



Beschlussübersicht

der Delegiertenversammlung des
Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes
am 09./10. Mai 2025 in Köln

Kontakt

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.
Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln

☎ 02203 57 56-0

✉ info@haev.de

🌐 www.haev.de



TOP 4. – Aussprache und Anträge zu TOP 2 (Bericht der Bundesvorsitzenden)	4
Beschluss 1a: Leitantrag - HZV als Primärarztsystem stärken	4
Beschluss 1b: Antrag zum Primärarztsystem in Deutschland	5
Beschluss 1c: Ärztliche Berufsverbände in die Gestaltung eines verbindlichen Primärarztsystems verbindlich einbinden	6
Beschluss 3: HÄPPI ist Zukunft - Fundament für zukunftsfähige Teampraxis-Strukturen schaffen	6
Beschluss 33: Antrag zur Förderung der Umsetzung von HÄPPI durch die Krankenkassen in der HZV	7
Beschluss 2: Hausarzt-Facharzt-Verträge bundesweit fördern – Versorgung gemeinsam gestalten	8
Beschluss 4: GVSG richtig umsetzen - Hausärztliche Versorgung braucht echte Reformen der Vergütung und keine Verwaltung des Status Quo	9
Beschluss 7: Zukunft braucht Modernisierung – GOÄ-Reform nicht weiter verschleppen	10
Beschluss 6: Reform der Approbationsordnung, JETZT! - Allgemeinmedizin im Studium stärken!	10
Beschluss 8: Verlässlichkeit statt Versorgungslücken – Landarztquote ausbauen	11
Beschluss 5: Impfsaison 2025/26 gut vorbereiten!	12
Beschluss 19: Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission schnell umsetzen	13
Beschluss 16: Stärkung der ambulanten Versorgung im Hinblick auf Katastrophenschutz, Klimawandel und Anschlagereignisse	14
Beschluss 38: Rolle der primärärztlichen Gesundheitsversorgung bei dysfunktionaler Infrastruktur	15
Beschluss 17: GKV-Beiträge gezielt für Versorgung nutzen – versicherungsfremde Leistungen ausgliedern	16
Beschluss 15 neu: Diversität hausärztlicher Versorgung erhalten und stärken	17
Beschluss 27: Schaffung eines iMVZ-Regulierungsgesetzes	18
TOP 5. – Digitales	19
Beschluss 22: Digitale Versorgung ja – aber bitte praxistauglich	19
Beschluss 23: Von der Akte zum Nutzen – ePA mit Versorgungslogik denken	19
Beschluss 24: Künstliche Intelligenz: Werkzeug, nicht Ersatz – Verantwortung bleibt ärztlich	21
Beschluss 25: Patienten- bzw. Einweiserportale standardisieren – digitale Kommunikation zwischen Klinik und Praxis verbessern	21
Beschluss 37: Digitale Vernetzung mit den Krankenhäusern	22
Beschluss 26: Weg mit dem Papier – digitale Schnittstellen zu Behörden schaffen	23
Beschluss 18: Vermeidung von Regressen durch Transparenz und technische Integration	24
Beschluss 10: Telemedizin sinnvoll einbinden – Versorgung koordinieren, Ressourcen schonen	24



TOP 6. – Bericht aus den Foren des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes	26
Beschluss 14: Ärztegesundheit in der Weiterbildung	26
Beschluss 13: Hausärztliche Weiterbildung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nur wenn die Qualitätskriterien erfüllt werden	27
Beschluss 12: Wartezeit bis zur Facharztprüfung	27
Beschluss 20: Einsatz des Vorstands für eine verbändeübergreifende Abstimmung zur Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs und zur Vorbereitung des 129. Deutschen Ärztetages	28
TOP 11. – Anträge zu anderen Themen und Verschiedenes	30
Beschluss 11: Aufnahme von Ärzten und Psychotherapeuten in den § 115 StGB aufgrund zunehmender Gewalt in Arztpraxen	30
Beschluss 32: Gewalt gegen Frauen	30
Beschluss 28 neu: Abschaffung der TSVG-Terminregelung	32
Beschluss 9 neu: Auftrag an die Politik zur Änderung des Einsatzes von Leasingkräften in Pflegeeinrichtungen und Pflegeheimen	32
Beschluss 21: HZV-Zuschlag „Klimaresiliente Versorgung“ ausweiten	34
Beschluss 31: Gesundheitskompetenz stärken: mehr bezahlte hausärztliche Beratungs- und Behandlungszeit	34
Beschluss 35: Das Aus für die Humaninsuline verhindern! Verfügbarkeit von NPH-Insulin sichern	34
Beschluss 30: Finanzielle Rahmenbedingungen für Forschung in Praxen schaffen	36
Beschluss 39: Forderung nach Beschränkung der unbefristeten und unbedingten Pflicht zur Ermächtigung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (vormals Level 1i Krankenhäusern) zur hausärztlichen Versorgung	36
Beschluss 40: Wettbewerbsgleichheit herstellen!	37
Beschluss 41: NVL: Anschlussstruktur für das ÄZQ ist jetzt zu schaffen!	38



TOP 4. – Aussprache und Anträge zu TOP 2 (Bericht der Bundesvorsitzenden)

Beschluss 1a: Leitantrag - HZV als Primärarztsystem stärken

Die künftige Regierungskoalition setzt in ihrem Koalitionsvertrag für eine „möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag.“ Die damit verbundene Anerkennung der zentralen Rolle der hausärztlichen Praxen in der Versorgung ist ein fundamentaler politischer Paradigmenwechsel, für den die Hausärztinnen und Hausärzte seit Jahren gemeinsam gekämpft haben.

Die Delegiertenversammlung fordert deshalb den konsequenten Ausbau und die langfristige Sicherung der hausarztzentrierten Versorgung (HZV). Mit der HZV kann die Politik bei der Umsetzung eines Primärarztsystems auf eine bundesweit etablierte und umfassend evaluierte Versorgungsform bauen, die den politischen Anforderungen bereits heute gerecht wird. Kein anderes Versorgungsmodell bietet die vertragliche Verbindlichkeit, die koordinative Stärke und die gelebte Versorgungssteuerung, wie sie in der HZV bereits mit mehr als 10 Millionen Patientinnen und Patienten täglich praktiziert wird. Die HZV war und ist der Innovationsmotor im deutschen Gesundheitswesen. So ist die HZV Vorreiterin bei der Delegation von Aufgaben an nichtärztliche Fachkräfte, Digitalisierung, hybrider Versorgung und neuen Arbeitsmodellen (hausärztliche Primärversorgungszentren: HÄPPI).

Die Verträge nach §073b SGB0V sind dazu konsequent weiterzuentwickeln, dauerhaft abzusichern und gezielt, um selektivvertragliche Facharztverträge zu ergänzen. Die hausärztlich koordinierte Versorgung der Zukunft entsteht nicht in bürokratischen Strukturen, sondern dort, wo Verlässlichkeit, Steuerung und Qualität zusammengedacht werden – in der HZV.

Das Kollektivvertragssystem der Kassenärztlichen Vereinigungen ist historisch auf die gleichrangige Vertretung aller Fachgruppen angelegt. Unter diesen Rahmenbedingungen ist die Etablierung einer strukturierten Patientensteuerung durch Hausärztinnen und Hausärzte nur eingeschränkt möglich. Die Erfahrung zeigt überdies, dass hausärztliche Interessen im KV-System regelhaft marginalisiert werden. Das KV-System ist geprägt von Einzelleistungen in der Vergütung, punktuellen Honorarbeschlüssen und einer Selbstverwaltung, die mehr auf den Ausgleich zwischen unterschiedlichen Interessen ausgerichtet ist, als auf strukturelle Reformen. Die Folge ist eine Fragmentierung der Versorgung: unklare Zuständigkeiten, fehlende Verbindlichkeit in der Mit- und Weiterbehandlung, doppelte Untersuchungen und eine Bürokratie, die wertvolle Ressourcen bindet.

Ein echtes Primärversorgungssystem setzt voraus, dass Patientinnen und Patienten strukturiert durch das Versorgungssystem geführt werden, dass Versorgung aus einer Hand koordiniert wird und dass hausärztliche Verantwortung vertraglich und finanziell abgesichert ist. Diese Anforderungen lassen sich im kollektivvertraglichen System der Kassenärztlichen Vereinigungen in seiner derzeitigen Struktur nur mit massiven Reformen erfüllen, die im Übrigen extrem kontrovers diskutiert werden würden. Versuche, eine hausärztliche Primärversorgung innerhalb des KV-Systems zu etablieren, erfordern massive strukturelle und prozedurale Veränderungen in der



Versorgungs- und Vergütungslogik des Kollektivvertrags – weil das System im Moment auf Gleichrangigkeit statt auf Koordination angelegt ist. Eine reine Überweisungssteuerung durch Hausärztinnen und Hausärzte, wie in der Regelversorgung, ist nicht ausreichend, um das System wirklich zu entlasten. Es bedarf vielmehr einer echten hausärztlichen Koordinierung, wie sie in der HZV bereits definiert ist und stattfindet. Eine nachhaltige Primärversorgung erfordert daher gezielte strukturelle und vertragliche Anpassungen, die im Rahmen der HZV bereits heute erfolgreich praktiziert werden.

Hausärztinnen und Hausärzte stehen bereit, Verantwortung zu übernehmen. Jetzt ist es am Gesetzgeber, die richtigen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Begründung

mündlich

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 1b: Antrag zum Primärarztsystem in Deutschland

Die Delegiertenversammlung möge beschließen sich ausdrücklich für ein Primärarztsystem in Deutschland auszusprechen. Dieses Primärarztsystem sollte sich vorrangig im HZV-System widerspiegeln.

Eine Abschaffung des aktuellen HZV-Systems durch Übernahme in die Regelversorgung lehnt der Hausärztinnen- und Hausärzteverband unter Bezug auf §73b SGB V ab. Ein Primärarztsystem innerhalb des KV-Systems soll sich an die Vergütungssystematik der HZV anlehnen und nicht nur eine Erweiterung des jetzigen EBM `s darstellen. Das Modell einer Betreupraxis oder Bezugspraxis, in den gebietsärztlichen Praxen, die Betreuung und Steuerung von Patienten übernehmen, lehnt der Hausärztinnen und Hausärzteverband ab.

Der Vorstand und alle Mitglieder in den Gremien werden aufgefordert die o. g. Eckpfeiler einer primärärztlichen Versorgung in allen Gremien, wie z. B. der KBV oder Bundesärztekammer, umzusetzen. Gleichzeitig soll in den Gremien zusammen mit den gebietsärztlichen Kolleginnen und Kollegen für die Zukunft der Patientenversorgung und Steuerung die Schnittstellen definiert werden, die nötig sind um eine gute, erfolgreiche und effektive Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Auch fordert die Delegiertenversammlung die Mitglieder in den Gremien auf, für die wenigen Patientengruppen Lösungen zu suchen, die auf Grund ihrer Erkrankung einen häufigen fachärztlichen Kontakt haben.

Begründung

mündlich

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 1c: Ärztliche Berufsverbände in die Gestaltung eines verbindlichen Primärarztsystems verbindlich einbinden

Die Bundesdelegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordert den Gesetzgeber auf, die Spitzenorganisation, die für die Wahrnehmung der Interessen der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgeblich ist, weiterhin aktiv in die politische Gestaltung des im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vorgesehenen verbindlichen Primärarztsystems einzubinden.

Begründung

Hausärztinnen und Hausärzte werden den überwiegenden Teil der Primärversorgung in einem solchen System übernehmen.

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband verfügt über eine ausgewiesene und langjährige Expertise in der Organisation und Umsetzung hausärztlicher Versorgung. Das qualifiziert ihn in besonderer Weise, an der politischen Ausgestaltung eines verbindlichen Primärarztsystems verantwortlich mitzuwirken. Eine politische Ausgestaltung ohne Einbeziehung derjenigen, die das System in der täglichen Versorgungspraxis tragen sollen, würde zu erheblichen Fehlsteuerungen führen und birgt die Gefahr mangelnder Akzeptanz und fehlender praktischer Umsetzbarkeit.

Mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) hat der Verband ein seit Jahren erfolgreich etabliertes und praxiserprobtes Konzept freiwilliger Primärversorgung entwickelt. Inzwischen haben sich mehr als 10.000.000 Patientinnen und Patienten in diese Versorgungsform eingeschrieben. Die positiven Effekte auf Versorgungskontinuität, Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit sind wissenschaftlich belegt. Die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) stellt eine zentrale Grundlage für die Weiterentwicklung eines verbindlichen Primärarztsystems dar.

In den ärztlichen Körperschaften – insbesondere Kassenärztlichen Vereinigungen – fehlen sowohl die spezifische konzeptionelle Erfahrung mit praxistauglichen Primärversorgungsmodellen als auch die angemessene Repräsentanz der hauptsächlich betroffenen Berufsgruppen. In den Gremien der Selbstverwaltung sind Hausärztinnen, Hausärzte und Kinderärztinnen sowie Kinderärzte unterrepräsentiert, sodass ihre Perspektiven und fachlichen Kompetenzen nicht angemessen berücksichtigt werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 3: HÄPPI ist Zukunft - Fundament für zukunftsfähige Teampraxis-Strukturen schaffen

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, umgehend klare rechtliche Rahmenbedingungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit in hausärztlichen Teampraxen, insbesondere HÄPPI, zu schaffen. Zudem fordern wir die Krankenkassen auf, im Rahmen der HZV entsprechende Teampraxiszuschläge zu vereinbaren und angemessen zu finanzieren.

Begründung

Die hausärztliche Versorgung steht an einem Wendepunkt: Während der medizinische Versorgungsbedarf – vor allem bei chronisch kranken, älteren oder multimorbiden Patientinnen und



Patienten – kontinuierlich steigt, sinkt die Zahl der zur Verfügung stehenden Hausärztinnen und Hausärzte. Der demografische Wandel trifft auf einen drohenden hausärztlichen Nachwuchsmangel. Gleichzeitig steigen die Erwartungen an Qualität, Erreichbarkeit und Koordination in der ambulanten Versorgung. Dieser Entwicklung kann auf Dauer nur begegnet werden, wenn die Arbeit in der Hausarztpraxis neu gedacht und strukturell auf ein breiteres Fundament gestellt wird.

