert, das IHF zu bitten, auf der nächsten Delegiertenversammlung ein Fortbildungskonzept für den hausärztlichen Versorgungsbereich vorzulegen. Ein strukturiertes hausärztliches Fortbildungsangebot, das über verpflichtende Einzelthematiken hinaus (z. B. DMP-Fortbildungen) die ganze Bandbreite der hausärztlichen Tätigkeit abbildet, ist essenziell für die hausärztliche Handlungskompetenz und die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung.

Das IHF soll gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin ein spezifisches Kompetenzerhaltungsmodell entwickeln.

Dabei muss hausärztliche Fortbildung folgenden Grundsätzen entsprechen:

1. Sie muss der hausärztlichen Arbeitsmethodik entsprechen.
2. Sie muss sowohl aus der hausärztlichen als auch der Patientenperspektive erfolgen.
3. Sie muss dem Hausarzt und der Hausärztin ermöglichen, sich in der Breite des Faches kompetent zu halten (Update Formate).
4. Sie muss Fortbildungsbedarfe und -bedürfnisse befriedigen.
5. Sie muss Zeit- und Ressourceneffektiv sein.
6. Sie muss hinsichtlich von Interessen transparent und produktneutral sein.
7. Sie sollte so weit wie möglich evidenzbasiert sein.
8. Sie muss handlungsorientiert und umsetzbar sein.

Begründung

Der primärärztliche Bereich ist u.a. dadurch spezifisch, dass er verantwortlich für die gesamte Breite von Gesundheitsstörungen und Beratungsanlässen ist. Dementsprechend ist eine besondere Fortbildungsstruktur zum Kompetenzerhalt notwendig. Hierzu sind international drei Säulen beschrieben: Qualitätszirkel (Peergroup), Hospitationen, Wissenstransfer (klassische Fortbildungsveranstaltungen).

Dementsprechend ist eine eigene Struktur des hausärztlichen Kompetenzerhalts zu erwirken, die die Spezifika des Arbeitsbereiches und der Arbeitsmethodik berücksichtigt. Eine Fortsetzung der Koppelung von sog. Fortbildungspflichten an die DMPs muss perspektivisch hinterfragt und ggf. entsprechend ersetzt werden. Ergänzungen erfolgen mündlich.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



TOP 4. – Bericht aus den Foren des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes

Beschluss 14: Mehr Patientennähe und hausärztliche Versorgungsrealität in der Aus- und Weiterbildung

Die Bundesdelegiertenversammlung fordert die Bundesregierung, die Landesregierungen und die Medizinischen Fakultäten der Universitäten auf, in der Ausbildung der Medizinstudierenden einen höheren Bezug zur Versorgungsrealität und der Häufigkeit von Erkrankungen einzubringen. Gleiches gilt für die Kammern in Bezug auf die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung.

Dies kann durch vertiefte und integrierte verbindende Strukturen zwischen Studium einerseits und Weiterbildung andererseits sowie durch eine verpflichtende kooperierende Integration der Studien- und Weiterbildungsinhalte zwischen den Lehrstühlen für Allgemeinmedizin, den Lehrpraxen, den Weiterbildungsverbänden und den Kompetenzzentren geschehen.

Begründung

Die Umsetzung des Masterplan 2020 der Approbationsordnung ist entgegen allen Ankündigungen bislang nicht umgesetzt worden.

Die Ausbildung der Medizinstudierenden steht seit Jahren in der Kritik und bedarf einer grundlegenden Reform hin zu mehr Praxisnähe, mehr patientennaher und patientenorientierter Ausbildung mit klarer inhaltlicher Ausrichtung auf die Versorgungsrealität.

Der zunehmenden Ambulantisierung ist Rechnung zu tragen. Große Teile der Weiterbildungsinhalte sind heute nicht mehr im stationären Versorgungsbereich zu erwerben.

Die aktuelle, überalterte Form der Aus- und Weiterbildung wurde und wird nicht in ausreichendem Maße an eine sich vollständig verändernde Versorgungsrealität mit neuen, sich entwickelnden Versorgungsstrukturen wie Teampraxen, sektorenübergreifenden Vernetzungen, veränderten Versorgungsaufträgen und Bedarfen angepasst.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 29: Keine Verkürzung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Delegiertenversammlung fordert die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, im Sinne des Positionspapiers des Forum Weiterbildung zu „Weiterbildungszeiten für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner“ die Diskussionen über eine Verkürzung der Weiterbildungszeit in der Allgemeinmedizin zu beenden.



Begründung

Eine Reduktion der Weiterbildungszeit für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner würde mit einem Qualitätsverlust der Weiterbildung einhergehen und das Fach Allgemeinmedizin gegenüber anderen Fachgebieten abwerten.

Eine ausführliche Begründung ist im Positionspapier des Forum Weiterbildung zu „Weiterbildungszeiten für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizin“, das als Anlage beiliegt, dargestellt.

Zusammenfassung Positionspapier:

- Das Forum Weiterbildung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes spricht sich klar gegen die Reduktion der Weiterbildungszeit für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner aus.
- Die Weiterbildung Allgemeinmedizin würde bei einer Reduktion der Weiterbildungszeit gegenüber anderen Spezialisierungen abgewertet.
- Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels werden Fachärztinnen und Fachärzte gebraucht, die qualitativ hochwertig und breit weitergebildet wurden.
- Bereits vorhandene, strukturierte Weiterbildungsunterstützungen wie durch die Kompetenzzentren müssen fortgeführt bzw. ausgebaut werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



ANLAGE:

Positionspapier *Weiterbildungszeiten für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner* des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes

1 Einleitung

Bereits heute fehlen deutschlandweit 5000 Hausärztinnen und Hausärzte, bis ins Jahr 2035 könnten es nach einer im Auftrag der Robert Bosch Stiftung [vom IGES Institut erstellten Studie](#) 11.000 sein. Bei dieser Aussicht klingt es verlockend, schneller neue Hausärztinnen und Hausärzte zu gewinnen, in dem die Weiterbildungszeit auf drei Jahre reduziert wird.

Diese Stellschraube wird in der vom GKV-Spitzenverband beauftragten [Studie des IGES Instituts](#) zur „*Untersuchung zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin im internationalen Vergleich*“ diskutiert. Die Studie blickt dabei auf fünf europäische Nachbarländer Deutschlands: Belgien/Flandern, Frankreich, Niederlande, Österreich und Schweiz. Drei dieser fünf Länder hatten zum Zeitpunkt der Erstellung der Studie dreijährige Weiterbildungszeiten in der Allgemeinmedizin bei „nur wenigen Weiterbildungsabbrüchen durch die ÄiW und nur selten größere Überschreitungen der Weiterbildungszeit“. Es wird postuliert, dass „eine im Vergleich mit den übrigen Fachgebieten kürzere (Regel-)Weiterbildungsdauer in Verbindung mit einem curricular stark strukturierten Weiterbildungskonzept [...] einen weiteren zentralen Erfolgsfaktor der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in anderen Ländern“ darstellt.

