Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Beschlussübersicht

der Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes am 18./19. September 2025 in Berlin

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

TOP 3. – Aussprache und Anträge zu TOP 2 (Bericht der Bundesvorsitzenden) 4

Beschluss 1: Gesundheitssystem demografiefest machen – Primärarztsystem stärken 4

Beschluss 2: Hausärztliche Praxisteams demografiefest machen – Praxisteam stärken, Zukunft sichern 5

Beschluss 3: Bundesweit Hausarzt-Facharzt-Verträge einführen und durch bessere Steuerung den Zugang zur (fachärztlichen) Versorgung sichern 6

Beschluss 4: Hausärztliche Leistungen vollständig vergüten – Finanzierung neu ordnen 7

Beschluss 5: Vorhaltepauschale muss echte hausärztliche Versorgung stärken – nicht den Status quo zementieren 7

Beschluss 17: Transparenz schaffen – Wirtschaftlichkeitsprüfungen abschaffen 8

Beschluss 6: GOÄ-Reform zügig umsetzen – Ärztliche Leistungen angemessen vergüten 9

Beschluss 7: Notfall- und Akutversorgung neu ordnen – Steuerung verbindlich regeln 9

Beschluss 8: Einführung einer Antragsfrist vorbereiten – Qualität der Diskussionen stärken 10

Beschluss 24: Freiberuflichkeit als Fundament der hausärztlichen Versorgung – heute sichern, morgen stärken 11

Beschluss 26: Medizinische Fachangestellte in hausärztlichen Praxen stärken 12

TOP 4. – Bericht aus den Foren und Arbeitsgruppen des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes 13

Beschluss 19: Vielfalt & Toleranz als gelebte Praxis 13

Beschluss 18 neu: Bedarfsgerechte Versorgung in besonderen Lebensphasen stärken – Schwerpunkt Wechseljahre 13

Beschluss 33: Menopause Strategie 14

Beschluss 16: HPV-Impfberatung in U11 und J1 verbindlich verankern 14

Beschluss 9: HZV-Teilnahme sichtbar machen – Versichertenkennzeichen im VSDM verankern 15

Beschluss 10: Digitale Infrastruktur absichern – Systemverantwortung klar regeln 16

Beschluss 11: Digitalisierung praxisnah priorisieren – ePA-Funktionalitäten gezielt ausbauen 16

Beschluss 13: Künstliche Intelligenz (KI) in Studium, Fort- und Weiterbildung integrieren 17

Beschluss 14: ePA-Zugriff im Überweisungskontext ermöglichen – Informationsfluss verbessern 18

Beschluss 15: Effiziente Nutzung des E-Rezepts bei Folgeverordnungen für Heimpatientinnen/-patienten und in der häuslichen Krankenpflege 18

Beschluss 37: Einheitliche ePA-App für alle Versicherten 19

Beschluss 35: Primärprävention fördern 19

Beschluss 36 neu: Leitliniengerechte Verordnung von Dosieraerosolen und Inhalativen 20

TOP 7. – Anträge zu anderen Themen und Verschiedenes 21

Beschluss 20: Regressvermeidung 21

Beschluss 23: Einführung einer Zuckersteuer und Werbeverbote für Kinder 21

Beschluss 22: Handlungsempfehlung für eine sichere Medikamentenverordnung in Heimen bzw. beschützenden Einrichtungen 22

Beschluss 27: Geschlechtergerechte Entwicklung und Anwendung von Künstlicher Intelligenz (KI) in der Medizin 22

Beschluss 28: Verbindliche Anbindung der Krankenhäuser an die TI 23

Beschluss 30: Virtuelles Ersatzdokument bei Verlust oder Defekt der SMC-B- und der EHba-Karte 24

Beschluss 32: Rechtssicherheit und Transparenz bei Wundauflagen − jetzt handeln 24

Beschluss 39: Verbesserung der Organisation und Förderung der Landarztquote 25

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

Beschluss 1: Gesundheitssystem demografiefest machen – Primärarztsystem stärken

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, die im Koalitionsvertrag angekündigte Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems zeitnah umzusetzen, um das Gesundheitssystem auf den schon heute erlebbaren demografischen Wandel vorzubereiten. Um die Qualität und Effizienz im Gesundheitssystem zu verbessern (bessere Gesundheitsoutcomes, niedrigere Mortalität, weniger Kosten) empfehlen sowohl die WHO als auch der SVR ein primärversorgungsorientiertes Gesundheitssystem aufzubauen bzw. das bestehende System dahingehend zu reformieren.