Das vom Hausärztinnen- und Hausärzterverband gemeinsam mit der Universität Heidelberg entwickelte Modell des Hausärztlichen Primärversorgungszentrums – Patientenversorgung Interprofessionell (HÄPPI) bietet hierfür eine innovative und zukunftsfähige Antwort. Im Mittelpunkt steht die interprofessionelle Zusammenarbeit: Akademisierte nicht-ärztliche Gesundheitsberufe – wie Primary Care Manager (PCM) oder PA – arbeiten unter hausärztlicher Leitung und Koordination in einem abgestimmten Team zusammen. So wird eine umfassende, koordinierte und kontinuierliche Betreuung der Patientinnen und Patienten ermöglicht, die nicht nur die ärztliche Arbeitslast reduziert, sondern zugleich die Versorgungsqualität erhöht, die Erreichbarkeit verbessert und die Patientenorientierung stärkt.

Innovative Versorgungskonzepte wie HÄPPI zeigen, dass ein sektorenübergreifendes, multiprofessionelles Versorgungsverständnis möglich und sinnvoll ist. Was jetzt fehlt, sind klare gesetzliche Rahmenbedingungen, die diese Zusammenarbeit ermöglichen, rechtlich absichern.

Der Gesetzgeber ist deshalb gefordert, bei zukünftigen Gesetzesvorhaben zu Primärarztzentren, Konzepte wie HÄPPI, die auf der Hausarztzentrierten Versorgung aufsetzen entsprechend zu berücksichtigen, damit die darin enthaltenen innovativen Elemente für zukunftsfähige Versorgung (Delegationskonzepte, hybride Versorgung, Teampraxiszuschläge) entsprechend rechtssicher umgesetzt werden können. Wer hausärztliche Versorgung zukunftsfest machen will, muss Teamarbeit finanziell auch dahingehend fördern, dass auf Augenhöhe agiert werden kann und nichtärztliche Leistung nicht gegenüber ärztlicher Leistung im Team abgewertet wird. Dies ist derzeit ausschließlich in der Hausarztzentrierten Versorgung umgesetzt und das HÄPPI Konzept sollte als hausärztliches Primärarztsystem entsprechend angereizt werden.

Überdies sind die Krankenkassen als Vertragspartner in der HZV gefordert, Teampraxiszuschläge sowie den Praxis-Patienten-Kontakt zu vereinbaren, um innovative Versorgung im Team flächendeckend in der HZV zu ermöglichen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 33: Antrag zur Förderung der Umsetzung von HÄPPI durch die Krankenkassen in der HZV

Die Bundesdelegiertenversammlung fordert die Krankenkassen eindringlich auf, ihre Verantwortung für eine zukunftsfähige Versorgungsgestaltung wahrzunehmen. Die Integration von HÄPPI in die HZV ist hierbei ein zentraler Baustein. Insbesondere um die Delegation von Aufgaben an qualifizierte Fachkräfte zu ermöglichen, ist es unerlässlich, dass die Krankenkassen die erforderlichen zusätzlichen finanziellen Mittel bereitstellen und damit die Umsetzung dieses zukunftsweisenden Konzepts aktiv unterstützen.



Begründung

Die Sicherstellung einer zukunftsfähigen hausärztlichen Versorgung ist eine der zentralen Herausforderungen unseres Gesundheitssystems. Angesichts des demografischen Wandels, des zunehmenden Fachkräftemangels und der steigenden Anforderungen an die hausärztliche Versorgung hat der Deutsche Hausärztinnen- und Hausärzterverband HÄPPI entwickelt und evaluiert. Dieses Konzept sieht vor, qualifizierte nichtärztliche Fachkräfte, wie z. B. Physician Assistants oder akademisierte Pflegekräfte, verstärkt in den Praxisalltag zu integrieren, um die hausärztliche Versorgung langfristig zu sichern und zu entlasten. Auch der GKV-Spitzenverband hebt die Bedeutung des nichtärztlichen Praxispersonals bei der Entlastung organisatorischer wie medizinischer Aufgaben hervor.

Die Umsetzung dieses Konzepts in der HZV erfordert jedoch eine angemessene finanzielle Unterstützung durch die Krankenkassen. Qualifiziertes Personal beansprucht höhere Gehälter, was in der Startphase ein wirtschaftliches Risiko für die Praxen darstellt. Wenn die Krankenkassen vom Einsatz dieses Personals profitieren möchten – sei es durch eine effizientere Versorgung oder durch die Entlastung der Ärztinnen und Ärzte – müssen sie auch bereit sein, diese Entwicklung finanziell zu fördern.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 2: Hausarzt-Facharzt-Verträge bundesweit fördern – Versorgung gemeinsam gestalten

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, die bundesweite Etablierung von selektivvertraglich organisierten Hausarzt-Facharzt-Verträgen zu fördern. Diese sollen als Ergänzung zu bestehenden HZV-Verträgen eine strukturierte, gesteuerte und priorisierte Mit- und Weiterbehandlung im fachärztlichen Bereich ermöglichen.

Begründung

Eine moderne, effiziente und patientenorientierte Gesundheitsversorgung braucht klare Strukturen – und eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung. Die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) hat gezeigt, dass eine verbindliche Steuerung durch die Hausarztpraxis die Versorgungsqualität erhöht, Doppeluntersuchungen vermeidet und die Patientenzufriedenheit steigert. Dieses Prinzip lässt sich sinnvoll in den fachärztlichen Bereich erweitern – allerdings nicht innerhalb der fragmentierten Regelversorgung, sondern durch gezielte, selektivvertragliche Kooperationen.

Hausarzt-Facharzt-Verträge schaffen die Grundlage für eine strukturierte Mit- und Weiterbehandlung, die medizinisch notwendig, gut koordiniert und transparent ist. Sie ermöglichen verbindliche Kommunikationswege, abgestimmte Behandlungspfade und klare Verantwortlichkeiten – insbesondere bei chronischen oder komplexen Erkrankungen. Damit wird nicht nur die Behandlungsqualität gestärkt, sondern auch die Effizienz des Gesamtsystems erhöht.

In einigen Regionen bestehen bereits erfolgreich umgesetzte Hausarzt-Facharzt-Verträge – allerdings auf freiwilliger Basis und häufig nur als regionale Initiativen. Um das Potenzial dieser Versorgungsform bundesweit zu heben, braucht es eine gesetzgeberische Förderung: etwa durch



gezielte finanzielle Anreize z. B. für Krankenkassen, die eine bestimmte Anzahl ihrer Versicherten gesteuert und koordiniert in der HZV und in angeschlossenen Hausarzt-Facharztverträgen versorgen. Ebenso bedarf es rechtlicher Klarstellungen oder die Einbettung in bestehende Rahmenregelungen nach § 140a SGB V.

Um den Zugang zur fachärztlichen Ebene für Patientinnen und Patienten zu verbessern, muss Haus- und fachärztliche Zusammenarbeit hausärztlich koordiniert und gesteuert werden. Dies konnte bereits erfolgreich in den an die HZV angeschlossenen Haus- und Facharztverträgen in Baden-Württemberg in die Versorgung implementiert werden. Der Gesetzgeber ist gefordert, hierfür die bundesweiten rechtlichen und finanziellen Grundlagen und Anreize zu schaffen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 4: GVSG richtig umsetzen - Hausärztliche Versorgung braucht echte Reformen der Vergütung und keine Verwaltung des Status Quo

Die Delegiertenversammlung fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, die im Rahmen des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) geschaffenen Regelungen zur Entbudgetierung vollständig und im Sinne der hausärztlichen Versorgungspraxen umzusetzen. Jahres- und Vorhaltepauschalen sind so auszugestalten, dass sie echten hausärztlichen Versorgungsleistungen gerecht werden, praxistauglich sind und bürokratischen Mehraufwand vermeiden.

Begründung

Mit dem insbesondere durch den Hausärztinnen- und Hausärzteverband hart erkämpften Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) ist die gesetzliche Grundlage für die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen geschaffen worden – ein überfälliger Schritt zur Stärkung der wohnortnahen, kontinuierlichen Versorgung. Doch mit dem Beschluss allein ist es nicht getan: Die Verantwortung für die konkrete Ausgestaltung liegt nun bei der Selbstverwaltung, insbesondere bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Sie ist aufgefordert, diesen gesetzgeberischen Impuls nicht nur formal zu verwalten, sondern inhaltlich mit Leben zu füllen – im Interesse der Praxen und der Versorgungssicherheit. Sie muss dort wirksam werden, wo tagtäglich hausärztliche Versorgung erbracht wird – flächendeckend, kontinuierlich und unter hoher Arbeitsverdichtung.

Vorhalte- und Jahrespauschalen wurden seitens des Gesetzgebers ebenfalls als geeignete Instrumente angesehen, die reale Versorgungssituation abzubilden, Planungssicherheit zu schaffen und die wirtschaftliche Basis hausärztlicher Praxen zu stärken. Voraussetzung dafür ist eine zielgerichtete Ausgestaltung, die sich an klaren Kriterien orientiert und den Praxen unbürokratisch zugutekommt. Dies setzt insbesondere bei der Vorhaltepauschale zwingend eine echte Umverteilung von den „unechten“ hausärztlichen Praxen hin zu Praxen, die den hausärztlichen Versorgungsauftrag vollständig erfüllen, voraus.

Die KBV steht in der Pflicht, eine Systematik zu entwickeln, die nachvollziehbar, transparent und praxistauglich ist – und dabei gezielt die Praxen stärkt, die hausärztliche Versorgung tragen. Der Spielraum, der mit dem GVSG eröffnet wurde, darf nicht durch komplizierte Umsetzungsverfahren, intransparente Bewertungsmaßstäbe oder überbordende Bürokratie entwertet werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 7: Zukunft braucht Modernisierung – GOÄ-Reform nicht weiter verschleppen

Die Delegiertenversammlung begrüßt die Einigung zwischen Bundesärztekammer und der PKV auf eine neue Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte (GOÄ) ausdrücklich. Der Bundesvorstand wird aufgefordert, sich nach der entsprechenden Beschlussfassung des 129. Deutschen Ärztetages gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium dafür einzusetzen, dass die GOÄ-Reform nun zügig verabschiedet und in Kraft gesetzt wird. Aus hausärztlicher Sicht stellt die Reform einen wichtigen Schritt zu einer modernen, leistungsgerechten und praxistauglichen Vergütung im privatärztlichen Bereich dar.

Begründung

Nach jahrelangen Diskussionen liegt mit dem Entwurf einer neuen Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte (GOÄ) nun eine konsentierte, fachlich fundierte Reformvorlage vor, die die Realität ärztlicher Tätigkeit im 21. Jahrhundert abbildet. Auch wenn die hausärztliche Versorgung überwiegend im Bereich der GKV stattfindet, profitieren auch Hausärztinnen und Hausärzte von einer modernen, nachvollziehbaren und sachgerecht kalkulierten GOÄ.

Die neue GOÄ steht für eine stärkere Abbildung sprechender Medizin, für eine bessere Bewertung ärztlicher Leistungen im hausärztlichen Alltag und für mehr Transparenz im Verhältnis zu Patientinnen und Patienten. Sie ersetzt eine Gebührenordnung, die in wesentlichen Teilen seit über drei Jahrzehnten nicht mehr angepasst wurde und deren starre Logik nicht mehr zur heutigen Versorgungsrealität passt.

Der Abschluss der fachlichen Arbeiten zur GOÄ ist als positives Signal zu werten – auch politisch. Jetzt ist es an der Zeit, dass das Bundesgesundheitsministerium den nächsten Schritt geht und die Reform zügig auf den Weg bringt. Ein weiteres Hinauszögern oder Aufschnüren der Einigung würde nicht nur die ärztliche Selbstverwaltung beschädigen, sondern auch das Vertrauen in die Reformfähigkeit der Gesundheitspolitik schwächen. Wer moderne Versorgung will, muss auch moderne Vergütung ermöglichen – auch im privatärztlichen Bereich.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 6: Reform der Approbationsordnung, JETZT! - Allgemeinmedizin im Studium stärken!

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, innerhalb der nächsten 12 Monate die Reform der Approbationsordnung endlich gemeinsam mit Bund und Ländern umzusetzen. Inhaltliche Grundlage dafür müssen die konsentierten Inhalte des Masterplans 2020 sein, die bis ins Jahr 2024 gemeinsam mit allen Stakeholdern weiterentwickelt und geeint wurden.

Begründung

Mit dem Masterplan Medizinstudium 2020 hatte die Politik hehre Ziele formuliert: mehr Praxisnähe, eine stärkere Ausrichtung auf die hausärztliche Versorgung und die strukturelle Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium. Im Rahmen der weiteren Diskussionen wurden diese Inhalte bis ins Jahr 2024 von den beteiligten Stakeholdern weiterentwickelt und geeint. ABER: Die neue Approbationsordnung ist weiterhin nicht in Kraft.



Vor diesem Hintergrund fordern wir die Umsetzung des bisher Versäumten. Der Gesetzgeber muss jetzt den Masterplan Medizinstudium 2020 umsetzen, der das Thema hausärztliche Versorgung nicht nur rhetorisch aufgreift, sondern strukturell verankert. Dazu gehört die curriculare Integration der Allgemeinmedizin an allen Universitäten, die verbindliche Verankerung allgemeinmedizinischer Lehrstühle, eine frühe und kontinuierliche Präsenz des Fachs im Studium und die gezielte Förderung hausärztlicher Perspektiven in Lehre und Prüfung.

Die hausärztliche Versorgung der Zukunft entscheidet sich nicht erst nach dem Abschluss der Weiterbildung – sondern ab dem ersten Studientag im Hörsaal. Wer heute keine Allgemeinmedizin lehrt, wird morgen keine Hausärztinnen und Hausärzte haben. Es ist Zeit für einen echten Plan – nicht nur fürs Papier, sondern für die Versorgung.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 8: Verlässlichkeit statt Versorgungslücken – Landarztquote ausbauen

Die Delegiertenversammlung fordert den Bundes- und die Landesgesetzgeber auf, die Landarztquote bundesweit auf alle Bundesländer und medizinischen Fakultäten auszuweiten und ihre Umsetzung aktiv zu fördern. Die bestehenden Quoten sind zu überprüfen und – wo erforderlich – zu erhöhen, um dem steigenden hausärztlichen Versorgungsbedarf in strukturschwachen Regionen wirksam begegnen zu können.