Zudem verstärkt der beim 128. Deutschen Ärztetag in Mainz angenommene Antrag zu „*Eckpunkte zur Weiterentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018*“ (IIIc – 01) die Diskussion rund um die Weiterbildungszeiten, da als einer der Eckpunkte die „Kürzung von Weiterbildungszeiten“ genannt wird. Hier werden insbesondere die Ausrichtung an Weiterbildungszeiten entsprechend europäischen Richtlinien und damit auch die Vereinfachung von Anerkennungsprozessen als Motivatoren genannt.

[Wir als Forum Weiterbildung sprechen uns klar gegen eine Verkürzung der Weiterbildungszeit für Allgemeinmedizin aus und erläutern unsere Perspektive in diesem Positionspapier.](#)



2 Einordnung

Besonderheiten der allgemeinmedizinischen Weiterbildung

Die Attraktivität der Weiterbildung Allgemeinmedizin hat in den letzten Jahren durch verschiedene Maßnahmen bereits zugenommen: So ermöglicht die finanzielle Förderung insbesondere im ambulanten Bereich eine sichere Finanzierung von Stellen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW). Außerdem empfinden die ÄiW die Begleitung der Weiterbildung durch Kompetenzzentren mit Seminar- und Mentoringprogrammen als sinnvoll und drei von vier ÄiW geben [laut einer Studie](#) „einen positiven Einfluss auf ihre zukünftige Identität als Hausärzte“ durch die Kompetenzzentren an.

Zusätzlich sind die fehlenden bzw. reduzierten Dienstbelastungen im ambulanten Bereich und die Aussicht auf eine vielfältige, patientennahe Tätigkeit als Hausärztin und Hausarzt Motivatoren für das Fachgebiet Allgemeinmedizin.

Vergleich zu anderen Weiterbildungen

Die Allgemeinmedizin selbst ist akademisch betrachtet ein junges Fach und gesamtdeutsch gesehen eine relativ junge Weiterbildung. Auf europäischer Ebene wird noch dafür gekämpft, die Allgemeinmedizin als europäische Spezialisierung anzuerkennen, so wie es die *European Union of General Practitioners (UEMO)* und die *European Junior Doctors Association (EJD)* in der gemeinsamen [Murcia-Deklaration](#) 2023 fordern. Darin wird formuliert: „Durch die Wertschätzung und Unterstützung der Entwicklung der Allgemeinmedizin / Familienmedizin als eigenständige Disziplin, die anderen Fachgebieten gleichgestellt ist, werden wir die Allgemeinmedizin / Familienmedizin stärken, Gesundheitsoutcomes verbessern und das allgemeine Wohlergehen unserer Bevölkerungen fördern.“ [Somit sollte das Fach nun nicht gegenüber anderen Spezialisierungen abgewertet werden, indem die Allgemeinmedizin als eines der weniger Fachrichtungen nach kürzerer Weiterbildungszeit abgeschlossen werden kann.](#) Eine Verkürzung der Weiterbildungszeit hätte ebenfalls Auswirkungen auf Gehälter und Verdienstmöglichkeiten allgemeinmedizinischer Fachärztinnen und Fachärzte, wenn diese (mindestens) zwei Jahre weniger Weiterbildung absolvieren. Dies würde ebenfalls eine Betrachtung auf Augenhöhe mit anderen Spezialisierungen verhindern.

Gute hausärztliche Versorgung sichern

Gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels innerhalb der medizinischen Versorgungslandschaft und der damit reduzierten Verfügbarkeit von Terminen in gebietsärztlichen Praxen erscheint eine qualitativ hochwertige Weiterbildung zur Fachärztin / zum Facharzt für Allgemeinmedizin unerlässlich, um Patientinnen und Patienten bestmöglich zu versorgen. [Die Herausforderung der optimalen Versorgung eines unselektierten Kollektivs von Patientinnen und Patienten kann nur durch eine qualitativ hochwertige Weiterbildung Allgemeinmedizin mit breit gefächelter Expertise der Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin gewährleistet werden.](#)



Eine Verkürzung der Weiterbildungszeit würde hingegen aus unserer Sicht zu einem drastischen Qualitätsverlust der Weiterbildung und infolgedessen auch der medizinischen Versorgung nach sich ziehen.

3 Ausblick

Wir als *Forum Weiterbildung* setzen uns für eine hohe Qualität der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ein. Hierfür ist es neben dem Erhalt der bisherigen Weiterbildungszeiten wichtig, die Weiterbildung gut inhaltlich und organisatorisch zu strukturieren und ausreichend Unterstützungsangebote zu schaffen.

Die Kompetenzzentren sind bereits eine gute Unterstützung durch ihr strukturiertes und breit angelegtes Seminarprogramm und die Möglichkeit der Teilnahme an einem begleitenden Mentoringprogramm. Dieses Angebot gilt es fortzuführen und auszubauen.

Unterstützungsbedarfe sehen wir insbesondere in der Organisation der einzelnen Weiterbildungsstellen, da durch die Weiterbildungsordnungen häufigere Wechsel der Arbeitsstellen in der Weiterbildung Allgemeinmedizin notwendig sind. Bereits die [KarMed Kohortenstudie](#) stellte 2022 in Bezug auf die reale Dauer der Weiterbildung Allgemeinmedizin fest: "Nur 14% derjenigen Ärztinnen, die eine entsprechende Anerkennung anstrebten, hatten diese in den sechs Jahren auch erreicht. Die Verzögerung gegenüber der Mindestzeit hat sowohl mit der Elternschaft, aber auch mit der Unstrukturiertheit der Weiterbildung zu tun."

Aus unserer Sicht als *Forum Weiterbildung* sollte in Zukunft in Maßnahmen investiert werden, die die Weiterbildung stärker zu strukturieren, z. B. durch den bundesweiten Ausbau von Weiterbildungsverbänden. Dies würde Zeitverluste durch die Suche nach Nachfolgestellen während der Weiterbildung reduzieren.

4 Zusammenfassung

- Das *Forum Weiterbildung* des *Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes* spricht sich klar gegen die Reduktion der Weiterbildungszeit für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner aus.
- Die Weiterbildung Allgemeinmedizin würde bei einer Reduktion der Weiterbildungszeit gegenüber anderen Spezialisierungen abgewertet.
- Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels werden Fachärztinnen und Fachärzte gebraucht, die qualitativ hochwertig und breit weitergebildet wurden.
- Bereits vorhandene, strukturierte Weiterbildungsunterstützungen wie durch die Kompetenzzentren müssen fortgeführt bzw. ausgebaut werden.