Mit der Hausarztzentrierten Versorgung als freiwilliges Primärarztsystem besteht in Deutschland ein bewährtes, erprobtes und flächendeckend umgesetztes System für eine patientenzentrierte, koordinierte Primärarztversorgung. Die HZV muss ausgebaut und gefördert werden. Strukturell ist das HÄPPI-Modell dabei als zukünftige Grundlage für eine teamgestützte, multiprofessionelle Versorgung mit besonderem Fokus auf ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten flächendeckend einzuführen.

Begründung
Die demografische Entwicklung, die seit Jahrzehnten erwartet wird, wird jetzt und in den nächsten Jahren deutlich spürbar. Sie führt zu einer älter werdenden Bevölkerung mit zunehmender (Multi-) Morbidität. Insbesondere für diese Patientengruppe ist die kontinuierliche Betreuung durch eine koordinierende hausärztliche Praxis besonders wichtig. Gleichzeitig ist das Gesundheitssystem in Deutschland zunehmend dysfunktional. Ungesteuerte Inanspruchnahme von Gebietsfachärztinnen und -fachärzten, hohe Inanspruchnahme von Notaufnahmen und explodierende Kosten für den stationäre Sektor bei gleichzeitig steigenden Beiträgen zur GKV und langen Wartezeiten erfordern insbesondere vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung eine grundlegende Reform. Nur durch verbindliche Steuerung über die hausärztlichen Praxen lassen sich bei steigender Morbidität und schwindenden Ressourcen Versorgungsqualität und Effizienz sichern.

Die HZV hat sich in den vergangenen Jahren mit mehr als 10 Millionen teilnehmenden Versicherten flächendeckend als Goldstandard einer gesteuerten hausärztlichen Versorgung etabliert. Parallel hat sie sich als Innovationsmotor für die hausärztliche Versorgung erwiesen. Sie schafft Versorgungssicherheit und ermöglicht durch Selektivverträge auch gezielte Steuerung, Qualitätssicherung und Wettbewerb. Die Existenz von zwei parallelen Versorgungssystemen – Kollektivvertrag und HZV – ist dabei kein Widerspruch, sondern Ausdruck eines funktionierenden Wettbewerbsmodells zum Wohle der besseren Versorgung von Patientinnen und Patienten. Patientinnen und Patienten haben damit eine echte Wahl hinsichtlich der von ihnen gewünschten Versorgung. Zugleich bietet die HZV die Antwort auf die Defizite des Kollektivvertragssystems, insbesondere im Hinblick auf insuffiziente hausärztliche Interessenvertretung und mangelnde Versorgungssteuerung innerhalb eines fachärztlich dominierten Entscheidungsrahmens.

Im Zuge der geplanten Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems muss die HZV als Goldstandard einer guten Versorgung deshalb seitens der Politik deutlich gefördert, ausgebaut und ggf. weiterentwickelt werden. Das HÄPPI-Modell, als strukturelle Voraussetzung für eine zukunftsfähige hausärztliche Versorgung im Team, muss dazu in Zukunft flächendeckend implementiert werden.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 2: Hausärztliche Praxisteams demografiefest machen – Praxisteam stärken, Zukunft sichern

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, sich für die konsequente Stärkung der hausärztlichen Teams und Praxisstrukturen einzusetzen. Ziel muss es sein, die hausärztlichen Praxisteams unter den Bedingungen des sich immer weiter zuspitzenden demografischen Wandels zukunftsfest aufzustellen. Dazu gehören insbesondere:

- gezielte Maßnahmen zur Fachkräftesicherung, etwa durch bessere Vergütung, langfristige Bindung und Aufwertung der Tätigkeit von Medizinischen Fachangestellten (MFA) sowie der Versorgungsassistenzen in der Hausarztpraxis (VERAH),
- die aktive Förderung neuer akademischer Qualifikationswege für die hausärztlichen Praxisteams – insbesondere als Primary Care Manager (PCM) oder Physician Assistant – um berufliche Perspektiven, Aufstiegschancen und eine leistungsgerechte Bezahlung zu ermöglichen,
- der zügige Ausbau von Delegations- und Kooperationsstrukturen zur Entlastung hausärztlicher Arbeit zum Beispiel durch die Einführung eines Praxis-Patienten-Kontakts,
- die strukturelle und finanzielle Absicherung von Versorgungsinstrumenten wie HÄPPI, um insbesondere die Versorgung vulnerabler Gruppen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf durch qualifizierte multiprofessionelle Teams dauerhaft zu gewährleisten.
- die konsequente Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020, die Steigerung der Landarztquoten mit regionaler und dezentraler Auswahl sowie weitergehender Maßnahmen als erste dringend notwendige Schritte zur Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses
- sowie Programme zur Förderung einer attraktiven Praxisnachfolge.