Bei der Umsetzung von Landarztquoten ist eine enge Anbindung an die allgemeinmedizinischen Institute sowie die jeweiligen Landesverbände des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands sicherzustellen und entsprechende Evaluationen durchzuführen, um eine hohe Erfolgsquote bei den Studierenden zu ermöglichen. Die Lehrstühle müssen dabei mit den Teampraxen im ländlichen Raum kooperieren. Dies schließt auch Kooperationen in der Weiterbildung, z.B. durch gemeinsame QZ, Peer-Reviews und auch leitlinien-konforme Fortbildungen, ggf. auch in curricularen Strukturen ein.

Begründung

Die hausärztliche Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen steht unter erheblichem Druck. Der demografische Wandel, altersbedingte Praxisabgaben und der Fachkräftemangel führen dazu, dass sich regionale Versorgungsengpässe weiter verschärfen – mit direkten Folgen für Patientinnen und Patienten. Ein Instrument, das diesem Trend gezielt entgegenwirken kann, ist die Landarztquote: Wer bereits zu Beginn des Medizinstudiums eine hausärztliche Tätigkeit in einer unterversorgten Region anstrebt, wird durch eine gesicherte Studienplatzzusage belohnt – und verpflichtet sich im Gegenzug zur späteren Tätigkeit vor Ort. Dieses Modell schafft früh Verbindlichkeit und Perspektive.

Allerdings ist die Landarztquote bislang nur in einigen Bundesländern eingeführt – und selbst dort häufig mit geringer Platzanzahl oder bürokratischen Hürden versehen. Das Potenzial des Instruments wird dadurch bei weitem nicht ausgeschöpft. Wenn der Gesetzgeber die hausärztliche Versorgung langfristig sichern will, muss er dieses Erfolgsmodell bundesweit etablieren und ausbauen. Das Ziel muss sein, dass an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland ein relevanter Anteil der Studienplätze über eine Landarztquote vergeben wird – mit klarer hausärztlicher



Ausrichtung, gezielter Begleitung während des Studiums und verlässlicher Umsetzung nach Studienabschluss.

Die Erfahrungen in einigen Ländern zeigen, dass eine erfolgreiche Umsetzung einer Landarztquote auch eine enge Zusammenarbeit mit den allgemeinmedizinischen Instituten sowie eine enge Abstimmung mit den Landesverbänden vor Ort erfordern. Dies ist bei der Umsetzung sicherzustellen.

Eine solche Maßnahme ersetzt keine strukturelle Reform der Versorgungslandschaft – aber sie ist ein wichtiger Baustein, um junge Menschen frühzeitig für eine hausärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum zu gewinnen. Sie verdient nicht nur politische Zustimmung, sondern konkrete gesetzgeberische Umsetzung.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 5: Impfsaison 2025/26 gut vorbereiten!

Die Impfsaison 2025/26 muss jetzt gut vorbereitet werden, bevor es (wieder) zu spät ist. Die Delegiertenversammlung fordert:

- Das Bundesministerium für Gesundheit muss die rechtlichen Grundlagen für die eigenständige Abrechnungsmöglichkeit der Impfberatung schaffen, um die Impfquoten insgesamt zu erhöhen.
- Das Bundesministerium für Gesundheit sowie die Industrie müssen die Voraussetzungen dafür schaffen, dass bereits zur anstehenden Impfsaison Einzeldosen für die Corona-Schutzimpfungen zur Verfügung stehen
- Das Bundesministerium für Gesundheit und die Industrie müssen die Entwicklung von Kombinationsimpfstoffen (z. B. Influenza/COVID-19) forcieren, um die jährlichen Schutzimpfungen praxistauglicher zu machen.

Begründung

Impfen ist essentiell für den Bevölkerungsschutz, Kern der hausärztlichen Tätigkeit und zentrales Element einer erfolgreichen Public Health Strategie in Deutschland. Die hausärztlichen Praxen tragen dementsprechend die Hauptlast der Durchführung von Impfkampagnen – das hat sich nicht nur während der Corona-Pandemie, sondern auch in den Jahren danach wiederholt gezeigt. Die Erfahrungen der vergangenen Saisons haben jedoch auch offengelegt, an welchen Stellen gesetzliche und strukturelle Vorgaben noch immer zu praxisfernen Umsetzungsproblemen führen. Für eine gelingende Impfsaison 2025/26 braucht es daher rechtzeitig abgestimmte, praktikable Rahmenbedingungen – unter Einbeziehung der hausärztlichen Expertise.

Das gesellschaftliche Ziel von besseren Impfquoten in den vulnerablen Bevölkerungsgruppen erfordert - neben umfassenderen und breiter gestreuten Informationen der Patientinnen und Patienten z. B. über das BIÖG (ehemals BZgA) - die Schaffung einer eigenständig abrechenbaren Impfberatungsleistung für die hausärztlichen Praxen. Die Impfberatung als eigenständige Leistung muss auch dann vergütet werden, wenn im Anschluss keine Impfung erfolgt – etwa aus medizinischen Gründen, aufgrund von Unsicherheiten oder bei notwendiger Rücksprache mit Angehörigen. Die fachlich aufwendige Impfberatung ist integraler Bestandteil der hausärztlichen



Versorgung und muss daher auch dann vergütet werden, wenn keine Impfung erfolgt. Eine solche eigenständige Leistung würde die Aufmerksamkeit der hausärztlichen Praxen auf dieses wichtige Element der Prävention lenken. Alles andere ist nicht nur ökonomisch fragwürdig, sondern sendet auch ein fatales Signal an die ärztliche Sorgfaltspflicht.

Ein weiteres Problem liegt in der derzeitigen Bereitstellung von COVID-19-Impfstoffen, die weiterhin ausschließlich in Mehrdosenbehältnissen geliefert werden. Diese Praxis erschwert eine bedarfsgerechte Impfplanung erheblich und führt regelmäßig zu vermeidbaren Impfstoffverlusten – insbesondere bei Einzelterminen, spontanen Impfentscheidungen oder in der Versorgung vulnerabler Patientengruppen. Die pharmazeutische Industrie wäre technisch in der Lage, auch Einzeldosen bereitzustellen, bietet dies bislang aber nicht flächendeckend an. Hier braucht es ein klares politisches Signal: Die Bereitstellung von COVID-19-Impfstoffen in Einzeldosen muss ermöglicht und gezielt gefördert werden – um Impfstoffverschwendung zu vermeiden, die Hürde für COVID-Schutzimpfungen zu senken und so die Impfbereitschaft in der Bevölkerung zu stärken.

Darüber hinaus bieten Kombinationsimpfstoffe – etwa gegen Influenza und COVID-19 – eine große Chance, Impfangebote effizienter zu gestalten. Erste Produkte befinden sich bereits in klinischer Entwicklung oder sind in einzelnen Ländern (z. B. USA, Kanada) in der Zulassungspipeline. Internationale Studien zeigen, dass Kombinationsimpfstoffe vergleichbare Immunantworten hervorrufen und dabei logistische Vorteile mit sich bringen. Sie reduzieren den organisatorischen Aufwand in den Praxen, senken Zugangshürden für Patientinnen und Patienten und können die Impfquoten nachhaltig erhöhen. Aus Sicht der hausärztlichen Versorgung ist es daher notwendig, dass Zulassung, Verfügbarkeit und Abrechnungsfähigkeit dieser Kombinationsimpfstoffe frühzeitig geklärt und in die nationale Impfstrategie integriert werden. Nur so kann eine vorausschauende und wirkungsvolle Impfkampagne gelingen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 19: Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission schnell umsetzen

Die Bundesregierung und das Bundesgesundheitsministerium werden aufgefordert, unverzüglich eine gesetzliche Regelung zu beschließen, nach der die Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Tage des Beschlusses zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden. Dies bedeutet konkret, dass bereits ab dem Tag der STIKO-Empfehlung die Hausarztpraxen die entsprechenden Impfstoffe über den Sprechstundenbedarf beziehen und Patientinnen und Patienten – vorübergehend über Kostenerstattung einer GOÄ-Rechnung – zu Lasten der GKV geimpft werden können.

Begründung

Impfeempfehlungen der STIKO wurden bisher immer in den Leistungskatalog der GKV übernommen. Der derzeitige Prozess über den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), inklusive Einspruchsfrist des Bundesgesundheitsministeriums und Veröffentlichung im Bundesanzeiger verzögert jedoch unnötig deren Umsetzung in der Praxis.

Diese Verzögerung schafft Rechtsunsicherheit, da die neuen Impfeempfehlungen bereits als medizinischer Standard gelten, die verbindliche Kostenübernahme aber erst verzögert geklärt wird.



Im Interesse klarer und schneller Abläufe sollten die Impfpfehlungen der STIKO unmittelbar am Tag der Empfehlung automatisch GKV-Leistung werden und nur in Ausnahmefällen ein Einspruchsrecht von GBA und Bundesgesundheitsministerium zur Geltung kommen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 16: Stärkung der ambulanten Versorgung im Hinblick auf Katastrophenschutz, Klimawandel und Anschlagereignisse

Der Hausärztinnen- und Hausärzterverband fordert von Politik und Gesellschaft angesichts zunehmender Herausforderungen durch den Klimawandel mit resultierenden Umweltkatastrophen, potenziellen Anschlagereignissen, potentiellen Kriegshandlungen und anderen Katastrophen den ambulanten Sektor optimal vorzubereiten, um so im Krisenfall eine stabile medizinische Versorgung sicherzustellen.

Wir fordern:

1. Erarbeitung eines umfassenden Notfallplans für niedergelassene Ärzte und Ärztinnen und Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen.
2. Bereitstellung konkreter Handlungsanweisungen für Niedergelassene zur Reaktion auf Extremwetterereignisse, Pandemien und andere Notlagen.
3. Einrichtung von Schulungen und Fortbildungen für medizinisches Personal zur Sensibilisierung und praktischen Umsetzung von Katastrophenschutzmaßnahmen.
4. Schaffung von Kooperationsstrukturen mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens, einschließlich Krankenhäusern, Rettungsdiensten und Katastrophenschutzbehörden.
5. Sicherstellung der Verfügbarkeit von Notfallausrüstung und Medikamenten in Arztpraxen, um eine kurzfristige Reaktion auf Krisensituationen zu gewährleisten.
6. Digitale Vernetzung und Kommunikationswege verbessern, um eine schnelle Abstimmung und Informationsweitergabe innerhalb des ambulanten Sektors zu ermöglichen.
7. Bereitstellung der dafür notwendigen finanziellen Mittel

Begründung

In den letzten Jahren haben Extremwetterereignisse (Ahrtal-Flut), Pandemien (Covid) und sicherheitsrelevante Vorfälle (terroristische Anschläge) gezeigt, dass das Gesundheitswesen stark belastet werden kann. Gerade der ambulante Sektor spielt hier eine entscheidende Rolle in der Erstversorgung der Bevölkerung und muss daher auf solche Situationen vorbereitet sein. Fehlende Notfallpläne, mangelnde Ausstattung und unzureichende finanzielle Unterstützung erschweren jedoch die schnelle und effektive Reaktion. Um eine lückenlose medizinische Betreuung auch in Krisenzeiten sicherzustellen, sind gezielte Maßnahmen zur Stärkung des ambulanten Bereichs notwendig.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 38: Rolle der primärärztlichen Gesundheitsversorgung bei dysfunktionaler Infrastruktur

Primärversorgende hausärztliche Praxisteams können eine wichtige Rolle zum Aufrechterhalten der Gesundheitsversorgung bei dysfunktionaler Infrastruktur übernehmen. Eine koordinierte Beteiligung an der notwendigen Planung muss möglichst frühzeitig erfolgen.

Hierzu verfügt der Hausärztinnen- und Hausärzteverband durch seine eigene Organisationsstruktur mit praktischen Erfahrungen und großer Reichweite über die notwendige Expertise. Um diese effizient und effektiv einzubringen, soll eine abgestimmte aktive Kontaktaufnahme mit den hiermit befassten Verwaltungsebenen angestrebt werden.

Begründung

Da die Szenarien dysfunktionaler Infrastruktur wie z.B. ein mehrere Tage andauernder Stromausfall, die Unterbrechung der Trinkwasserversorgung oder der Hitzenotfall als nicht unwahrscheinlich angesehen werden müssen, sind realistische Planungen dringend erforderlich.

An der Katastrophenmedizinischen prähospitalen Behandlungsleitlinie (S2k, https://register.awmf.org/assets/guidelines/001-043I_S2k_Katastrophenmedizinische-praehospitale-Behandlungsleitlinie_2023-10.pdf) ist zwar die DEGAM beteiligt, aber auf den 239 Seiten findet die Rolle der primärärztlich Tätigen keine angemessen ausgearbeitete Erwähnung.

„Die medizinische Versorgung umfasst in Großschadens- und Katastrophenlagen sowohl die medizinische Grundversorgung (u.a. Dauermedikation, ambulante Arztkontakte, Pflegebedarf als auch die Akutversorgung von Notfällen), damit ergeben sich viele Schnittstellen und Zuständigkeiten. [...] Vor allem, wenn zunächst noch keine enge Zusammenarbeit zwischen den operativ-taktischen und administrativ-organisatorischen Führungsstrukturen (Stäben) besteht, kann diese direkte Abstimmung notwendig werden. Schnittstellendefinitionen und Informationsaustausch sind auf kommunaler und Bundesländer- Ebene bereits in der Phase der Vorplanungen elementar, um im Katastrophenfall wertvolle Zeit für die Menschenrettung zu gewinnen.“ (ebd., S. 42).