TOP 6. – Digitalisierung

Beschluss 9: Sicherstellung eines erfolgreichen Starts der elektronischen Patientenakte (ePA) im Jahr 2025

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber und die zuständigen Institutionen auf, alle notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um sicherzustellen, dass die elektronische Patientenakte (ePA) bis zum geplanten flächendeckenden Starttermin am 15. Februar 2025, voll funktionsfähig und sinnvoll nutzbar ist. Dabei müssen folgende Punkte besonders berücksichtigt werden:

- Es muss sichergestellt sein, dass alle Bürgerinnen und Bürger ausreichend über die Funktionsweise und die Vor- und Nachteile der ePA informiert werden. Nur durch eine umfassende Aufklärung können Akzeptanz und Nutzung der ePA gefördert werden. Die hausärztlichen Praxen werden zeitlich nicht in der Lage sein, Patientinnen und Patienten mitten in der Infektsaison über die ePA zu informieren und es ist auch in keiner Weise ihre Aufgabe.
Überdies müssen die Inhalte ebenso wie die damit verbundenen Einschränkungen der Medikationsliste gegenüber den Patientinnen und Patienten aber auch den Ärztinnen und Ärzten kommuniziert werden.
- Die ePA muss technisch so ausgereift sein, dass sie im Praxisalltag bestehen kann, dazu müssen beispielsweise schnelle und zuverlässige Zugriffszeiten gewährleistet sein und sie muss eine Volltextsuche enthalten. Bis die Volltextsuche vollständig nutzbar ist, muss gewährleistet sein, dass die Metadatenfelder der hochzuladenden PDF/A-Dokumente in den PVS-Systemen einfach, automatisch und eindeutig ausgefüllt werden können.
Darüber hinaus muss die ePA in alle Praxisverwaltungssysteme (PVS) nahtlos integriert werden, um einen reibungslosen Praxisbetrieb zu ermöglichen und die Nutzbarkeit im Versorgungsalltag zu gewährleisten.
- Die Nutzung (Befüllung, Auswertung etc.) der ePA muss für alle beteiligten Leistungserbringenden angemessen honoriert werden. Wenn nicht alle Leistungserbringenden die ePA nutzen, wird die Relevanz für die Versorgung deutlich geringer sein.
- Die ePA muss strukturierte Daten enthalten, die für die tägliche Versorgung relevant sind, wie etwa Medikationsmanagement und Laborbefunde. Unstrukturierte Datenformate (z. B. PDF-Dateien), sind in ihrer derzeitigen Form nicht ausreichend nutzbar und sollten so zeitnah wie möglich durch standardisierte, strukturierte Daten ergänzt bzw. ersetzt werden.
- Spätestens zum Start der Funktionalität des elektronischen Medikationsplans (eMP) in der ePA, ab Mitte 2025, müssen die Prozesse und Verantwortlichkeiten rund um das Medikationsmanagement (also die Interaktion von elektronischer Medikationsliste und elektronischem Medikationsplan) eindeutig geklärt sein. Wer hat darauf Zugriff? Wer darf welche Einträge verändern? Wer ist zu informieren? etc. Die nahtlose und automatische Synchronisation des Medikationsplans im PVS und der ePA muss dabei gewährleistet sein.



Begründung

Die ePA bietet das Potenzial, die medizinische Versorgung in Deutschland erheblich zu verbessern, indem sie den Austausch und eine lückenlose Dokumentation von Gesundheitsdaten erleichtert. Um dieses Potenzial auszuschöpfen, müssen jedoch die genannten Herausforderungen überwunden werden. Ein erfolgreicher Start der ePA im Jahr 2025 ist nur möglich, wenn die technischen, inhaltlichen und organisatorischen Voraussetzungen rechtzeitig geschaffen werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 10: Förderung der Nutzung strukturierter Daten in der elektronischen Patientenakte (ePA)

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, zeitnah geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die in der elektronischen Patientenakte (ePA) vorhandenen unstrukturierten Daten automatisiert in strukturierte Formate zu überführen.

Begründung

Die elektronische Patientenakte (ePA) stellt einen wichtigen Fortschritt in der Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems dar. Allerdings wird ihr Potenzial erheblich eingeschränkt durch die derzeit vorherrschende Praxis, Gesundheitsdaten häufig in unstrukturierten Formaten wie PDF/A-Dokumenten zu speichern. Diese weitestgehend unstrukturierten Daten erschweren den schnellen Zugriff und die effiziente Nutzung der Informationen durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, was zu Verzögerungen in der Behandlung und einer erhöhten Arbeitsbelastung führt. Die derzeit verfügbaren Metadaten von PDF/A-Dokumenten in der ePA reichen bei Weitem nicht aus, um eine praktische Nutzung der ePA-Daten im Versorgungsalltag zu ermöglichen.

Strukturierte Daten ermöglichen hingegen eine automatisierte Verarbeitung, schnellere Zugriffszeiten und eine präzisere Auswertung, was die Qualität der medizinischen Versorgung signifikant verbessern kann. Sie erlauben es, wichtige Informationen wie Medikationspläne, Laborbefunde oder Anamnesedaten schnell und zuverlässig zu erfassen und weiterzuverarbeiten.

Es existieren bereits fortschrittliche Softwarelösungen, die in der Lage sind, unstrukturierte Daten automatisiert in strukturierte Formate zu überführen. Diese Lösungen müssen gezielt gefördert und in die ePA integriert werden, um den Nutzen der ePA für Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzte zu maximieren. Der Gesetzgeber ist gefordert, die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen, die diese Weiterentwicklung der ePA ermöglichen.

Nur durch die konsequente Nutzung strukturierter Daten kann die ePA ihr volles Potenzial entfalten und zu einem unverzichtbaren Werkzeug im Alltag der medizinischen Versorgung werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 11: Digitalisierung möglichst aller Standardprozesse und Verträge in der Telematikinfrastruktur (TI) schnell umsetzen

Die Delegiertenversammlung fordert die gematik und die Selbstverwaltung auf, alle relevanten Standardprozesse zu digitalisieren und in der Telematikinfrastruktur (TI) abzubilden. Dazu gehören u. a.:

- Alle Verordnungen von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln sowie sonstigen Leistungen
- Krankenhauseinweisungen
- Kommunikation mit Sonstigen Kostenträgern
- Kommunikation mit öffentlichen Behörden
- Formfreie Anfragen der Krankenkassen
- Konsile
- etc.