Die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) ist dabei als tragende Säule einer hochwertigen, gesteuerten Primärarztversorgung zu stärken. Sie bietet bereits heute den organisatorischen und vertraglichen Rahmen für multiprofessionelle Versorgungsteams und eine zukunftsgerichtete hausärztliche Praxisführung.

Begründung

Der demografische Wandel betrifft nicht nur die Patientinnen und Patienten, sondern auch die Versorgenden: Der Fachkräftemangel ist längst in den Praxen angekommen und wird sich in den kommenden Jahren in ungekannter Weise zuspitzen. Gleichzeitig steigen die Anforderungen – insbesondere bei der Versorgung älterer und multimorbider Menschen.

Umso dringlicher ist es, MFA und VERAH in den hausärztlichen Praxen langfristige Perspektiven zu bieten und ihre Tätigkeit angemessen zu honorieren. Mit neuen Qualifikationspfaden – etwa im Bereich PCM oder im Rahmen der Physician Assistant-Qualifikation – eröffnen sich erstmals

konkrete Karrierewege, die sowohl fachlich als auch finanziell attraktiv sein können. Das erhöht die Bindung an die hausärztliche Versorgung und macht den Beruf langfristig interessanter.

Darüber hinaus müssen rechtliche Hürden abgebaut und Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine selbstständige hausärztliche Tätigkeit mit einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ermöglichen.

Die HZV und das in der HZV bereits erfolgreich umgesetzte interprofessionelle Teampraxenkonzept (HÄPPI) zeigen, dass sich Teamarbeit, Koordination und Verantwortung gut organisieren lassen sowie einen wesentlichen Beitrag zu einer effizienten und qualitativ hochwertigen Versorgung leisten können – gerade für komplexe Patientengruppen. Dieses Potenzial muss jetzt systematisch weiterentwickelt werden.

Nur mit attraktiven Rahmenbedingungen, klaren Rollenverteilungen und funktionierenden Praxisstrukturen lässt sich die hausärztliche Versorgung der Zukunft sichern.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 3: Bundesweit Hausarzt-Facharzt-Verträge einführen und durch bessere Steuerung den Zugang zur (fachärztlichen) Versorgung sichern

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, ergänzend zu den bestehenden HZV-Verträgen auch flächendeckende Facharztverträge einzuführen und Krankenkassen, die solche Verträge schließen, aktiv zu fördern. Facharzttermine würden in einem solchen Versorgungssystem künftig vorrangig über die hausärztlich koordinierte Versorgung vergeben werden. Ziel ist es, die praxisübergreifende Zusammenarbeit durch klare Versorgungspfade zu stärken und Patientinnen und Patienten so den Zugang zu notwendigen fachärztlichen Leistungen schneller, passgenauer und koordinierter zu ermöglichen – ohne zusätzliche Bürokratie oder Parallelstrukturen.

Begründung
Patientinnen und Patienten erwarten zu Recht, dass sie im Krankheitsfall schnell und zuverlässig medizinisch versorgt werden. Wer aber heute auf einen Facharzttermin wartet, sieht sich häufig mit langen Wartezeiten, unklaren Zuständigkeiten und fehlender Orientierung konfrontiert.

Die Antwort liegt nicht in neuen Verwaltungsstrukturen wie der Terminservicestelle, sondern in der klugen Nutzung bestehender Versorgungslogiken. Die Hausärztin oder der Hausarzt kennt die medizinische Situation der Patientin oder des Patienten am besten – und kann einschätzen, ob und wann eine fachärztliche Abklärung nötig ist. In Baden-Württemberg zeigen die Hausarzt-Facharzt-Verträge, wie das konkret funktioniert: mit definierter Zusammenarbeit, direkter Kommunikation und digitalen Lösungen.

Diese Form der Steuerung ist effizient, nah an der Versorgungspraxis – und sie kommt bei den Menschen an. Statt auf zentrale Terminvergabe zu setzen, sollte die Politik den Weg frei machen für flächendeckende Modelle hausärztlicher Koordination, in denen Facharzttermine gezielt und bedarfsgerecht vergeben werden.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 4: Hausärztliche Leistungen vollständig vergüten – Finanzierung neu ordnen

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, sämtliche Leistungen - und nicht nur die Leistungen aus dem Kapitel 3 sowie die Hausbesuche - vollständig zu vergüten.