Schon seit 2015 gibt es ein eigentlich sinnvolles gemeinsames Projekt von Bund und Ländern: „Seit 2015 haben viele Kommunen und Länder Katastrophenschutz-Leuchttürme (KatLeuchttürme) als Anlaufstellen für die Bevölkerung – und auch als Schnittstelle für Behörden – in Krisensituation ausgebaut. Diese dienen dazu, die Menschen z.B. bei einem längeren Stromausfall mit Informationen und Hilfsangeboten zu versorgen und nachbarschaftlichen Austausch zu ermöglichen. KatLeuchttürme werden alternativ z. B. auch als Notfall-Infopunkte oder Bevölkerungsschutz-Leuchttürme bezeichnet.“

(<https://warnung-der-bevoelkerung.de/katastrophenschutz-leuchttuerme-katleuchttuerme/>)

Die Weiterentwicklung auf lokaler Ebene ist sehr unterschiedlich weit vorangeschritten – die dort von Seiten der Behörden angestellten Überlegungen sind nach ersten Erfahrungen zum Teil weit von Arbeits- und Umsetzungswirklichkeiten entfernt.

Deshalb erscheint es notwendig und effizient, sich von Seiten der primärärztlich Tätigen aktiv auf kommunaler Ebene an die Ordnungsämter der Landkreise zu wenden und eine sinnhafte Einbindung der zur Verfügung stehenden hausärztlichen Ressourcen und Expertise zu erwirken.



Hierfür wären die Bezirksgruppen des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes z.B. kompetente und geeignete Instanzen. Die Ausarbeitung etwaiger Handlungspfade sollte aus Gründen der Effizienz und Effektivität in den Bundes- und Landesvorständen entwickelt und koordiniert werden.

Das breite Vertrauen und den Rückhalt, den hausärztlich Versorgende in der Bevölkerung genießen, können präventive Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge wie ausreichende Medikamentenvorräte und das Vermeiden von Massenpaniken unterstützen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 17: GKV-Beiträge gezielt für Versorgung nutzen – versicherungsfremde Leistungen ausgliedern

Die Bundesdelegiertenversammlung beauftragt den Vorstand des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes gegenüber Kostenträgern, Politik und Öffentlichkeit eine Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen einzufordern.

Die Beitragsmittel sind für die medizinische Versorgung der Beitragszahler einzusetzen. Ein verantwortlicher Umgang mit den begrenzten finanziellen Mitteln der GKV beinhaltet auch die Notwendigkeit einer veränderten Struktur im Bereich der Krankenkassen selbst. Einsparungen zu Lasten der vertragsärztlichen Leistungen können keine patientenorientierte Lösung sein, sondern sie gefährden eine zukünftige Versorgung auf qualitativ hohem Niveau.

Begründung

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung ist die tragende Säule einer verlässlichen medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland.

Der finanzielle Anteil, den die GKV für die ambulante Versorgung aufwenden muss, liegt bei etwa 16,5% der Gesamtkosten. Der ambulante Bereich ist nicht der Kostentreiber! Weitere Einschnitte gefährden hier eine angemessene Versorgung.

Vielmehr ist es höchste Zeit, die Beitragsmittel der GKV von versicherungsfremden Leistungen, die grundsätzlich Aufgabe einer Finanzierung durch Steuermittel sind, zu entlasten. Die Forderung des GKV-Spitzenverbandes und der Politik nach Beitragsstabilität um jeden Preis verkennt die Versorgungsrealität und -notwendigkeit vollständig. Ein Ausgabenmoratorium wird die Situation verschärfen.

Die veröffentlichten Vorschläge der GKV zu Einsparpotenzialen zu Lasten der ambulanten Versorgung werden zu einer weiteren Verschärfung des Fachkräftemangels, einer Rationierung der Versorgungsangebote und zu verlängerten Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten führen. Ganz im Gegenteil: die notwendigen Leistungen sind zukünftig entbudgetiert zu vergüten, auch im fachärztlichen Versorgungsbereich! Es darf kein Tabu sein, im Zusammenhang mit steigenden Kosten auch die Strukturen der Krankenkassen in den Blick zu nehmen. Ausschließlich auf das Leistungsgeschehen an Patientinnen und Patienten zu fokussieren, ist nicht zielführend.



Innerhalb der GKV sind Ausgaben für die eigene Verwaltung, Gehaltsanpassung von 12% und Marketing- Kampagnen einer kritischen Bewertung zu unterziehen. Hier werden große Beträge, die schlussendlich aus dem Beitragsaufkommen der Versicherten (und deren Arbeitgebenden) stammen, nicht im Sinne der medizinischen Versorgung eingesetzt.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 15 neu: Diversität hausärztlicher Versorgung erhalten und stärken

Die Vielfalt hausärztlicher Versorgungsformen ist eine Stärke unseres Gesundheitswesens. Sie ermöglicht eine niedrigschwellige, individuelle und resiliente Versorgung, die sozial- und patientenzentriert ist und sich an der Lebensrealität sowie den Lebensumständen der Menschen orientiert.

Die Bundesdelegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes bekennt sich ausdrücklich auch zur hausärztlichen Einzelpraxis als einem zentralen Pfeiler der ambulanten Versorgung in Deutschland – heute wie in Zukunft.

Die Delegiertenversammlung fordert Politik, Selbstverwaltung und alle beteiligten Akteure im Gesundheitswesen auf, auch die Einzelpraxis mit verlässlichen Rahmenbedingungen und verbindlichem Bekenntnis als attraktive, tragfähige und qualitativ hochwertige Versorgungsform gleichwertig neben anderen Modellen zu sichern und weiterzuentwickeln.

Begründung

Erst die Vielfalt der Versorgungsformen sichert eine stabile, hausärztliche Versorgung unserer Bevölkerung. Unterschiedliche Versorgungsformen orientieren sich an den Bedürfnissen der zu versorgenden Menschen, aber auch an jenen die sich für eine Niederlassung entscheiden. Die Einzelpraxis ist hierbei kein Auslaufmodell - sondern eine in sich vielseitige und wandlungsfähige Möglichkeit der Versorgungsform.

Die Einzelpraxis steht für ein hochverbindliches, kontinuierliches Arzt-Patienten-Verhältnis, das durch persönliche Verantwortung, fachliche Unabhängigkeit und langjährige Beziehung geprägt ist. Sie ermöglicht eine medizinisch und menschlich dichte Versorgung, die insbesondere bei chronischen und multimorbiden Patientinnen und Patienten zur Versorgungsqualität beiträgt.

Gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen sichert die Einzelpraxis wohnortnahe Versorgung – flexibel, effizient und niedrigschwellig. Sie ist damit ein unverzichtbarer Bestandteil eines solidarischen und flächendeckenden Gesundheitssystems.

Die Einzelpraxis ist kein rückwärtsgewandtes Solistenmodell, sondern eine moderne Form ärztlicher Selbstbestimmung. Sie ist offen für Weiterentwicklung – etwa als TeamPraxis mit interprofessioneller Zusammenarbeit, digitaler Unterstützung und neuen Arbeitszeitmodellen. Ihre Wandlungsfähigkeit darf nicht übersehen werden. Nicht selten entwickeln sich aus Einzelpraxen andere Versorgungsformen - für viele Hausärztinnen und Hausärzte ist sie ein Modell zum Einstieg, das erhalten werden muss. Gerade für den hausärztlichen Nachwuchs bleibt die Einzelpraxis eine attraktive Perspektive, Medizin selbstbestimmt, verantwortungsvoll und patientennah zu gestalten. Ein System, das diese Möglichkeit nicht sichtbar und anerkannt erhält, riskiert, junge Ärztinnen und



Ärzte, die bewusst eigenständig und/ oder in kleinen Versorgungseinheiten arbeiten möchten, unnötig von der Niederlassung abzuhalten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 27: Schaffung eines iMVZ-Regulierungsgesetzes

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordern die neue Bundesregierung auf, das im Koalitionsvertrag angekündigte iMVZ-Regulierungsgesetz schnell umzusetzen. Grundlage soll die EntschlieÙung des Bundesrates vom 16.06.2023 sein, der nicht nur ein Transparenzregister, sondern darüber hinaus räumliche und versorgungsanteilige Begrenzungen fordert.

Begründung

In der Begründung seiner EntschlieÙung vom 16.06.2023 verweist der Bundesrat (siehe: *Beschlussdrucksache Bundesrat vom 16.06.2023*) auf das rasante Wachstum von MVZ mit dem Risiko von Konzentrationsprozessen. Die steigende Zahl investorengetragener MVZ gefährde zudem eine flächendeckende, umfassende Versorgung. So verlagerten Investoren die Versorgungskapazitäten tendenziell in lukrative Ballungsgebiete und legten einen stärkeren Fokus auf gut skalierbare und umsatzsteigernde Leistungen mit der möglichen Folge, dass nicht mehr das gesamte Behandlungsspektrum abgebildet wird.

Um diesen Tendenzen zu begegnen, sieht die EntschlieÙung des Bundesrates (siehe: *Beschlussdrucksache Bundesrat vom 16.06.2023*) konkrete Maßnahmen gegen Konzentrationsprozesse vor, unter anderem die Schaffung eines bundesweiten MVZ-Registers und eine Kennzeichnungspflicht für Träger und Betreiber auf dem Praxisschild vor, da die realen Eigentumsverhältnisse meist nicht ersichtlich seien, vor allem nicht für die Patienten vor Ort.

Darüber hinaus sollen Krankenhäuser künftig nur in einem Umkreis bis zu 50 Kilometer von ihrem Sitz ein MVZ gründen können. Auch wird die Einführung von Höchstversorgungsanteilen für Hausärztinnen und Hausärzte und Fachärztinnen und Fachärzte – sowohl bezogen auf die arztgruppenbezogenen Planungsbereiche als auch auf den gesamten Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen – vorgesehen.

Zudem enthält die EntschlieÙung des Bundesrates Regelungsvorschläge, um die Unabhängigkeit der ärztlichen Berufsausübung im MVZ vor dem Einfluss von Kapitalinteressen zu schützen, beispielsweise durch einen besonderen Abberufungs- und Kündigungsschutz für die ärztliche Leitung und Vorgaben zu deren Mindesttätigkeitsumfang.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



TOP 5. – Digitales

Beschluss 22: Digitale Versorgung ja – aber bitte praxistauglich

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, die geplante Hochlauf-Phase der elektronischen Patientenakte (ePA) zwingend zu nutzen, um zentrale Kriterien der Nutzbarkeit in der Versorgung zu prüfen und erst auf dieser Grundlage über eine verpflichtende Nutzung zu entscheiden. Vor einer verpflichtenden Einführung müssen zentrale Anforderungen wie Datensicherheit, technische Stabilität und Nutzerfreundlichkeit zuverlässig erfüllt sein. Die Einbeziehung der ärztlichen Anwenderinnen und Anwender – insbesondere durch eine begleitende Nutzerbefragung – ist zwingend erforderlich. Sanktionen oder Honorarkürzungen im Zusammenhang mit der ePA lehnen wir entschieden ab.

Begründung

Die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) ist ein bedeutender Schritt hin zu einer digital unterstützten, vernetzten Versorgung, deren Umsetzung die Hausärztinnen und Hausärzte seit vielen Jahren fordern. In der Theorie bietet sie die Chance auf mehr Transparenz, bessere Informationsflüsse und sektorenübergreifende Kommunikation. Der gegenwärtige Entwicklungsstand und die Umsetzung in vielen PVS lässt jedoch grundlegende Anforderungen an Datenschutz, Nutzbarkeit und Praxistauglichkeit weiterhin offen.

Insbesondere die Benutzeroberflächen sind aus Sicht vieler Praxen häufig nicht intuitiv bedienbar und erschweren die Integration der ePA in den Versorgungsalltag. Auch der technische Support und die Anbindung an bestehende Praxisverwaltungssysteme sind vielerorts nicht verlässlich gewährleistet. Die Folge ist eine erhebliche Verunsicherung bei den Anwenderinnen und Anwendern – und eine hohe Fehleranfälligkeit im laufenden Betrieb. Datenschutzrechtlich bestehen ebenfalls nach wie vor offene Fragen, etwa im Hinblick auf die tatsächliche Datenhoheit der Patientinnen und Patienten, die Zugriffskontrolle und die Verantwortung für versehentliche Datenverluste oder -freigaben.

Vor diesem Hintergrund muss die Hochlauf-Phase genutzt werden, um die oben genannten Mängel zu beseitigen, bevor über eine verpflichtende Umsetzung entschieden wird. Die ärztlichen Praxen sind keine Testlabore unausgereifter Technik, sondern tragende Säule der Versorgung. Deshalb müssen die grundlegenden Voraussetzungen für die Nutzung der ePA erfüllt sein. Dazu gehört auch, dass eine strukturierte Nutzerbefragung unter Hausärztinnen und Hausärzten durchgeführt wird – um reale Anwendungshürden zu identifizieren und gezielt zu beseitigen. Digitalisierung kann die Versorgung stärken – aber nur, wenn sie mit und nicht gegen die Praxis geschieht.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 23: Von der Akte zum Nutzen – ePA mit Versorgungslogik denken

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, die inhaltliche Ausgestaltung der elektronischen Patientenakte (ePA) an den tatsächlichen Versorgungsbedarfen zu orientieren. Vorrangig sind folgende Funktionalitäten umzusetzen:



- eine funktionierende Volltextsuche und Filterfunktion für alle Dokumente und Daten innerhalb der ePA
- ein verbindlicher, sektorenübergreifender elektronischer Medikationsplan
- ein automatisiert befüllbarer digitaler Impfpass

Darüber hinaus ist das medizinische Informationsobjekt (MIO) „Labor“ zügig bereitzustellen. Dabei ist sicherzustellen, dass das „Hochladen“ der Laborbefunde in die ePA i.d.R. durch die Laborärzteschaft erfolgt.

Begründung

Die elektronische Patientenakte (ePA) kann ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Kommunikation und Versorgungskoordination sein – vorausgesetzt, sie wird funktional sinnvoll ausgestaltet und praxisnah eingeführt. Statt auf einen umfassenden, aber in der Anwendung oft unübersichtlichen Datenspeicher zu setzen, sollte sich der Gesetzgeber auf konkrete Module konzentrieren, die in der täglichen Versorgung einen unmittelbaren Mehrwert bieten und die relativ leicht umsetzbar sind, um kurzfristig einen möglichst hohen Nutzen zu schaffen.