Weiterhin sind nur einige wenige Prozesse im deutschen Gesundheitswesen digitalisiert und dann oft auch nur teilweise. Damit die Digitalisierung ihr volles Potential entfalten kann, müssen aber möglichst alle Prozesse vollständig digitalisiert werden. Es muss gewährleistet sein, dass die oben genannten Prozesse reibungslos und standardisiert innerhalb der TI ablaufen können, um die Effizienz der medizinischen Versorgung zu erhöhen und die digitale Vernetzung im Gesundheitswesen zu fördern. Zwingende Voraussetzung dafür ist eine stabile und ausfallsichere TI und eine ausreichend schnelle Anbindung aller Praxen.

Begründung

Die Telematikinfrastruktur (TI) ist die zentrale Plattform für die digitale Vernetzung im deutschen Gesundheitswesen. Allerdings sind viele Prozesse, die in der medizinischen Versorgung von zentraler Bedeutung sind, noch nicht vollständig digitalisiert und innerhalb der TI abgebildet. Dies führt zu Medienbrüchen und ineffizienten Arbeitsabläufen, die nicht nur die Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigen, sondern auch zu erhöhtem bürokratischem Aufwand führen.

Um die Potenziale der Digitalisierung voll auszuschöpfen, müssen alle wesentlichen Standardprozesse vollständig digitalisiert und direkt über die TI abgewickelt werden können.

Die gematik und die Selbstverwaltung sind aufgefordert, die notwendigen technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit alle relevanten Prozesse in der TI standardisiert und effizient abgebildet werden können. Dies würde nicht nur die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen erleichtern, sondern auch die Digitalisierung entscheidend vorantreiben.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 12: Verzicht auf Sanktionen für niedergelassene Praxen in der Telematikinfrastruktur (TI)

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, die bestehenden Sanktionen gegen niedergelassene Praxen im Rahmen der Telematikinfrastruktur (TI) abzuschaffen. Solange v. a. die technischen Dienstleister, die Krankenhäuser und der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) nicht in die Lage versetzt werden, grundlegende Anforderungen wie die Integration von KIM (Kommunikation im Medizinwesen) oder die Implementierung der elektronischen Patientenakte (ePA) umzusetzen, ist es völlig widersinnig, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu sanktionieren.

Begründung

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens durch die Telematikinfrastruktur (TI) stellt eine immense Herausforderung für alle Beteiligten dar. Niedergelassene Praxen sind dabei besonders betroffen, da sie oft unter erheblichem Druck stehen, Vorgaben wie die Integration von KIM und die Nutzung der ePA in ihre täglichen Abläufe zu integrieren. Derzeit werden jedoch Sanktionen gegen niedergelassene Praxen verhängt, obgleich insbesondere Krankenhäuser und der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) nicht in der Lage sind, diese Anforderungen vollständig umzusetzen.

Die Sanktionierung gefährdet nicht nur die Akzeptanz der TI, sondern behindert auch den Fortschritt der digitalen Vernetzung. Solange Krankenhäuser und der ÖGD technisch und organisatorisch nicht auf einem vergleichbaren Stand sind, sollte der Gesetzgeber von Sanktionen gegenüber niedergelassenen Praxen absehen. Ziel muss es sein, alle Akteure gleichermaßen zu befähigen und die notwendige Infrastruktur bereitzustellen, um die Digitalisierung erfolgreich voranzutreiben.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 13: PVS-Systeme müssen funktionieren

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, die Regulierung und Sanktionierung der PVS- Hersteller, wie im Digitale-Agentur-Gesetz geplant, zeitnah umzusetzen. Die PVS-Systeme sind der Schlüssel zu einer erfolgreichen Digitalisierung in den Praxen und müssen im Wettbewerb gute digitale, nutzerorientierte Lösungen für die hausärztlichen Praxen entwickeln. Dazu müssen offene Schnittstellen innerhalb der PVS zu anderen Programmen und Systemen geschaffen und es muss auch der Wechsel zwischen PVS-Systemen deutlicher vereinfacht werden.

Begründung

Die PVS sind das Herzstück einer digitalen Praxis, wenn sie nicht funktionieren, bestimmte Services nicht anbieten, bestimmte Daten nicht verarbeiten etc. kollabieren in kürzester Zeit die Prozesse in den Praxen. In der Vergangenheit wurden allerdings viel zu oft die Ärztinnen und Ärzte für die Unzulänglichkeiten und mangelnden Funktionalitäten ihrer PVS verantwortlich gemacht und im schlimmsten Fall sogar sanktioniert. Es bedarf deshalb direkter Sanktionsmöglichkeiten gegenüber der PVS, wenn diese z. B. die Vorgaben der gematik nicht erfüllen.



Damit es einen echten Wettbewerb um bessere technische Lösungen geben kann, müssen die PVS einem Wettbewerb ausgesetzt werden. Voraussetzung dafür ist der problemlose und kostengünstige Wechsel zwischen unterschiedlichen PVS. PVS müssen deshalb verpflichtet werden, den Wechsel der Systeme technisch und operativ zu ermöglichen und aktiv und serviceorientiert zu unterstützen.

Um auch bei anderen technischen Anwendungen, die i. d. R. mit dem PVS verknüpft sind, einen Wettbewerb zu ermöglichen, müssen die PVS verbindlich offene und einheitliche Schnittstellen etablieren, auf die unterschiedliche Dienstleister ungehindert zugreifen können. Der Schlüssel zur erfolgreichen Digitalisierung der Versorgung liegt in guten, serviceorientierten PVS, die die Vorteile der Digitalisierung für ihre Nutzerinnen und Nutzer erlebbar machen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 30: ePA – Handout für die praktische Umsetzung der ePA

Der geschäftsführende Bundesvorstand wird aufgefordert, ein Handout für die praktische Umsetzung der ePA den Mitgliedern des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes bis spätestens zum Zeitpunkt der verpflichtenden Umsetzung der ePA zur Verfügung zu stellen.

Ein zu erstellendes Handout sollte zum Beispiel auf folgende Punkte eingehen, um den personellen und zeitlichen Aufwand in der Praxis zu minimieren:

1. Rechtsichere Datenschutzerklärung Praxis – Patientinnen und Patienten
2. Widerspruchslösung Patientinnen und Patienten – ePA
3. Widerspruchslösung Patientinnen und Patienten - Datenübermittlung Praxis in ePA
4. Aufklärungsmaterialien für die Praxis
 - a. Genetische Untersuchungen / Einwilligung oder Ablehnung durch Patientinnen und Patienten
 - b. Dokumentationspflicht der Arztpraxis / bildgebende Untersuchungen, chirurgische Eingriffe
 - c. Zugriffsrechte der Praxis und Möglichkeiten der Einschränkung / Ausweitung

Begründung

Die Einführung der ePA birgt für sämtliche Kolleginnen und Kollegen ein erhebliches juristisches Risiko. Datenschutzerklärungen müssen aktualisiert und Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zum Widerspruch eingeräumt werden. Dabei sollte der Verband auch konkret und praktisch unterstützen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 18: Schutz der hausärztlichen Versorgung vor negativen Auswirkungen durch Telemedizinanbieter

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber und die Krankenkassen auf, sicherzustellen, dass das Geschäftsmodell von Telemedizinanbietern – insbesondere die ausschließliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit leichten Erkrankungen - nicht zu Lasten der hausärztlichen Versorgung geht. Es muss gewährleistet sein, dass die Vergütungssysteme fair und transparent sind sowie die tatsächlichen Aufwendungen abbilden. Die hausärztliche Versorgung darf nicht durch überhöhte Honorierungen im Bereich der Telemedizin benachteiligt werden.