Die derzeitige Regelung zur Berechnung von Sicherstellungszuschlägen führt zu systematischen Mittelkürzungen bei den hausärztlichen Leistungen, die nicht von der Entbudgetierung erfasst sind und dennoch zum Kern der hausärztlichen Versorgung gehören (z. B. Sonografie oder psychosomatische Grundversorgung). Diese Regelung benachteiligt die Praxen, die tagtäglich die Hauptlast der Versorgung der Patientinnen und Patienten tragen.

Der Gesetzgeber ist gefordert, die Finanzierung der Sicherstellungsmaßnahmen grundlegend neu zu regeln. Die im Pflegekompetenzgesetz angelegte Finanzierung des Sicherstellungsfonds auch durch Mittel außerhalb der MGV weist in die richtige Richtung – muss aber konsequent weiterentwickelt werden. Ziel muss es sein, dass alle Leistungen, die zum hausärztlichen Kernauftrag gehören – etwa Sonografie, psychosomatische Grundversorgung oder Schmerztherapie – unabhängig vom Sicherstellungsfonds voll vergütet werden.

Begründung
Die aktuelle Finanzierungsweise des Sicherstellungsfonds wirkt sich spürbar auf die Vergütung jener hausärztlichen Leistungen aus, die nicht von den Regelungen der Entbudgetierung betroffen sind. Je stärker Mittel für gezielte Sicherstellungsmaßnahmen gebunden werden, desto geringer fällt die Auszahlungsquote für diese Leistungen aus. Diese Logik birgt das Risiko von Verzerrungen und schafft negative Anreize für hausärztliche Praxen, Leistungen, die zum Kern ihres Fachgebiets gehören, nicht wie gewohnt und erforderlich zu erbringen. Dies kann langfristig die Akzeptanz des Systems belasten.

Es braucht eine verlässliche Finanzierung für den Sicherstellungsfonds – ohne die übrigen Praxen zu belasten. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass klassische hausärztliche Leistungen – ob apparativ, psychosomatisch oder Palliativversorgung – nicht als „verzichtbare“ Randbereiche behandelt werden. Diese Leistungen sind in der Patientenversorgung unverzichtbar und gehören zu den Kernaufgaben der Hausärztinnen und Hausärzten – und müssen auch so vergütet werden. Der Gesetzgeber muss hier nachbessern und klare Prioritäten setzen.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 5: Vorhaltepauschale muss echte hausärztliche Versorgung stärken – nicht den Status quo zementieren

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung auf, die neu geschaffenen Regelungen zur Vorhaltepauschale grundlegend zu überarbeiten. Die aktuelle Ausgestaltung konterkariert den Willen des Gesetzgebers, gezielt jene Praxen zu unterstützen, die die echte hausärztliche Versorgung in der Fläche tragen – etwa durch Hausbesuche, Impfungen, Geriatrie oder Palliativversorgung.

Statt einer echten Neuverteilung der Gelder wurde ein Modell beschlossen, das weitgehend an den bisherigen Verhältnissen festhält. Dadurch bleibt der Unterschied zwischen vollumfänglicher hausärztlicher Versorgung und nur punktueller und selektiver Leistungserbringung praktisch folgenlos. Diese Form der Verteilung stärkt nicht die Leistungsträger der hausärztlichen Versorgung – sondern verhindert notwendige Strukturveränderungen.

Gefordert wird eine echte Vorhaltepauschale, die den Versorgungsbeitrag sichtbar und spürbar honoriert. Dazu gehört:

- eine konsequente finanzielle Stärkung der hausärztlichen Praxen, die ihren Versorgungsauftrag vollumfänglich wahrnehmen,
- klare Kriterien, die sich an der tatsächlichen hausärztlichen Versorgungsleistung orientieren,
- spürbare finanzielle Konsequenzen für Praxen, die die hausärztliche Rolle im System nicht wahrnehmen und
- eine Berücksichtigung der HZV-Fälle sowohl bei der Bewertung der Praxisgröße als auch bei der Prüfung der erbrachten Leistungen.

Begründung
Der Gesetzgeber hat mit der Einführung der Vorhaltepauschale ein wichtiges Signal gesetzt: Hausärztliche Versorgung muss verlässlich und dauerhaft sichergestellt werden. Doch die Umsetzung durch die Selbstverwaltung bleibt deutlich hinter diesem Anspruch zurück.