Dazu gehört an erster Stelle eine funktionierende Volltextsuche sowie Filterfunktionen für alle in die ePA eingestellten Dokumente und Daten. Diese muss verlässlich in allen genutzten Systemen identische Ergebnisse liefern. Bei immer weiterwachsenden digitalen Inhalten der ePA ist die Suchfunktion unerlässlich, um diese im Versorgungsalltag angemessen nutzen zu können. Zu prüfen ist hierbei auch inwiefern die bestehenden PDF-Dokumente und Bilder automatisiert und KI-gestützt in strukturierte Daten umgewandelt werden können, um deren Nutzung und automatisierte Verarbeitung zu ermöglichen.

Ein zweites zentrales Element ist der elektronische Medikationsplan: Er muss verbindlich, einrichtungsübergreifend und vollständig nutzbar sein – inklusive automatischer Aktualisierung bei Verordnungen, Abgaben und Medikationsänderungen im Praxisverwaltungssystem. Die heute vorhandenen Insellösungen sind für eine echte Versorgungstransparenz unzureichend. Der Gesetzgeber muss sicherstellen, dass der eMedikationsplan flächendeckend einsatzfähig wird – mit klaren Zuständigkeiten bei den versorgenden Ärzten und Einrichtungen, verlässlicher Technik und ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand in den Praxen.

Dritter kurzfristig umsetzbarer Punkt ist ein digitaler Impfpass, der einfach, aktuell und für alle an der Versorgung Beteiligten verlässlich einsehbar ist. Gerade mit Blick auf die Organisation von Auffrischungsimpfungen, Kombinationsimpfstoffen oder Reiseimpfungen würde ein strukturierter, digitaler Impfstatus wesentlich zur Sicherheit und Effizienz beitragen und würde helfen die Impfquoten zu erhöhen.

Für eine vollständige Versorgungssicht gehören auch strukturierte Laborwerte in der ePA – nicht als unstrukturierter PDF-Anhang, sondern als standardisiertes, maschinenlesbares Datenformat (MIO-Labor). Das MIO-Labor muss deshalb zeitnah in der ePA umgesetzt werden. Voraussetzung dabei ist, dass die Laborbefunde i.d.R. direkt durch die Laborärztinnen und -ärzte in die ePA eingestellt werden – automatisiert, valide und ohne Mehraufwand für die hausärztlichen Praxen. Nur so kann die ePA zu einem echten Instrument der Versorgung werden – statt zur digitalen Ablagefläche.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 24: Künstliche Intelligenz: Werkzeug, nicht Ersatz – Verantwortung bleibt ärztlich

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, klare gesetzliche Rahmenbedingungen für den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) in der hausärztlichen Versorgung zu schaffen. KI-gestützte Anwendungen können ärztliche Entscheidungen unterstützen, dürfen aber die ärztliche Verantwortung nicht ersetzen. Notwendig sind rechtsverbindliche Vorgaben zur Zertifizierung, Haftung und Transparenz sowie eine verbindliche Verankerung des Themas in der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Auch bei der Entwicklung von medizinischen Leitlinien muss künftig der Nutzung von KI in der Versorgung Rechnung getragen werden.

Begründung

Künstliche Intelligenz (KI) wird die medizinische Versorgung verändern – auch in der Hausarztpraxis. Diagnostik, Therapieentscheidungen, Dokumentation, Kommunikation und Praxismanagement und -verwaltung werden zunehmend durch KI-gestützte Anwendungen begleitet. Das birgt Chancen, etwa durch verbesserte Entscheidungsunterstützung, effizientere Informationsverarbeitung oder automatisierte Routinetätigkeiten. Zugleich stellt sich die Frage, wie ärztliche Verantwortung, Patientensicherheit und menschliche Zuwendung in einer zunehmend algorithmisierten Umgebung erhalten bleiben können.

Für die hausärztliche Versorgung ist klar: KI kann ein wertvolles Werkzeug sein – aber sie ist kein Ersatz für ärztliches Urteilsvermögen, Erfahrung und Empathie. Entscheidungen in der Primärversorgung entstehen im Gespräch, im Kontext und auf Basis eines breiten medizinischen Erfahrungswissens. Dieses lässt sich durch KI ergänzen, aber nicht digital ersetzen.

Es bedarf allerdings gesetzliche Regelungen, die den KI-Einsatz in der Medizin rechtssicher gestalten. Dazu gehören klare Vorgaben zur Zertifizierung von KI-Anwendungen, eindeutige Haftungsregelungen bei Fehlentscheidungen, Transparenzgebote hinsichtlich der Datenbasis und Entscheidungslogik sowie klare Regelungen zum Umgang mit intransparenten „Black Box“-Systemen. Wo die Entscheidungslogik der KI nicht nachvollziehbar transparent gemacht werden kann, muss die KI von externen neutralen Stellen solide evaluiert sein – und Ärztinnen und Ärzte müssen jederzeit das letzte Wort behalten. Die Entwicklung dieser Regelungen kann nur unter Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte gelingen, um die Praxistauglichkeit sicherzustellen.

Gleichzeitig muss die ärztliche Profession befähigt werden, mit diesen Technologien verantwortungsvoll umzugehen. KI-Kompetenz gehört deshalb verbindlich in die Aus-, Weiter- und Fortbildung – sowohl technisch als auch ethisch und kommunikativ. Denn nur, wenn Hausärztinnen und Hausärzte verstehen, wie KI funktioniert und wo ihre Grenzen liegen, kann sie zum Werkzeug im Dienst der Versorgung werden – und nicht zum Störfaktor.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 25: Patienten- bzw. Einweiserportale standardisieren – digitale Kommunikation zwischen Klinik und Praxis verbessern

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, einheitliche Standards für digitale Einweiserportale von Krankenhäusern zu etablieren bzw. hier eine einheitliche



Krankenhausübergreifende Lösung zu schaffen. Diese Portale sollen verpflichtend die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie der Kommunikationsdienste KIM und TIM ermöglichen, um eine sektorenübergreifende, sichere und effiziente Kommunikation zwischen Krankenhäusern und hausärztlichen Praxen zu gewährleisten.

Begründung

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet voran, doch die Kommunikation zwischen Krankenhäusern und hausärztlichen Praxen bleibt oft fragmentiert. Patientenportale, bzw. Einweiserportale, bieten eine webbasierte Plattform, über die niedergelassene Ärztinnen und Ärzte patientenbezogene Daten mit dem Krankenhaus austauschen können.

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz wurden die Krankenhäuser finanziell stark angereizt sogenannte Patientenportale (oder Einweiserportale) zu etablieren. Diese sollen zwar mit der ePA interoperabel sein und internationalen technischen Standards entsprechen, letztlich wird aber von jedem Krankenhaus/ Krankenhausverbund ein eigene Portal betrieben werden.

Diese Portale sind jedoch somit faktisch völlig uneinheitlich gestaltet und nutzen unterschiedliche Standards, was die Integration in den hausärztlichen Praxisalltag massiv erschwert. Je nach Regionen müssen sich hausärztliche Praxen auf dutzende unterschiedliche Portale einstellen. Dies ist in der Praxis nicht leistbar.

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist als zentrale Anwendung der Telematikinfrastruktur (TI) konzipiert und soll medizinische Informationen sektorenübergreifend bündeln. Die Kommunikationsdienste KIM (Kommunikation im Medizinwesen) und TIM (TI-Messenger) ermöglichen den sicheren Austausch medizinischer Dokumente und Nachrichten. Eine verpflichtende Integration dieser Dienste in die Patienten- bzw. Einweiserportale würde die Kommunikation zwischen Krankenhäusern und Hausärztinnen und Hausärzten erheblich verbessern.

Einheitliche Standards in der Struktur und Gestaltung der Patienten- bzw. Einweiserportale würden nicht nur die Interoperabilität fördern, sondern auch die Patientensicherheit erhöhen, indem sie einen schnellen und sicheren Informationsfluss gewährleisten. Der Gesetzgeber ist daher gefordert, klare Vorgaben für die Gestaltung und Nutzung dieser Portale zu schaffen, um eine effektive und effiziente Versorgung sicherzustellen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 37: Digitale Vernetzung mit den Krankenhäusern

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordern den Gesetzgeber auf, die Digitalisierung der Krankenhäuser als nächsten wichtigen Schritt in der Digitalisierung des Gesundheitswesens in Deutschland deutlich zu forcieren. Dafür ist die flächendeckende Nutzung von KIM durch die Krankenhäuser, die bereits vom Gesetzgeber vorgeschrieben ist, zwingende Voraussetzung und muss deshalb praktisch umgesetzt werden. Die Übermittlung von Entlassbriefen in die ambulanten Praxen muss als Medizinischen Informationsobjekt (MIO) Entlassbrief erfolgen,



damit die Daten strukturiert übertragen und automatisiert in den PVS verarbeitet werden können. Dies beinhaltet auch die Übermittlung der aktuellen Entlass-Medikation.

Begründung

Das Besorgen und die Bearbeitung von Entlassungsbriefen aus dem Krankenhaus ist im Moment noch ein sehr zeitraubender Vorgang in der hausärztlichen Praxis. Hier könnten rasch Zeitressourcen gewonnen werden, wenn das Processing der Informationen durch digitale Zugriffsmöglichkeiten vereinfacht werden würde. Das wäre ein wertvoller Zwischenschritt auf dem langen Weg der umfassenden digitalen Vernetzung. Dazu müssten die Krankenhäuser als erstes die bereits bestehende Verpflichtung zur Einrichtung einer KIM Adresse umsetzen. Als weiters sollten die Diagnosen Blöcke vom Format her automatisch in die Patientenverwaltungssoftware der Arztpraxen übernommen werden können und gewünschte Textabschnitte ebenfalls übertragbar sein. Dazu sollte der Krankenhaus-Entlassbrief als medizinisches Informationsobjekt (MIO) realisiert werden. Der Verordnungsbogen sollte immer zur Aktualisierung auf dem Standard des einheitlichen Verordnungsbogens sein und übertragen werden können. Ebenso sollten aus der Patienten-Verwaltungssoftware in der hausärztlichen Praxis Einweisungsschreiben nach dem MIO-Prinzip generiert werden können, die dort elektronisch in die Krankenhausedokumentation übertragen werden können.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 26: Weg mit dem Papier – digitale Schnittstellen zu Behörden schaffen

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, externen Einrichtungen wie die Landesämtern für Versorgung, die Deutsche Rentenversicherung, die Arbeitsagenturen sowie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zu verpflichten, zeitnah (bis zum 1.1.2027) eine vollständig digitale Kommunikation mit den hausärztlichen Praxen anzubieten. Die Lösungen müssen praxistauglich, datenschutzkonform und in bestehende Systeme (z. B. TI) integrierbar sein.

Begründung

Trotz weitreichender Digitalisierungsinitiativen im Gesundheitswesen erfolgt die Kommunikation zwischen hausärztlichen Praxen und wichtigen externen Einrichtungen – etwa den Landesämtern für Versorgung, der Deutschen Rentenversicherung, den Arbeitsagenturen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst – noch weitgehend analog. Ärztliche Stellungnahmen, Befundberichte und Einschätzungen müssen vielfach ausgedruckt, manuell unterschrieben und postalisch versendet werden. Dieser Prozess ist zeitaufwändig, fehleranfällig und bindet erhebliche personelle Ressourcen in den Praxen.

Gerade im Kontext zunehmender Versorgungsbelastungen und Fachkräftemangels ist diese analoge Bürokratie nicht mehr zeitgemäß. Eine moderne, digitale Kommunikation würde nicht nur die Effizienz erhöhen, sondern auch die Rechtssicherheit verbessern und administrative Abläufe beschleunigen. Hausärztinnen und Hausärzte brauchen praxistaugliche, anwenderfreundliche und datenschutzkonforme Lösungen – idealerweise eingebunden in bestehende Kommunikationssysteme wie KIM oder die Telematikinfrastruktur.



Dabei ist es entscheidend, dass die Bedürfnisse und Arbeitsrealitäten der hausärztlichen Praxen frühzeitig in die Entwicklung solcher Systeme einfließen. Digitalisierung darf nicht über die Köpfe der Versorgungspraxis hinweg organisiert werden, sondern muss gemeinsam mit ihr gestaltet werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 18: Vermeidung von Regressen durch Transparenz und technische Integration

Regressforderungen gegenüber Vertragsärztinnen und Vertragsärzten stellen einen erheblichen wirtschaftlichen und administrativen Schaden dar. Sie belasten nicht nur die betroffenen Praxen, sondern auch die Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlichen Krankenkassen mit vermeidbarem bürokratischem Aufwand. Zur effektiven Vermeidung von Regressen ist es zwingend erforderlich, dass Ärztinnen und Ärzte bereits im Rahmen ihrer Verordnungsentscheidungen vollständige Transparenz über die wirtschaftlichen Prüfmechanismen erhalten.

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband fordert, Regressforderungen durch technische Prävention bereits im Vorfeld zu verhindern, um so sowohl Praxen als auch die Selbstverwaltung und Kostenträger deutlich zu entlasten.

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Hersteller von Praxisverwaltungssoftware (PVS) werden aufgefordert, sämtliche Algorithmen, Mechanismen, Prüfprotokolle, Programme und sonstigen Verfahren, mit denen die Wirtschaftlichkeit ärztlicher Verordnungen geprüft wird, vollständig und transparent offenzulegen und zugänglich zu machen.
2. Die Hersteller von Praxisverwaltungssoftware werden aufgefordert, diese Prüfmechanismen und -protokolle in ihre Systeme zu integrieren, sodass eine unmittelbare Rückmeldung zur Wirtschaftlichkeit einer Verordnung im Rahmen der täglichen Arbeit in der Praxis möglich wird.
3. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen darauf hinwirken, die Integration dieser Prüfmechanismen in die jeweiligen PVS verbindlich vorzuschreiben, sodass alle Ärztinnen und Ärzte von einer frühzeitigen Prüfung und Rückmeldung profitieren können.