Begründung

Die Telemedizin hat zweifellos Potenzial, den Zugang zur medizinischen Versorgung zu erweitern. Jedoch dürfen Geschäftsmodelle nicht dazu führen, dass wesentliche Bestandteile der Primärversorgung, wie die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit leichten Erkrankungen und das Ausstellen von elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU), ohne angemessene Begutachtung und im Interesse von Profitmaximierung erfolgen. Es ist problematisch, dass einige Anbieter im Rahmen von Selektivverträgen hohe Honorierungen für solche Dienstleistungen vereinbaren, während Hausärzte, die eine umfassende Betreuung und Begutachtung der Patienten bieten, benachteiligt werden.

Diese Entwicklung birgt das Risiko einer schleichenden Verdrängung der traditionellen hausärztlichen Versorgung zugunsten profitgetriebener Telemedizinmodelle, die weder die Kontinuität der Patientenversorgung noch die gründliche ärztliche Begutachtung sicherstellen. Hinzu kommt, dass eine Anbindung der Patientinnen und Patienten an eine wohnortnahe, physisch präsente Hausarztpraxis fehlt, wenn die rein telemedizinische Versorgung nicht ausreicht. In diesen Fällen stellt sich die Frage, wer letztlich für die Versorgung der Patientinnen und Patienten eintritt, wenn die Telemedizin ihre Grenzen erreicht. Ohne die Sicherstellung eines Netzwerks an lokal verfügbaren Praxen, die in solchen Situationen einspringen können, wird die lückenlose Versorgung der Bevölkerung gefährdet.

Um das Vertrauen in die ärztliche Versorgung zu bewahren und die Qualität der Patientenbetreuung zu sichern, muss der Gesetzgeber eingreifen und dafür sorgen, dass Telemedizinangebote sinnvoll und verantwortungsvoll in das Versorgungssystem integriert werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 32: Anschluss weiterer Institutionen an KIM und Versand strukturierter Daten

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, sicherzustellen, dass zeitnah alle Krankenhäuser und Gebietsarztpraxen mit geeigneten KIM-Zugängen ausgestattet werden.

Weiterhin fordern wir den strukturierten Entlass- bzw. Arztbrief aus diesen Institutionen.



Begründung

Aktuell ist einer der größten Brüche in der Informationsübermittlung am Übergang Krankenhaus / gebietsärztliche Praxis zu hausärztlichen Praxen. Zukünftig sinnvolle Datenverarbeitung gelingt nur mit digital übertragenen strukturierten Daten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



TOP 7. – Weiterentwicklung des Studiums Primary Care Management

Beschluss 5: Förderung von qualifizierten, akademisierten Gesundheitsfachberufen zur Entlastung der hausärztlichen Praxisteams durch Krankenkassen und Politik

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber und die Krankenkassen auf, die Etablierung von qualifizierten, akademisierten Gesundheitsfachberufen zur Entlastung der hausärztlichen Praxisteams – beispielhaft umgesetzt im Studium Primary Care Management (PCM) - aktiv zu fördern und die Einführung sowie die Weiterentwicklung entsprechender Programme und Studiengänge zu unterstützen. Ebenso muss der Einsatz solcher qualifizierten akademischen Gesundheitsfachberufe in den hausärztlichen Praxen im Rahmen eines Zuschlags abgebildet und entsprechend vergütet werden.

Begründung

Die Einführung von qualifizierten, akademisierten Gesundheitsfachberufen zur Entlastung der hausärztlichen Praxen, z. B. über das Studium zum PCM, ist ein zentraler Baustein zur Stärkung der primärärztlichen Versorgung und trägt durch die damit einhergehende Delegation von Aufgaben wesentlich zur langfristigen Stabilisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland bei.

Das PCM-Studium ist ein innovativer Ansatz zur Verbesserung der primärärztlichen Versorgung, der auf eine strukturierte Koordination und Optimierung der Patientenbetreuung abzielt. Dies fördert die Integration verschiedener Gesundheitsberufe und stärkt die Zusammenarbeit innerhalb interdisziplinärer Teams, wodurch die Effizienz und die Qualität der Versorgung gesteigert werden. In spezialisierten Studiengängen und Ausbildungsprogrammen müssen weiterhin Fachkräfte ausgebildet werden, die eine zentrale Rolle in der Koordination und im Management der Primärversorgung übernehmen können.

Die Einführung und das Fördern von qualifizierten, akademisierten Gesundheitsfachberufen zur Entlastung der hausärztlichen Praxisteams ist ein wesentlicher Baustein, um den Herausforderungen des Fachkräftemangels, des demografischen Wandels und der zunehmenden Komplexität der Gesundheitsversorgung gerecht zu werden. Sie trägt dazu bei, die Arbeitsbelastung der Hausärztinnen und Hausärzte zu verringern, die Versorgungsprozesse zu verbessern und die Patientenbetreuung zu optimieren.

Hierfür ist eine aktive Unterstützung durch die Politik und die Krankenkassen notwendig. Dies umfasst die finanzielle Förderung, die attraktive Anreize für Praxen schaffen, ihre Mitarbeitenden entsprechend zu qualifizieren, sowie die Entwicklung von Rahmenbedingungen, die einen erfolgreichen Einsatz solcher Fachkräfte in den hausärztlichen Praxen ermöglichen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



TOP 8. – Anträge zu anderen Themen und Verschiedenes

Beschluss 15: Einbinden der Hausärzte in die Hybrid-DRG

Die Bundesdelegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber und den Bewertungsausschuss auf, für die Nachbehandlung von durchgeführten Therapien im Rahmen der Hybrid-DRGs die Schnittstelle zur hausärztlichen Nachbetreuung verbindlich zu regeln, damit die aktuelle Leistungsverschiebung über den § 115b SGB V nicht stattfinden kann.

Die Abrechnung dieser Leistungen ist auch im Rahmen der HZV zu ermöglichen.

Begründung

Seit Einführung der Hybrid-DRGs kommt es zu vermehrten Nachbehandlungen in den hausärztlichen Praxen nach ambulant durchgeführten Operationen. Diese fachärztlichen ambulanten Operationen werden von diesen gegenüber den Kostenträgern über die Regelungen der Hybrid-DRGs abgerechnet.