Über 90 Prozent der Mittel werden weiterhin nach alten Mustern verteilt, bei den restlichen Geldern findet kaum eine nennenswerte Umverteilung statt. Statt notwendige Reformen mutig anzupacken, wurde der Status quo weitgehend zementiert.

Dieses Verhalten der Selbstverwaltung zeigt, dass sie nicht bereit – oder in der Lage – ist, gezielte strukturpolitische Entscheidungen zu treffen und Reformen in der Versorgung zu verankern. Wenn Praxen, die besondere Versorgungsleistungen erbringen, am Ende nicht mehr erhalten als solche, die das nicht tun, fehlt jeder Anreiz für Engagement und Einsatz.

Die Weigerung der gemeinsamen Selbstverwaltung, die HZV-Fälle in den hausärztlichen Praxen bei allen Prüfmechanismen der neuen Vorhaltepauschale nicht zu berücksichtigen, ist angesichts von 10 Mio. HZV-Versicherten nicht mehr zeitgemäß, weil so die Versorgungsrealität nicht mehr vollständig abgebildet wird. HZV-Praxen werden dadurch strukturell benachteiligt.

Die Politik ist deshalb gefordert, nachzubessern – und klarzustellen, dass eine Vorhaltepauschale kein Selbstzweck ist, sondern ein Instrument zur aktiven Sicherung der Versorgung. Die Verteilung muss künftig den Beitrag zur Versorgung in der Fläche widerspiegeln – nicht die Besitzstände der Vergangenheit.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 17: Transparenz schaffen – Wirtschaftlichkeitsprüfungen abschaffen

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, die Regressverfahren gegen Vertragsärztinnen und -ärzte im Bereich der Arzneimittelverordnungen abzuschaffen.

Begründung
Durch Regressverfahren bei Arzneimittelverordnungen tragen Vertragsärztinnen und -ärzte ein persönliches finanzielles Risiko, wenn ihre Verordnungen nachträglich als „unwirtschaftlich“ bewertet werden.

Seit Einführung der vertraulichen Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V (AMNOG) werden die tatsächlichen Arzneimittelpreise zwischen GKV-Spitzenverband und pharmazeutischer Industrie geheim verhandelt, hinzu kommen geheime Rabattverträge einzelner Krankenkassen.

Damit ist es für die verordnende Ärzteschaft faktisch unmöglich zu erkennen, welches Präparat tatsächlich „wirtschaftlich“ ist. Kassenärztinnen und -ärzte sollen nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot handeln, erhalten jedoch keine Kenntnis über die maßgeblichen Preise. Eine persönliche Haftung unter diesen Bedingungen ist sachlich nicht gerechtfertigt und rechtlich nicht haltbar.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 6: GOÄ-Reform zügig umsetzen – Ärztliche Leistungen angemessen vergüten

Die Delegiertenversammlung fordert die Bundesregierung auf, unverzüglich die Umsetzung der überfälligen Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu beschließen.

Begründung
Die GOÄ ist seit Jahrzehnten nicht grundlegend reformiert worden und bildet die heutige Versorgungsrealität nicht mehr ab. Dabei liegt eine modernisierte Fassung der GOÄ vor und wurde gemeinsam mit der PKV und der Beihilfe konsentiert. Diese GOÄ wurde auch durch den Deutschen Ärztetag 2025 mit breiter Mehrheit bestätigt.

Trotzdem verhindert die Bundesregierung bislang eine Umsetzung – ohne nachvollziehbare Gründe. Gerade in Zeiten von Inflation, Fachkräftemangel und steigender Praxisbelastung ist es nicht mehr vermittelbar, dass ärztliche Leistungen weiterhin nach einer überalterten Gebührenstruktur abgerechnet werden müssen. Die Nutzung einer veralteten GOÄ führt in den Praxen zu immer mehr Bürokratie und Intransparenz bei den Abrechnungen. Sie unterminiert überdies die ärztliche Freiberuflichkeit, deren Grundlage auch eine aktuelle Gebührenordnung ist.