Begründung

mündlich

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 10: Telemedizin sinnvoll einbinden – Versorgung koordinieren, Ressourcen schonen

Die Delegiertenversammlung fordert den Bundesvorstand auf, sich gegenüber dem Gesetzgeber, den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen dafür einzusetzen, dass telemedizinische Leistungen sinnvoll in die hausärztliche Versorgung eingebunden werden. Telemedizinische Angebote dürfen die koordinierte Versorgung nicht schwächen oder zu unnötigen Doppelstrukturen führen. Krankenkassen sind aufgefordert, keine parallelen Inanspruchnahmewege



zu schaffen, die zulasten der Versorgungskontinuität, der Versorgungsqualität und der Effizienz gehen.

Begründung

Telemedizin bietet ohne Frage Chancen für eine moderne, zugängliche Versorgung – etwa in strukturschwachen Regionen oder zur kurzfristigen Klärung klar umrissener Fragestellungen. Problematisch wird es jedoch, wenn telemedizinische Angebote außerhalb bestehender Versorgungspfade agieren und keinen strukturierten Rückfluss in die originär behandelnde Praxis ermöglichen. Das führt in der gelebten Praxis zu Mehrfachkontakten, überflüssiger Diagnostik, doppelten Kosten und nicht selten zu verunsicherten Patientinnen und Patienten.

Ein typisches Szenario: Patientinnen oder Patienten konsultieren am späten Nachmittag telemedizinische Dienste, erhalten dort eine erste Einschätzung, jedoch keine abschließende Versorgung – z. B. keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder Therapieempfehlung. Am Folgetag erscheinen sie in der Hausarztpraxis, die den Fall dann erneut aufarbeitet – mit entsprechendem Aufwand und ohne echte medizinische Effizienz. So entstehen Versorgungslücken und Kosten, ohne dass die Qualität steigt.

Hinzu kommt, dass telemedizinische Leistungen derzeit häufig von Krankenkassen aktiv beworben werden – unabhängig vom regionalen Versorgungsbedarf. Das konterkariert nicht nur das Primärarztsystem, sondern schwächt auch die Patientenbindung und Gesundheitskompetenz. Telemedizinische Angebote müssen in bestehende Versorgungsstrukturen eingebunden werden – mit klarer Verantwortlichkeit, Rückmeldung an die weiterbehandelnde Praxis und eindeutiger Finanzierung.

Die Delegiertenversammlung spricht sich daher für eine koordinierte, ressourcenschonende und patientenorientierte Einbindung telemedizinischer Leistungen aus – zur Unterstützung, nicht zur Umgehung der hausärztlichen Versorgung.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



TOP 6. – Bericht aus den Foren des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes

Beschluss 14: Ärztegesundheit in der Weiterbildung

Die Bundesärztekammer wird aufgefordert sich dafür einzusetzen, dass die Ärztegesundheit über das Genfer Gelöbnis hinaus zu einer gelebten Praxis wird.

Konkret sollte dem ärztlichen Nachwuchs ermöglicht werden eine gesündere Einstellung zur eigenen Krankheit und Gesundheit zu entwickeln. Dafür ist es wichtig, Krankheit als solche anzuerkennen und zu akzeptieren.

Dies soll bereits in der Weiterbildung umgesetzt werden: Krankheitstage dürfen in der Weiterbildung nicht mehr zu Lasten von Lern- oder Urlaubstagen gehen! Die Möglichkeit einer begrenzten Zahl von Krankheitstagen, die für die Weiterbildungszeit zählen, muss auch im Paragrafenteil der (Muster-) Weiterbildungsordnung ergänzt werden, durch eine angemessene und einheitliche Fehlzeitenregelung von z. B. 6 Wochen pro Kalenderjahr. Das oft vorgebrachte Gegenargument, dass Einzelfallentscheidungen auf Kammerebene flexibler wären, trägt hier nicht, da die Kammern nach Einführung einer festgeschriebenen Mindestzahl möglicher Krankheitstage gegebenenfalls auch darüber hinausgehen könnten.

Begründung

Die Bundesärztekammer bekennt sich zum Genfer Gelöbnis. In diesem ist folgender Satz deklariert: „*Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.*“

Um dieses Bekenntnis zur Ärztegesundheit mit Leben zu füllen, müssen Ärztinnen und Ärzte von Anfang an an den Erhalt der eigenen Gesundheit herangeführt werden. Bislang ist dies in den Rahmenbedingungen während der Weiterbildung nicht ausreichend umgesetzt: In der Musterweiterbildungsordnung werden Unterbrechungen der Weiterbildung durch Krankheitstage nicht zur Weiterbildungszeit gezählt. Dies ist realitätsfern und widerspricht dem kompetenzbasierten Ansatz der (Muster-) Weiterbildungsordnung.

13 von 17 Ärztekammern haben inzwischen (Stand 04/25) eine angemessene Fehlzeitenregelung in ihre Weiterbildungsordnung aufgenommen. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, auch in der künftigen (Muster-)Weiterbildungsordnung einen entsprechenden Passus mit aufzunehmen, und so die fehlenden Kammern zu einer diesbezüglichen Regelung zu motivieren und dem Anspruch einer bundesweit einheitlichen Umsetzung der (Muster-) Weiterbildungsordnung zu genügen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 13: Hausärztliche Weiterbildung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nur wenn die Qualitätskriterien erfüllt werden

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband fordert die Ärztekammern auf, die Weiterbildungs-Befugniserteilung strikt an den Vorgaben zu orientieren, die in der Weiterbildungsordnung festgelegt sind.

Insbesondere Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level 1i Krankenhäuser) müssen alle Bedingungen zur Befugniserteilung für den ambulanten Teil der Allgemeinmedizinischen Weiterbildung erfüllen. Die Ärztekammern haben darauf zu achten, dass u. a. der § 4 (Art, Inhalt und Dauer) Abs. 5 in der (Muster-) Weiterbildungsordnung („*Sie (die Weiterbildung) setzt die Beteiligung an sämtlichen ärztlichen Tätigkeiten in dem Bereich voraus, in dem die Weiterbildung erfolgt.*“) bei der Befugniserteilung geprüft wird.

Begründung

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) sieht die verpflichtende Ermächtigung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen zur hausärztlichen Versorgung vor. Damit würde auch ein Weiterbildungsabschnitt Allgemeinmedizin in diesen Einrichtungen ermöglicht werden.

Zur hausärztlichen Versorgung gehören jedoch insbesondere die Behandlungskontinuität, das Handeln im Niedrigprävalenzbereich und die Möglichkeit der Patientenversorgung in der Häuslichkeit. Diese Aspekte müssen in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen abgedeckt werden, andernfalls können Abschnitte in diesen Einrichtungen nicht für den Weiterbildungsabschnitt Allgemeinmedizin angerechnet werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 12: Wartezeit bis zur Facharztprüfung

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands e.V. fordert die Ärztekammern auf, Regelungen einzuführen, die gewährleisten, dass die Facharztprüfung Allgemeinmedizin bei rechtzeitiger Beantragung z. B. innerhalb von 4 Wochen nach Vollendung der Weiterbildungszeit stattfindet. Um diese zeitnahe Vergabe von Prüfungsterminen sicherzustellen, sollten die Ärztekammern die Antragstellung zur Zulassung zur Facharztprüfung Allgemeinmedizin und die Prüfung der bereits vorhandenen Unterlagen auch vor vollständigem Abschluss der Weiterbildungszeit ermöglichen und das konkrete Vorgehen öffentlich und transparent, beispielsweise über die Internetseiten der zuständigen Ärztekammern, kommunizieren.

Begründung

Die Wartezeiten nach Abschluss der eigentlichen Weiterbildungszeit bis zur Facharztprüfung Allgemeinmedizin unterscheidet sich zwischen den Bundesländern und auch innerhalb der Bundesländer je nach Zuständigkeitsbereich stark. Auch Wartezeiten von mehreren Monaten sind möglich. Da jedoch nach Vollendung der Weiterbildungszeit die entsprechende Weiterbildungspraxis keine Zuschüsse der kassenärztlichen Vereinigung zur Zahlung des Gehaltes der angestellten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung mehr erhält, kann diese Wartezeit die Arbeitslosigkeit und große finanzielle Einbußen der ÄiWs zur Folge haben, wenn aufgrund des



fehlenden Zuschusses das Arbeitsverhältnis beendet wird. Hier entsteht dementsprechend eine Ungleichbehandlung zwischen ÄiWs Allgemeinmedizin und in der Klinik tätigen Ärztinnen und Ärzten, die in der Regel ohne Unterbrechung bis zur Facharztprüfung weiterbeschäftigt werden.

Folglich müssen die zuständigen Ärztekammern gewährleisten, dass die Facharztprüfung Allgemeinmedizin zeitnah innerhalb von z. B. 4 Wochen nach Vollendung der Weiterbildungszeit stattfinden kann. Um die bürokratischen Hürden dieser Aufgabe zu reduzieren, sollte daher auch die Beantragung und Prüfung der am Ende der Weiterbildungszeit fast vollständigen Unterlagen bereits vor Ende der kompletten Weiterbildungszeit ermöglicht werden. Insbesondere kleinere Kammern können von einer früh-zeitigen Prüfung der Unterlagen profitieren, da so eine bessere Planbarkeit der Prüfungen auch bei geringerer Gesamtzahl an Prüflingen gewährleistet wird.

Ein wichtiger Aspekt bei der Umsetzung ist darüber hinaus die transparente Kommunikation, da aktuell jede Ärztekammer eigene Regeln bei den zeitlichen Aspekten der Beantragung und Unterlagenprüfung nutzt, welche meist nicht öffentlich einsehbar sind.

Bereits jetzt stellen einzelne Ärztekammern online die Verfahren zur Prüfung der Unterlagen oder zur Vergabe der Prüfungen und Prüfungszeiträumen transparent da (beispielsweise LÄK Hamburg oder Nordrhein) und ermöglichen durch frühzeitige Prüfung der Unterlagen auch zeitnahe Prüfungstermine.

Diese Beispiele können als Vorbild und Anhaltspunkte dienen, um die aktuellen Verfahren anderer LÄKs zu überarbeiten. Sollten einzelne ÄiWs nicht unmittelbar nach Vollendung der Weiterbildungszeit zur Prüfung antreten wollen, so kann wie bisher auch später erst ein Antrag zur Zulassung zur Prüfung gestellt werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 20: Einsatz des Vorstands für eine verbändeübergreifende Abstimmung zur Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs und zur Vorbereitung des 129. Deutschen Ärztetages

In Fortführung der Beschlüsse aus Münster (April 2023) und Berlin (September 2024) wird der Vorstand des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes aufgefordert, sich aktiv dafür einzusetzen, dass der TOP zur Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs auf dem 129. Deutschen Ärztetag mit einem positiven Beschluss zur gesetzlichen Neuregelung außerhalb des Strafgesetzbuches verabschiedet wird.

Begründung

Wir Hausärztinnen und Hausärzte sind oft die ersten medizinischen Ansprechpersonen für Patientinnen und Patienten - niedrigschwellig, kontinuierlich, vertraut. Wir erleben unmittelbar, welche praktischen, emotionalen und strukturellen Hürden die derzeitige gesetzliche Regelung für ungewollt Schwangere schafft.



Diese Schlüsselrolle im Versorgungsprozess verpflichtet uns, aktiv auf bestehende Missstände hinzuweisen und an politischen wie standespolitischen Lösungen aktiv mitzuwirken. Die aktuelle Versorgungslage beim Schwangerschaftsabbruch ist bundesweit lückenhaft und unzureichend:

- Laut der ELSA-Studie (2024) hängt der Zugang stark vom Wohnort ab - in mehreren Landkreisen gibt es keinerlei wohnortnahe Angebote.
- Fast ein Drittel der Betroffenen muss weite Wege auf sich nehmen – teils über 100 km.
- Immer weniger Ärztinnen und Ärzte bieten Schwangerschaftsabbrüche an: Laut Pro Familia (2024) ist die Zahl der durchführenden Praxen seit 2003 um über 40 % gesunken.
- Laut ELSA-Studie berichten 65 % der Ärztinnen und Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, von persönlicher oder beruflicher Stigmatisierung.
- Die Integration des Themas in die ärztliche Aus- und Weiterbildung ist unzureichend - viele der Fachärztinnen und Fachärzte haben keine praktische Erfahrung mit Abbrüchen gesammelt, was eine strukturelle Versorgungslücke in der Zukunft bedeutet.

Diese Unterversorgung verletzt die gesundheitliche Chancengleichheit von Frauen und stellt auch die hausärztliche Versorgung vor ethische und praktische Herausforderungen. Denn wir begleiten Patientinnen, für die es weder adäquate medizinische noch psychosoziale oder rechtlich abgesicherte Angebote gibt.

Die von der Bundesregierung eingerichtete Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung hat in ihrem Bericht (April 2024) festgestellt, dass die aktuelle Regelung nicht haltbar ist. Sie empfiehlt eine Entkriminalisierung sowie eine gesetzliche Neuregelung außerhalb des Strafrechts.

Bereits die Beschlüsse der Hausärztetage aus Münster (April 2023) und Berlin (September 2024) haben unterstrichen, dass sich der Hausärztinnen- und Hausärzteverband für eine sachgerechte, versorgungsorientierte und menschenwürdige Regelung einsetzt. Jetzt ist es an der Zeit, daraus konkrete Schritte abzuleiten:

- eine koordinierte, verbändeübergreifende Vorbereitung auf den Ärztetag 2025,
- eine klare Positionierung für eine menschenrechtskonforme, wohnortnahe und entstigmatisierte Versorgung,
- die Unterstützung des durch das Forum Hausärztinnen auf der Klausurtagung am 08.05.2025 in Köln erarbeiteten Antrages zur Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs für den 129. DÄT

Vor diesem Hintergrund ist es folgerichtig, dass sich der Verband aktiv an der erwartbar kontroversen Debatte auf dem Deutschen Ärztetag 2025 beteiligt – als Stimme der Versorgung und im Sinne unserer Patientinnen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



TOP 11. – Anträge zu anderen Themen und Verschiedenes

Beschluss 11: Aufnahme von Ärzten und Psychotherapeuten in den § 115 StGB aufgrund zunehmender Gewalt in Arztpraxen

Der Bundesgesetzgeber wird aufgefordert, aufgrund der zunehmenden Gewalt gegen Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeitern, Praxis-Teams der niedergelassenen Ärzteschaft in den § 115 StGB aufzunehmen.