Die Nachbehandlung wird aber für Hausärzte regelhaft über den § 115 b SGB V - postoperative Nachbehandlung - abgerechnet und in das Budget eingerechnet. Hierdurch werden Leistungen, die bereits in den Hybrid-DRGs enthalten sind, in die hausärztliche Versorgung ohne Finanzausgleich überführt. Nur in wenigen Fällen wird eine Nachbehandlung entsprechend den Vorgaben des Regelwerkes zu den Hybrid-DRGs beauftragt.

Außerdem muss auch HZV-teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten eine Abrechnungsmöglichkeit im Rahmen der Hybrid-DRGs eröffnet werden, wenn diese die postoperative Behandlung übernehmen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 16: Abstimmung zur Diskussion und Vertiefung des Sachstandes zum legalen Schwangerschaftsabbruch und der geplanten Liberalisierung, wie sie vom Expertenrat der Bundesregierung empfohlen wurde

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordert den Bundesvorstand auf, eine verbändeübergreifende Abstimmung zur Vorbereitung des 129. Deutschen Ärztetages 2025 zum Sachstand des legalen Schwangerschaftsabbruchs und der geplanten Liberalisierung, wie sie vom Expertenrat der Bundesregierung empfohlen wurde, zu organisieren und durchzuführen.

Begründung

Aufsetzend auf den Beschluss der Bundesdelegiertenversammlung im Frühjahr 2023: „Der Deutsche Hausärzterverband begrüßt die Intention der Ampel-Koalition, eine mögliche Streichung der §§ 218 ff. im Strafgesetzbuch zu prüfen und die Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuches festzulegen.“ sowie den Beschluss nach kontroverser Diskussion des 128. DÄT in Mainz 2024, den Gestaltungsrahmen der Beratung und die Wartefrist vor einem



geplanten Schwangerschaftsabbruch beim kommenden 129. DÄT 2025 in Leipzig breit zu beraten, sollte sich der Hausärztinnen- und Hausärzteverband im Vorfeld des kommenden DÄT eine fundierte Entscheidungsgrundlage und ein Meinungsbild schaffen.

Um die berufsethischen und gesellschaftlichen Folgen der unterschiedlichen Möglichkeiten einer neuen Jurisdiktion zu beleuchten, erscheint eine Abstimmung mit Anhörung entsprechender Expertinnen und Experten ein geeigneter Weg zu sein.

Eine verbändeübergreifende Abstimmung im Vorfeld ermöglicht es, unsere hausärztliche Position mehrheitsfähig zu machen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 22: Einfache Meldemöglichkeiten an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bei Arzneimittelengpässen durch Apotheken

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und das BMG werden aufgefordert, eine einfache Meldemöglichkeit für Apotheken zu schaffen, wenn ein verschriebenes Medikament nicht lieferbar ist.

Begründung

Die kontinuierlichen Lieferengpässe gefährden die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Es steht zu befürchten, dass es in der Zukunft vermehrt zu schwereren Krankheitsverläufen kommen wird, da Medikamente nicht lieferbar sind.

Wie groß der Mangel an Medikamenten wirklich ist, kann dem BfArM gar nicht bewusst sein, weil durch zeitintensives Suchen nach Alternativen durch Ärzte und Apothekerschaft der Mangel kompensiert wird.

Durch eine Meldung in Echtzeit ist es dem BfArM und dem BMG schneller möglich Mängel zu erkennen und besondere Maßnahmen zu ergreifen, um die Medikamentenversorgung sicherzustellen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 19: Nachhaltige Medizin: Reduktion von Plastik und Einmalartikeln

Die Bundesdelegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordert Hersteller und die Industrie auf, auf die Herstellung und Verwendung von Einmalartikeln zu verzichten und auf wiederverwertbare Produkte umzustellen, wo immer dies möglich und sinnvoll ist. Dort, wo dies nicht möglich ist, ist der Anteil an Kunststoffen auf ein absolut notwendiges Minimum zu reduzieren.



Der Einsatz von Kunststoffen aus nichtfossilen Rohstoffen wird gefordert und forciert. Ressourcenschonende Verwendung wiederverwendbarer oder recyclingfähiger Materialien dienen Nachhaltigkeit und Klimaschutz.

Begründung

Die Belastung der Umwelt durch Plastikmüll und Mikroplastik ist unübersehbar. Die Analyse zu den nationalen Gesundheitssystemen nach Green House Gas Protocol, auf die sich auch die BÄK bezieht, erschien bei „Healthcare without Harm“. 71% der mit unserem Gesundheitssystem verbundenen Emissionen entstehen aus dem direkten Betrieb der Einrichtung und Emissionen aller bezogenen Güter und Dienstleistungen inkl. Produktion und Transport. Der Anteil von Einmal-Kunststoff-Produkten liegt dabei bei 8%. Sie sind einer Behandlung also eher vor- und nachgelagert.

Treibhausgase entstehen in dieser Produktions- und Lieferkette an vielen Punkten: angefangen beim Raffinieren von Erdöl, das dann zur Plastikherstellung weiterverwendet wird.

Besonders stark wirken sich an dieser Stelle auch Einwegartikel aus, die häufig in Asien hergestellt werden – was weite Transportwege zur Folge hat. Diese können die Emissionen eines Produktes gerne mal vervielfachen. Allein die Gesundheitsindustrie hat 2023 weltweit ca. 11 Millionen Tonnen Plastik verarbeitet.

In Deutschland wird der therapie-assoziierte Abfall, der bei einer notwendigen Insulinbehandlung eines Diabetes mellitus entsteht, auf mehr als 1,2 Milliarden Teile (Pens, Insulinpatronen, Lanzetten, Nadeln, Sensoren, Katheter u.a.) pro Jahr geschätzt. Der Trend zu immer mehr Plastikmüll und Verwendung von Einmalartikeln ist in der Medizin unübersehbar und muss im Sinne einer nachhaltigen Medizin dringend auf die unvermeidliche Notwendige reduziert werden.

Besonders wichtig ist, dass mit Emissionen und Abfällen verbundene diagnostische und therapeutische Prozeduren (low value) ohne Nutzen für Patientinnen und Patienten einen nicht geringen Anteil haben. Dieser wird auf bis zu 40% geschätzt und folgt "emotionalen, kognitiven und ökonomischen Interessen" von Anbietern (KARDIO-Studie des gBA) und sind weder evidenzbasiert noch leitlinienkonform.