Begründung

In den letzten Jahren haben die Berichte über gewalttätige Vorfälle in Arztpraxen, die von verbalen Angriffen bis hin zu physischen Übergriffen reichen, stark zugenommen. Diese Entwicklungen gefährden nicht nur die Gesundheit und Sicherheit der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten, sondern auch die der Patienten und Praxisangestellten.

Mit der Aufnahme in den § 115 StGB soll gewährleistet werden, dass Ärzte, Psychotherapeuten und Praxispersonal einen verbesserten Schutz und entsprechende Unterstützungsmaßnahmen erhalten. Dazu gehören unter anderem:

1. Präventive Maßnahmen: Schulungen für das Praxisteam im Umgang mit gewalttätigen Situationen.
2. Rechtliche Unterstützung: Bereitstellung von Rechtsberatung und Vertretung im Falle von Übergriffen.
3. Psychologische Betreuung: Zugang zu psychologischer Unterstützung und Beratung für betroffene Ärzte und Psychotherapeuten.

Diese Maßnahmen sind notwendig, um die Arbeitsbedingungen in Arztpraxen zu verbessern und die Sicherheit aller Beteiligten zu gewährleisten.

Der Bundesgesetzgeber wird aufgefordert, unter Einbeziehung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und den Verbänden der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erneut die entsprechenden Schritte zur Aufnahme in den § 115 StGB einzuleiten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 32: Gewalt gegen Frauen

Hausärztinnen und Hausärzte sind erste Ansprechpartner für Frauen in Not. In der hausärztlichen Arbeit sind wir prädestiniert eine umfassende Hilfestellung für dieses bisher ungelöste gesellschaftliche Problem anzubieten. Dazu wären folgende Maßnahmen zu empfehlen:

1. Niederschwellige Information und Ansprache der Frauen bundesweit in den hausärztlichen Praxen mittels Wartezimmer TV, Flyern und Plakaten- mehrsprachig (Aufklärung über Tatbestände, Rechte und Hilfemöglichkeiten- Erstellen eines Spots durch den HÄ-Verband), ggf. TV.-Spot (gesponsert von der Bundesregierung oder einer Stiftung mit Hinweis auf die Ansprechmöglichkeit in den HA.-Praxen), wie zum Beispiel <https://rtb-gesundheit.de/praxismaterialien>



2. Vorhaltung einer umfassenden Informationsquelle für die Hausärztinnen und Hausärzte über die rechtlichen Rahmenbedingungen (Gewalt in der Ehe, sexuelle Gewalt, Femizid, Stalking) und Hilfsangebote, zum Beispiel durch den weiteren Ausbau und verstärkte Bewerbung der vorhandenen Deximed-Rubrik: „Gewalt gegen Frauen“, wie zum Beispiel: <https://www.bda-hausaerzteverband.de/arbeitsgruppen/gewalt-in-der-haeuslichkeit> und <https://deximed.de/home/praxiswissen/thema-der-woche-archiv/2023-w49>
3. Information für die Kolleginnen und Kollegen des Stellenwertes dieses Problem, der Präsentationsformen und der „Symptome“ und Hilfsmöglichkeiten durch einen PTQZ-Vortrag und gegebenenfalls Vortrag auf Hausärztetagen, practica etc.

Begründung

180.715 Frauen wurden 2023 Opfer von Partnerschaftsgewalt. Das sind 5,6 Prozent mehr als im Vorjahr. 70 Prozent der Opfer häuslicher Gewalt sind Frauen. Knapp 90 Prozent der Täter sind Männer. Gewalt in und nach einer Beziehung gehört für viele Frauen zum Alltag (2). Femizide und Gewalt gegen Frauen sind ein strukturelles und gesamtgesellschaftliches Problem. Sie resultiert meist aus vermeintlichen Besitzansprüchen, die (Ex-)Partner, Väter oder Brüder gegenüber Frauen und Mädchen hegen. Alleine im Jahr 2023 sind laut BKA 155 Frauen in Deutschland durch ihren (Ex-)Partner getötet worden (1). Nancy Faser: „Fast jeden Tag sehen wir einen Femizid in Deutschland. Alle drei Minuten erlebt eine Frau oder ein Mädchen in Deutschland häusliche Gewalt. Jeden Tag werden mehr als 140 Frauen und Mädchen in Deutschland Opfer einer Sexualstraftat. Sie werden Opfer, weil sie Frauen sind. Das ist unerträglich – und verlangt konsequentes Handeln.“ (3). Bisher gibt es keine befriedigende gesellschaftliche Antwort auf dieses Problem. Wir Hausärztinnen und Hausärzte können uns als kompetenter niederschwelliger Ansprechpartner anbieten, dem sich Frauen anvertrauen können. Dazu müssen wir vom Hausärztinnen und Hausärzteverband offensiv uns anbieten und die Problematik breit thematisieren und bewerben.

180.715 Frauen wurden 2023 Opfer von Partnerschaftsgewalt. Das sind 5,6 Prozent mehr als im Vorjahr. 70 Prozent der Opfer häuslicher Gewalt sind Frauen. Knapp 90 Prozent der Täter sind Männer. Gewalt in und nach einer Beziehung gehört für viele Frauen zum Alltag (2). Femizide und Gewalt gegen Frauen sind ein strukturelles und gesamtgesellschaftliches Problem. Sie resultiert meist aus vermeintlichen Besitzansprüchen, die (Ex-)Partner, Väter oder Brüder gegenüber Frauen und Mädchen hegen. Alleine im Jahr 2023 sind laut BKA 155 Frauen in Deutschland durch ihren (Ex-)Partner getötet worden (1). Nancy Faser: „Fast jeden Tag sehen wir einen Femizid in Deutschland. Alle drei Minuten erlebt eine Frau oder ein Mädchen in Deutschland häusliche Gewalt. Jeden Tag werden mehr als 140 Frauen und Mädchen in Deutschland Opfer einer Sexualstraftat. Sie werden Opfer, weil sie Frauen sind. Das ist unerträglich – und verlangt konsequentes Handeln.“ (3). Bisher gibt es keine befriedigende gesellschaftliche Antwort auf dieses Problem. Wir Hausärztinnen und Hausärzte können uns als kompetenter niederschwelliger Ansprechpartner anbieten, dem sich Frauen anvertrauen können. Dazu müssen wir vom Hausärztinnen- und Hausärzteverband offensiv uns anbieten und die Problematik breit thematisieren und bewerben.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 28 neu: Abschaffung der TSVG-Terminregelung

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordern die neue Bundesgesundheitsministerin auf, die seit 1. Januar 2023 geltenden Regelungen zur TSVG-Terminregelung durch eine geeignete Neuregelung zu ersetzen, die den ursprünglichen Willen des Gesetzgebers, nämlich eine schnellere Verfügbarkeit von Facharztterminen zu gewährleisten, tatsächlich gerecht wird, und einen entsprechenden Vorschlag in das parlamentarische Verfahren umgehend einzubringen.

Begründung

Die im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) zum 1. Januar 2023 neu eingeführte Konstellation des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) hat massive Auswirkungen auf die ambulante fachärztliche Versorgung in Deutschland. Die vom Gesetzgeber gewollte schnellere Terminverfügbarkeit bei niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten hat sich nicht erfüllt, im Gegenteil. Hausärztinnen und Hausärzte erleben einen immer schwerer werdenden Zugang ihrer Patientinnen und Patienten zu einer fachärztlichen Weiterbehandlung. Die zum 1. Januar 2023 wirksam gewordenen Änderungen am TSVG müssen durch eine wirksame Gesetzesänderung ersetzt werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 9 neu: Auftrag an die Politik zur Änderung des Einsatzes von Leasingkräften in Pflegeeinrichtungen und Pflegeheimen

Der zunehmende Einsatz von Leasingkräften im Rahmen der Arbeitnehmerüberlassung in Pflegeeinrichtungen und Pflegeheimen führt zu erheblichen Problemen, die sowohl die Versorgungsqualität als auch die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten negativ beeinflussen. Aus diesem Grund fordern wir die Politik dringend auf, Maßnahmen zu ergreifen, um diesen Missstand zu beheben und die Pflegequalität in Deutschland nachhaltig zu verbessern.

Der Einsatz von Leasingkräften in Pflegeeinrichtungen ist keine nachhaltige Lösung für den Fachkräftemangel und führt zu erheblichen Qualitätsmängeln in der Pflege. Wir appellieren daher an die Politik, dringend Maßnahmen zu ergreifen, um den Einsatz von Leasingkräften zu begrenzen und die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte zu verbessern. Nur so kann eine qualitativ hochwertige und bedürfnisorientierte Pflege gewährleistet werden.

Begründung

1. Problembeschreibung

Der Einsatz von Leasingkräften in Pflegeeinrichtungen hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Diese Entwicklung ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, darunter der Fachkräftemangel und der wirtschaftliche Druck auf Pflegeeinrichtungen. Leasingkräfte werden oft kurzfristig und flexibel eingesetzt, was zwar kurzfristige Personalengpässe lindern kann, jedoch langfristig zu erheblichen Nachteilen führt:



Verschlechterung der Versorgungsqualität: Leasingkräfte sind oft nicht ausreichend in die Abläufe und Standards der jeweiligen Einrichtung eingearbeitet. Dies führt zu einer inkonsistenten Pflegequalität und erhöht das Risiko von Pflegefehlern.

Mangelnde Kontinuität: Der häufige Wechsel von Leasingkräften erschwert den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen. Diese Kontinuität ist jedoch essenziell für eine ganzheitliche und bedürfnisorientierte Pflege.

Schlechtere Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten: Die Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Hausärztinnen und Hausärzten ist entscheidend für eine optimale medizinische Versorgung. Leasingkräfte haben oft keine langfristige Bindung an die Einrichtung und kennen die behandelnden Ärzte nicht gut, was die Kommunikation und Koordination erschweren.

2. Forderungen

Um die genannten Probleme zu adressieren, fordern wir folgende Maßnahmen:

Begrenzung des Einsatzes von Leasingkräften: Setzen Sie gesetzliche Obergrenzen für den Anteil von Leasingkräften in Pflegeeinrichtungen. Dies sollte sicherstellen, dass der Großteil des Pflegepersonals fest angestellt ist und somit eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Pflege gewährleistet werden kann.

Förderung von Festanstellungen: Schaffen Sie Anreize für Pflegeeinrichtungen, mehr festangestelltes Personal zu beschäftigen. Dies könnte durch finanzielle Förderungen oder steuerliche Vergünstigungen erfolgen.

Verbesserung der Arbeitsbedingungen: Investieren Sie in die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Bezahlung von Pflegekräften, um den Beruf attraktiver zu machen und den Fachkräftemangel zu reduzieren.

Stärkung der Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten: Fördern Sie Programme und Initiativen, die die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Hausärztinnen und Hausärzten verbessern. Dies könnte durch regelmäßige Schulungen, gemeinsame Fallbesprechungen und den Einsatz digitaler Kommunikationsplattformen erfolgen.

Die Umsetzung dieser Maßnahmen würde nicht nur die Pflegequalität verbessern, sondern auch zu einer höheren Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen führen. Eine kontinuierliche und vertrauensvolle Pflegebeziehung ist entscheidend für das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Pflegebedürftigen. Zudem würde eine bessere Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten die medizinische Versorgung optimieren und potenziell Kosten im Gesundheitssystem senken, da durch eine bessere Koordination unnötige Krankenhausaufenthalte und Komplikationen vermieden werden können.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 21: HZV-Zuschlag „Klimaresiliente Versorgung“ ausweiten

Der Hausärztinnen- und Hausärzterverband setzt sich dafür ein, dass ein Zuschlag für „Klimaresiliente Versorgung“, der unter anderen in den HZV-Verträgen der AOK Baden-Württemberg und Betriebs- Krankenkassen bereits vertraglich etabliert wurde, auch in allen anderen HZV-Verträgen niederschwellig eingeführt wird.

Begründung

Dieser innovative Zuschlag ermöglicht eine gezielte Beratung besonders gefährdeter Patientengruppen und sollte flächendeckend verfügbar sein, anstatt auf einzelne Verträge beschränkt zu bleiben.

Die Voraussetzung zum Erbringen des Zuschlages soll angemessen niederschwellig sein, sodass der Großteil der Praxen eine kompetente Beratung hierzu anbieten kann.

Vergleiche auch den Beschluss der Delegiertenversammlung | 21./22. September 2023 | Berlin 21.9.2023 - 22.9.2023 - Beschluss 27: Einführung klimasensible Beratung im EBM

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 31: Gesundheitskompetenz stärken: mehr bezahlte hausärztliche Beratungs- und Behandlungszeit

Alle klagen über schwindende Gesundheitskompetenz. Die hausärztliche Beratung stellt eine effektive Kurzintervention zur Förderung der Gesundheitskompetenz dar. Allgemeinmedizinisches Wissen muss die Bevölkerung besser erreichen. Politische Gremien werden aufgefordert, sich für mehr bezahlte hausärztliche Beratungszeit einzusetzen, auch durch das hausärztliche Team.

Begründung

Das individuelle Familienwissen über Gesundheit und Krankheit hat es nicht gut in die neue Zeit geschafft. Erste Selbstbehandlungsschritte bei Krankheit können nicht mehr selbstverständlich vorausgesetzt werden. Wir brauchen mehr hausärztliche Beratungszeit um den Patientinnen und Patienten die ausreichende Kompetenz zur Orientierung in der Informationsvielfalt zu vermitteln.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 35: Das Aus für die Humaninsuline verhindern! Verfügbarkeit von NPH-Insulin sichern

Die Delegierten fordern die Bundesregierung auf, Maßnahmen für die Sicherstellung der Versorgung mit NPH-Insulinen in Deutschland sicherzustellen. Die Bundesregierung wird aufgefordert, frühzeitig mit Europäischen Herstellern in Verhandlungen zu treten, um eine drohende Versorgungslücke zu verhindern. Der Vorstand möge sich hierfür in seiner berufspolitischen Arbeit einsetzen. NPH-



Insuline sind nur ein Beispiel für die Verknappung von essentiell in der Versorgung benötigten Arzneimitteln aufgrund von kommerziellen Interessen. Dem ist entgegenzuwirken.