In diesem Zusammenhang spielen koordinierende Hausärztinnen und Hausärzte eine wichtige Rolle: Vermeidung von Überversorgung.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 24: Planetare Gesundheit und Nachhaltigkeit als Hausärztlicher Auftrag

Die europäische Sektion der Weltorganisation der Haus- und Familienärztinnen und -ärzte (WONCA) hat ihre Definition zum Selbstverständnis der Hausärztinnen und Hausärzte um den Aspekt des Schutzes der planetaren Gesundheit und Nachhaltigkeit erweitert. Der Geschäftsführende Vorstand wird beauftragt, die AG Klima und Gesundheit zu bitten, in Zusammenarbeit mit der DEGAM die WONCA-Definition mit den eigenen Positionspapieren abzugleichen, um gegebenenfalls eine entsprechende Beschlussfassung für die nächste Delegiertenversammlung vorzubereiten.



Begründung

Quelle: <https://www.woncaeurope.org/kb/european-definition-gp-fm-2023>

Hausärztinnen und Hausärzte setzen sich in der neuen Definition nach WONCA mit gesundheitlichen Fragestellungen und Erkrankungen in ihrer physischen, psychologischen, sozialen, kulturellen, umweltbezogenen und existenziellen Dimension auseinander und können im Wissen um Zusammenhänge wirkungsvolle patientenzentrierte Interventionen entwickeln, welche sowohl gesundheitliche Benefits haben als auch Umweltauswirkungen reduzieren. Ernährung und aktive Fortbewegung spielen hinsichtlich der Gesundheit der Einzelnen und der Bevölkerung eine große Rolle und beinhalten bei notwendigen Veränderungen eine bis zu 25-prozentige Senkung vorzeitiger Todesfälle im Bereich der Primär- und Sekundärprävention und umfassen Sektoren, die für fast 50 Prozent der Emissionen verantwortlich sind.

Damit kann die Hausärzteschaft eine wesentliche präventive Rolle übernehmen in Kooperation mit Krankenkassen sowie anderen Institutionen und Berufsgruppen.

Die Betreuung akuter Erkrankungen, Erkennung von Risiken und die multimodale hausärztliche Herangehensweise und Lösungskompetenz unter Erfassung der jeweiligen Kontextfaktoren haben mit den Kernkompetenzen und Charakteristika einen unschätzbaren Stellenwert in der gesundheitlichen wohnortnahen Versorgung und können hinsichtlich der Bedeutung auch im Kontext der Klima-Krise durch keine andere Institution im Gesundheitswesen ersetzt werden.

Das **Bewusstsein und die Ausbildung der Kernkompetenzen und Charakteristika** unserer Tätigkeit und die damit zusammenhängende Lösungskompetenz **stärkt gleichzeitig die Hausärzteschaft** im Gesundheitswesen und bezeichnet jenseits des SGB V ihre starke Rolle in Verbindung mit den Patientensituationen.

Die treibenden Veränderungen im Klima-System unseres Planeten sind eindeutig identifiziert durch weiterhin steigende Treibhausgasemissionen, veränderte Landnutzung, die industriellen Ernährungssysteme, Verfeuerung fossiler Brennstoffe und Abfallströme. Dieses führt zu einem deutlichen Anstieg nicht-übertragbarer Erkrankungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Lungenerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, psychischen Erkrankungen und Traumatisierungen. Soziale Ungleichheiten in der Verteilung der Risiken und materieller Auswirkungen mit unterschiedlicher regionaler Verteilung sind hinsichtlich der Folgen insbesondere für vulnerable Gruppen ausgeprägt. Die Starkregenereignisse als Katastrophen haben sich hinsichtlich der Ausdehnung und lebensgefährlichen Strömungsprofilen seit 2014 vervielfacht mit großen Verlusten und psychischen Traumatisierungen. Bei Hitzewellen führt Deutschland zusammen mit Frankreich hinsichtlich der Opferzahlen in Europa. Das Institut PROGNOSE hat für den Zeitraum 2000 bis 2021 in einer systematischen Analyse die Folgekosten von Extremwetterereignissen in Deutschland mit 145 Mrd. € beziffert. Die psychischen Folgen von Sturzfluten und Flutkatastrophen führen in den betroffenen Gebieten bei 25 Prozent der Betroffenen zu posttraumatischen Störungen und anhaltenden Belastungsreaktionen mit Auswirkungen auf somatische Erkrankungen. Der volkswirtschaftliche Verlust wurde für die Jahre 2018 und 2019 von 4 bis 9,5 Mio. € durch Krankenhauskosten und von 0,6 bis 1,4 Mio. € durch verlorene Arbeitsleistung für jeden Hitzetag in Deutschland ermittelt. Wendet man diese Kostensätze auf die Anzahl der Hitzetage 2018 bzw. 2019 an (20,4 bzw. 17), so ergeben sich Kosten zwischen 195 und 462 Mio. €. In den Projektionen des Weltklimarates in den jüngsten Assessment-Reports 2022/2023 werden die



Extremwetterereignisse bis 2050 deutlich zunehmen und darüber hinaus werden in Abhängigkeit von den Emissionsentwicklungen und dem Anstieg der globalen Erdtemperatur lebensunterhaltende natürliche Erdsysteme bei Überschreiten von Kipp- Punkten instabil. In der Folge schrumpft die „humane Nische“ für die Menschheit enorm: Lebensräume, Agrarproduktion und Lebensräume im Rahmen völlig veränderter Klima- und Wetterbedingungen, ausgetrockneten Weltregionen und untergegangenen Küstenregionen. Jedes Zehntel Grad zählt hinsichtlich der Auswirkungen. Hinsichtlich der Zielsetzung von gesunden Menschen auf einem gesunden Planeten können Hausärztinnen und Hausärzte mit ihren Kompetenzen und Charakterisierungen mit ihren Teams sowohl im Bereich der Anpassung als auch der Mitigation („Klimaschutz“) wichtige Funktionen im Gesundheitswesen und der Zivilgesellschaft übernehmen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 25: Planetare Gesundheit und Nachhaltigkeit in unseren Leitlinien

Die Hausärztinnen und Hausärzte befürworten die Integration von Nachhaltigkeit und Umweltschutz in den nationalen Versorgungsleitlinien, insbesondere durch Ausweitung von Prävention, Aufklärung von Co-Benefits sowie Vermeidung von Überversorgung.

Begründung

Leitlinien nutzen wir Hausärztinnen und Hausärzte täglich im Praxisgebrauch und nutzen diese teilweise auch als Begründung für unsere medizinischen Entscheidungen.

Wir möchten „Planetary Health“ in Leitlinien verankern, um unsere klimabewussten Entscheidungen zu stärken. Perspektivisch wäre es wünschenswert, dass alle AWMF-Leitlinien die Planetary Health-Dimension berücksichtigen.

Ende Dezember 2023 wurde in der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität ein Artikel publiziert, der als Gemeinschaftsprojekt der DEGAM-Sektionen Klimawandel und Gesundheit sowie Leitlinien und Qualitätsförderung entstanden ist. Auch die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUAG) war beteiligt.

Der Artikel bildet die Ergebnisse eines multidisziplinär besetzten Workshops bei der Konferenz des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin ab, bei dem in einem Workshop zentrale Dimensionen von Planetary Health in der Leitlinienarbeit diskutiert wurden. Im Artikel wird dargestellt, dass zunächst die Dimensionen Umweltauswirkungen, Prävention und Co-Benefits sowie Vermeidung von Überversorgung in Leitlinien aufgenommen werden sollten. Die Überarbeitung von Leitlinien-Regelwerken und der Einbezug relevanter klimabezogener Endpunkte in klinische Studien (z. B. CO₂-Äquivalente) wurden als wichtige Voraussetzungen genannt.

Quelle: Open-Access-Artikel "Planetary health in medical guidelines – A workshop report from the conference of the evidence-based medicine network 2023" Planetary Health in Leitlinien – Ein Workshop- Bericht vom Kongress des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin 2023".

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1865921723001976?utm_campaign=STMJ_219742_AUTH_SERV_PA&utm_medium=email&utm_acid=285339534&SIS_ID=&dqcid=STMJ_219742_AUTH_SERV_PA&CMX_ID=&utm_in=DM438879&utm_source=AC

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 26: Ressourcenschonende Maßnahmen

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, wesentliche Grundlagen für das Erreichen der Klimaneutralität im Gesundheitswesen zu schaffen, insbesondere:

1. Einführung Digitaler Produktpass, um Transparenz zu bringen und so Ressourcen zu schonen.
2. Einpreisung tatsächlicher umweltbezogener Kosten, um nachhaltige Produkte attraktiver zu gestalten.
3. Hygieneanforderungen nachhaltig gestalten, um Umweltauswirkungen zu reduzieren.
4. Reparaturbedingungen von Medizinprodukten erleichtern, um deren Einsatzdauer zu maximieren.

Begründung

Der Klimapakt des BMG und der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen (Dez 2022) erfordert endlich konkrete Maßnahmen:

Ad1

Für technische Produkte ist ein digitaler Produktpass bereits geplant. Dieser soll ebenso auf medizinische Produkte Ausweitung finden, um Informationen für Arzneimittel, Hilfsmittel und Medizinprodukte bundeseinheitlich abrufen zu können, wodurch ein reflektierter Einsatz dieser ermöglicht wird. Das sorgt vor allem für Arbeitsentlastung durch strukturierte Informationen, u.a. medizinische Informationen, Warnhinweise, Zertifikate und Siegel, Umwelt-Fußabdruck, Updates, Bedienungsanleitungen, uvm. wäre zentral leicht, unbürokratisch und sicher abrufbar.

Ad2

Der Preis entscheidet, und der günstigste Preis entsteht fast immer durch Ausbeutung an Mensch und Natur. Und dadurch sind Neuanschaffungen und Einmalprodukte leider noch zu oft den Reparaturen und Mehrwegprodukten ökonomisch überlegen. Das darf mit unseren begrenzten Ressourcen und den resultierenden teils katastrophalen Umweltauswirkungen nicht mehr sein! Gerade die Natur ist unser größter Produzent, ihre Gesundheit ist unsere Gesundheit, sie muss streng geschützt sein!

Ökologisch-nachhaltige Produkte müssen die preislich günstige Wahl werden, und dafür müssen die Folgen eingepreist werden. Insbesondere Medizinprodukte und Therapeutika sollen den tatsächlichen Preis ihrer Herstellung und Entsorgung erhalten und insb. importierte Ware denselben strengen nachhaltigen Produktionskriterien wie in Deutschland hergestellten Produkten entsprechen.

Ad3

Die aktuellen Hygieneanforderungen sind veraltet und ausgelegt insbesondere für den stationären bzw. chirurgischen Sektor. Hier soll es einheitliche Standards geben, die barrierefrei und eindeutig zur Verfügung stehen und den Verbrauch auf ein angemessenes, ökologisch nachhaltiges Maß reduzieren.



Ad4

Im Rahmen der energetischen Sanierung ist es z. B. nicht möglich eine Glühlampe durch eine LED zu ersetzen in einem Medizinprodukt. Dadurch verfällt der Status und es darf nicht mehr am Patienten verwendet werden. Oder der Austausch von elektronischen Bauteilen in einem EKG-Computer, wäre nur mit Originalteilen möglich, die womöglich nicht mehr erhältlich sind.

Gerade für solche Reparaturen sollte es klare Empfehlungen geben, was an Ersatzteilen erlaubt ist, um den Status zu halten und das Produkt noch weiter nutzen zu können, z. B. wäre eine Auflistung mit geprüften (auch nicht-original) Ersatzteilen zu entwickeln, die bei Einsatz den Medizinproduktstatus nicht gefährden, sowie notwendiger Einbaubedingungen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 28: Muster-Fortbildungsordnung (MFBO) vom 9.5.2024 umsetzen!

Die Bundesdelegierten bestärken die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen von externer Einflussnahme. Dies ist zentraler Inhalt der Muster-Fortbildungsordnung (MFBO). Deshalb werden die Mitglieder der jeweiligen Landesärztekammer aufgefordert, auf die Umsetzung in den jeweiligen Landesärztekammern hinzuwirken.

Die MFBO wurde am 09. Mai 2024 auf dem Deutschen Ärztetag mit breiter Mehrheit beschlossen und hilft die Unabhängigkeit der Ärzteschaft auch vor dem Einfluss der Industrie zu sichern.

Begründung

Ein wesentlicher Teil der Überarbeitung war, die externe Einflussnahme auf die ärztliche Fortbildung transparent zu machen (§6). Diese Anpassung sicherte bereits den Eindruck der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen in der Öffentlichkeit und erhielt mediale Zustimmung.

Durch die neue MFBO ist ein Sponsoring von ärztlicher Fortbildung weiterhin möglich. Dazu muss (vgl. §6 MFBO)

- der Umfang des Sponsoring den Teilnehmenden transparent zugänglich gemacht werden,
- der Umfang des Sponsoring der Veranstaltung und der Teilnehmendenanzahl angemessen sein und ausschließlich zur Durchführung des wissenschaftlichen Programms verwendet werden,
- Informationsstände und Werbematerialien getrennt vom inhaltlichen Programm sein
- sowie auf Verlangen der Landesärztekammern Sponsoringverträge von den Veranstaltenden offengelegt werden.

Diese Regeln werden bei der Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen beispielsweise des Instituts für hausärztliche Fortbildung und in vielen Landesverbänden bereits umgesetzt.

Anlage: [MFBO in der Fassung vom 09.05.2024](#)

[\(zurück zur Übersicht\)](#)