Begründung

Aufgrund seines Wirkprofils besitzt NPH-Insulin ein therapeutisches Alleinstellungsmerkmal. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt es daher auf der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel. In Deutschland ist jedoch sein Fortbestand auf dem Markt akut gefährdet.

Die schleichende Marktrücknahme stellt ein Marktversagen dar und gefährdet die Versorgungssicherheit. Sie zwingt Patientinnen und Patienten zunehmend zum Wechsel auf Insulinanaloga, die ein ungünstigeres Wirkprofil und deutlich höhere Kosten aufweisen. Aktuell ist lediglich nur noch ein von drei Herstellern bereit, NPH-Insulin für den deutschen Markt bereitzustellen. Die Sicherstellung der Versorgung durch den verbleibenden Anbieter ist ungewiss. Der Einsatz von NPH-Insulin zur Nacht ermöglicht einen sicheren Start mit Insulin in der hausärztlichen Versorgung. Es bietet eine einfache und kosteneffiziente Option – ohne Gewichtszunahme und mit reduziertem Schulungsaufwand. Aktuelle Studien zeigen deutliche Stoffwechselverbesserungen ohne Hypoglykämien oder Hospitalisierungen.

Laut Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) bieten Insulinanaloga keinen nachgewiesenen Vorteil gegenüber Humaninsulinen – weder bei Typ-1- noch bei Typ-2-Diabetes. Der potenziell mitogene Effekt von Insulinanaloga ist weiterhin nicht abschließend geklärt, was mit dem Verbraucherschutz nicht vereinbar ist.

Die Bundesregierung wird aufgefordert, frühzeitig mit Europäischen Herstellern in Verhandlungen zu treten, um eine drohende Versorgungslücke zu verhindern. NPH-Insulin ist gemäß den Empfehlungen der NVL, der DEGAM und der AkdÄ das Referenzpräparat für den Einstieg in die Insulintherapie bei Typ-2- Diabetes und zentraler Bestandteil der DMP. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat NPH-Insulin bereits 2003 als Insulin der ersten Wahl definiert.

Ein Wegfall dieser Therapieoption würde nicht nur die Versorgungsqualität verschlechtern, sondern auch erhebliche Mehrkosten verursachen. Nach Einschätzungen der DEGAM wären jährliche Zusatzkosten in Höhe von etwa 44 Millionen Euro zu erwarten. Auf das „Gemeinsame Statement der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Das Aus für die Humaninsuline verhindern!“ vom 29. Januar 2025 wird verwiesen.

https://www.bka.de/DE/Home/home_node.htmlwww.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere Stellungnahmen/positionspapier_neues_verzeichnis/2025_humaninsuline_statement_degam-akdae.pdf

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 30: Finanzielle Rahmenbedingungen für Forschung in Praxen schaffen

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, im ambulanten hausärztlichen Sektor personelle und finanzielle Rahmenbedingungen zu schaffen, um Gesundheits- und Versorgungsforschung zukünftig sektorenübergreifend vernetzt abbilden zu können.

Begründung

Über 95% der Patientenkontakte und der Großteil medizinischer Behandlungen finden im ambulanten Sektor statt. Von 83,2 Mio. Bürgerinnen und Bürgern werden jährlich 78,4 Mio. in ambulanten Praxen ärztlich behandelt, während Universitätskliniken jährlich etwa 2 Mio. stationär, weitere 12 Mio. ambulant versorgen.

In der Hausarztpraxis ist die Vor- und Nachbehandlung bei Klinikaufenthalten ebenso tägliche Routine, wie die Versorgung akut und chronisch erkrankter, häufig multimorbider Menschen aus allen sozialen Schichten inklusive vulnerabler Gruppen. Prävention steht genauso im Fokus wie Diagnostik und Therapie. Zahlreiche hochrelevante Forschungsfragen lassen sich im universitätsklinischen Setting schlicht nicht beantworten. Im hausärztlichen Setting können u.a. Studien zu Langzeitverläufen, pragmatische Wirksamkeitsvergleiche oder komplexe Interventionsstudien unter Alltagsbedingungen durchgeführt werden. Die hierfür notwendige Expertise ist an den 41 allgemeinmedizinischen Universitätsstandorten Deutschlands vorhanden, die seit Jahren mit hausärztlichen Forschungspraxennetzen forschen.

Angesichts der fortschreitenden Ambulantisierung der Medizin ist eine leistungsfähige, sektorenübergreifende Forschungsinfrastruktur zur Durchführung klinischer Studien unverzichtbar. Die Verknüpfung der Universitätsmedizin mit dem ambulanten Sektor ist entscheidend, um Evidenz für gute Entscheidungen in der Versorgung zu generieren. Dabei sind die spezifischen hausärztlichen Gegebenheiten (Niedrigprävalenzbereich, breites Spektrum an Beratungsanlässen, Versorgungsalltag) zu berücksichtigen.

Die klinische Forschung geht in Deutschland zum überwiegenden Teil vom stationären Sektor aus, der nur 3-5% der Patienten betreut. Forschung muss mehr an der Grenze zur Gesundheit im Sinne von Präventionsforschung aus der Vielfalt der individuellen Behandlungsanliegen in den hausärztlichen Praxen erfolgen und geht nicht mehr nebenbei. Beispielsweise könnten Studierende hausärztliche Praxen bei der Forschung (entsprechend angeleitet und vergütet) begleiten und dabei hausärztliche Realität und Patientenanliegen kennenlernen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 39: Forderung nach Beschränkung der unbefristeten und unbedingten Pflicht zur Ermächtigung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (vormals Level 1i Krankenhäusern) zur hausärztlichen Versorgung

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, die mit dem KHVVG beschlossene, unbefristete und unbedingte Pflicht des jeweiligen Zulassungsausschusses zur Ermächtigung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (vormals Level 1i Krankenhäuser) zur



hausärztlichen Versorgung in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind (vgl. § 116a Abs. 2 SGB V), abzulehnen.

Begründung

Eine bessere Verzahnung von ambulantem und stationären Sektor ist anzustreben. Im KHVVG wird festgeschrieben, dass eine unbefristete und unbedingte Pflicht des jeweiligen Zulassungsausschusses zur Ermächtigung von den neu definierten, dem stationären Sektor zugehörigen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (vormals Level 1i Krankenhäusern) zur hausärztlichen Versorgung in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, besteht.

Es ist zu befürchten, dass die charakteristischen umfassenden Versorgungsleistungen der hausärztlichen Medizin wie Betreuung chronisch Kranker einschließlich Hausbesuchen und Pflegeheimbetreuung etc. hier nicht erfolgen werden. Hingegen darf angenommen werden, dass eine Behandlung unaufwändiger, akut Erkrankter, jüngerer Patientinnen und Patienten erfolgen wird sowie eine gezielte Weiterleitung an die typischerweise in der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung ebenfalls angesiedelten Fachärztinnen und Fachärzte weitergeleitet wird.

Somit erfolgt eine Schwächung der originär primärärztlich Arbeitenden, eine Minderung ihrer Einnahmen (Stichwort: Vergütung der ambulanten Leistungen nach § 120 Abs. 1 SGB V als Grundsatz und Finanzierung zur Hälfte über den Gesundheitsfonds – also GKV) sowie eine Konkurrenz um die Mitarbeitenden in den Praxis Teams – auch, was die Beschäftigungen von ÄiW und deren Förderung anbetrifft.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 40: Wettbewerbsgleichheit herstellen!

Die Delegierten fordern Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und das Bundesministerium für Gesundheit auf, die Wettbewerbsgleichheit zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) herzustellen. Die Regeln zur Berufsausübung hinsichtlich Wettbewerb und ärztlicher Werbung müssen gleichermaßen für alle in der ambulanten Versorgung tätigen Leistungserbringer gelten – unabhängig von der Niederlassungsform der Versorgungseinheit. Der Vorstand möge sich hierfür in seiner berufspolitischen Arbeit einsetzen.

Begründung

Den Rechtsrahmen ärztlicher Werbung geben u. a. die Berufsordnungen für Ärztinnen und Ärzte vor (vgl. § 27 Abs. 3 MBO-Ä). Diese sind jedoch nur auf Angehörige des Berufsstandes bzw. einzelne Ärztinnen und Ärzte als natürliche Personen und Berufsträger anwendbar; die MBO-Ä kennt zwar MVZ (vgl. § 23a MBO-Ä), regelt aber Berufspflichten der Ärztinnen und Ärzte als natürliche Personen, also nicht Rechte und Pflichten von juristischen Personen oder von vertragsarztrechtlich oder berufsrechtlich geschaffenen Institutionen. MVZ, die u. a. in Form von GmbHs betrieben werden, unterliegen somit nicht den gleichen Regularien wie Versorgungseinheiten, die eigenverantwortlich von Ärztinnen und Ärzten betrieben werden.



Ein Beispiel ist die fehlende Möglichkeit einzelner Ärztekammern gegen die Werbung des investorenbetriebenen MVZ Avi Medical, das eine bezahlte Werbeanzeige für Vorsorgeuntersuchungen bei „ihrem Hausarzt Avi“ über eine bekannte Influencerin bei Instagram schaltete, vorzugehen [1].

Die Werbung für Vorsorgeuntersuchungen war sowohl irreführend hinsichtlich des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung als auch vergleichend in Bezug auf Optionen der Terminvereinbarung und digitalen Konsultation. Dies ist mit der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte – zumindest bisher in Bezug auf die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten als natürliche Person – nicht vereinbar [2].

Das MVZ Avi Medical wird jedoch als GmbH geführt und unterliegt damit nicht den Werberegeln der ärztlichen Berufsordnung – war eine erste Rückmeldung der Berliner und Hamburger Ärztekammer. Diese generelle Aussage stellt nach unserer Auffassung einen massiven Verstoß hinsichtlich der Gleichheit des Wettbewerbs dar. Die Berufsordnung muss unabhängig von der Niederlassungsform angewendet werden, wenn Angehörige von Heilberufen in einer solchen Einrichtung ärztlich handeln. Bei MVZ stellt sich aufgrund der unterschiedlichen Beteiligten und Gesellschaftsstrukturen auf der Gründer- und Trägerebene die Frage, ob und in welchem Umfang die auf die ärztliche Unabhängigkeit abzielenden Vorschriften des Berufsrechts auf diese anwendbar sind und ob diese für die Gesellschafter- oder Geschäftsführungsebene Geltung beanspruchen können oder ob und in welchem Umfang die angestellten Ärztinnen und Ärzte, ärztlich Leitenden eines MVZ in die Pflicht genommen werden können. Eine der Berufsordnung angelehnte Regelung ist anzustreben. Denn: diese Gesetzeslücke leistet einer Kommerzialisierung der Medizin unkontrolliert Vorschub und muss umgehend geschlossen werden.

Quellen:

1. Luisasmiling „Anzeige“ Instagram – bezahlte Anzeige von Avi Medical vom 23. April 2025.
2. Bundesärztekammer. Bekanntmachungen. Arzt – Werbung – Öffentlichkeit. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Recht/Arzt-Werbung-Oeffentlichkeit.pdf [Im Internet verfügbar. Stand: 04.05.2025].
3. Hinsichtlich fehlender Anwendbarkeit der MBO-Ä auf MVZ bzw. planwidriger Regelungslücke und Ausscheiden analoger Anwendung auch: BSG, Urt. V. 09.02.2011 (B 6 KA 12/10 R, Rn.14).

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 41: NVL: Anschlussstruktur für das ÄZQ ist jetzt zu schaffen!

Die Bundesdelegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordert das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) auf, die angekündigte operative Koordination des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) zügig aufzunehmen und die Umsetzung in enger Kooperation mit dem Institut für Medizinisches Wissensmanagement (IMWi) der AWMF sowie den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften voranzutreiben. Die fachliche Unabhängigkeit, die interdisziplinäre Konsensfindung und die sektorenübergreifende Versorgungsorientierung müssen dabei dauerhaft gewährleistet bleiben.



Begründung

Mit der Auflösung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zum 31.12.2024 entfiel die bis dahin bewährte Trägerstruktur für das NVL-Programm. Inzwischen wurde in einer gemeinsamen Pressemitteilung von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und AWMF bekanntgegeben, dass das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) ab 2025 die operative Koordination und Redaktion des NVL-Programms übernehmen soll.

Diese Entwicklung ist zu begrüßen. Entscheidend ist jedoch, dass die Umsetzung jetzt auch zügig erfolgt und die angekündigten Strukturen nicht auf dem Papier verharren. Die hohe Akzeptanz der Nationalen Versorgungsleitlinien in der Ärzteschaft basiert auf ihrer wissenschaftlichen Fundierung, der interdisziplinären Konsensbildung und der konsequenten Orientierung an der Versorgungspraxis. Diese Qualitätsmerkmale gilt es nun unter neuer Trägerschaft zu sichern und weiterzuentwickeln.

Insbesondere in der hausärztlichen Versorgung sind die NVL ein zentrales Instrument für Qualitätssicherung, wirtschaftliche Verordnungsweise und patientenorientiertes Handeln. Ihr Wegfall oder eine intransparente Neuausrichtung würden zu einer erheblichen Verunsicherung in der täglichen Praxis führen und könnten langfristig die Therapiesicherheit gefährden. Schon heute zeigt sich bei der NVL „Chronische KHK“, dass ohne funktionierende Koordination keine tragfähigen Konsense mehr gefunden werden.

Das Zi ist daher aufgefordert, die angekündigte Verantwortung nun auch strukturell und operativ zu übernehmen – im Sinne einer unabhängigen, evidenzbasierten und sektorenverbindenden Leitlinienarbeit, wie sie dem Anspruch und der Tradition der NVL entspricht.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)