Die Politik muss jetzt handeln. Wer moderne Medizin fordert, muss auch moderne Vergütung ermöglichen.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 7: Notfall- und Akutversorgung neu ordnen – Steuerung verbindlich regeln

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, endlich eine Neuordnung der Notfall- und Akutversorgung zu beschließen, in der die hausärztliche Steuerung eine verbindliche Rolle erhält. Auch außerhalb der regulären Öffnungszeiten der hausärztlichen Praxen – insbesondere in Notfällen – müssen klare Wege und Zuständigkeiten gelten, und eine Abstimmung und ein

Informationsaustausch zwischen den Versorgungsebenen muss stattfinden. Konkrete Vorschläge – wie sie unter anderem in der gemeinsamen Position von Marburger Bund, KBV und Hausärztinnen- und Hausärzteverband formuliert wurden – liegen auf dem Tisch. Es ist an der Zeit, zu handeln.

Begründung
Die angekündigte Reform der Notfall- und Akutversorgung ist überfällig. Ein zentrales Problem bleibt der unstrukturierte/ungesteuerte Zugang.

Insbesondere die hausärztliche Anbindung an Notfallstrukturen – sei es in integrierten Leitstellen, in Portalpraxen oder durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst – muss gesetzlich geregelt und organisatorisch abgesichert sein. Die 116 117 kann dabei ein Instrument außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten sein, ersetzt aber keine hausärztliche Beziehungsmedizin. Steuerung darf nicht technokratisch gedacht, sondern muss medizinisch verantwortet werden. Im Zuge der Reform der Notfall- und Akutversorgung gilt es, bestehende Versorgungsstrukturen verbindlich miteinander zu vernetzen und nicht neue, zusätzliche Zugangswege zum Gesundheitssystem zu eröffnen.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 8: Einführung einer Antragsfrist vorbereiten – Qualität der Diskussionen stärken

Die Delegiertenversammlung fordert den Geschäftsführenden Vorstand auf, zur Frühjahrstagung 2026 die Zulässigkeit einer satzungsrechtlichen Regelung zu prüfen, mit der eine verbindliche Frist zur Einreichung von Anträgen an die Delegiertenversammlung eingeführt wird. Bei Zulässigkeit soll er eine entsprechende Regelung vorlegen.

Ziel ist es, durch eine frühzeitigere Strukturierung der Antragslage eine intensivere inhaltliche Befassung, qualifiziertere Diskussionen sowie eine bessere Vorbereitung aller Beteiligten zu ermöglichen. Gleichzeitig soll der Abstimmungs- und Organisationsaufwand im unmittelbaren Vorfeld der Delegiertenversammlung reduziert werden. In dringlichen, begründeten Fällen soll weiterhin eine kurzfristige Antragsstellung möglich sein.

Begründung
In den vergangenen Jahren sind zahlreiche Anträge erst sehr kurzfristig vor oder sogar während der Delegiertenversammlung eingereicht worden. Das erschwert nicht nur die Vorbereitung, sondern auch die inhaltliche Auseinandersetzung und führt regelmäßig zu hohem Abstimmungsaufwand.

Eine klare Antragsfrist kann dazu beitragen, die Qualität der Diskussionen zu verbessern, die Transparenz zu erhöhen und das Verfahren planbarer zu machen – ohne die inhaltliche Breite oder Beteiligungsmöglichkeiten einzuschränken. Die Delegiertenversammlung soll daher in der Frühjahrstagung 2026 über eine entsprechende Satzungsänderung entscheiden können.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 24: Freiberuflichkeit als Fundament der hausärztlichen Versorgung – heute sichern, morgen stärken

1. Die Freiberuflichkeit wird als unverzichtbares Fundament der hausärztlichen Versorgung und als Garantenstruktur für Unabhängigkeit, Kontinuität und Vertrauen bekräftigt. Sie ist Leitprinzip für alle Regelungen, Verträge und Digitalisierungsmaßnahmen in der Primärversorgung.

2. Ärztliche Entscheidungsfreiheit wird als Kern freiberuflicher Praxis geschützt: Diagnostik, Therapie, Verordnung und Koordination erfolgen ausschließlich nach medizinischer Indikation und Patientenwohl – frei von sachfremden ökonomischen oder administrativen Steuerungsimpulsen.

3. Zur Bewahrung der Freiberuflichkeit werden folgende Prioritäten gesetzt:
   - klare Trennlinie zwischen klinischer Entscheidung und Kostendruck-/Controllinginstrumenten
   - Rückbau regress- und budgetbedingter Eingriffe in die Therapiehoheit,
   - Priorisierung extrabudgetärer Vergütung für sprechende, koordinierende und präventive Leistungen, die die freiberufliche Verantwortung abbilden.

4. Rahmenbedingungen, die freiberufliche Praxis tragen, sind zu stärken:
   - echte Bürokratieentlastung (One-in, two-out; Streichung nicht patientenrelevanter Nachweispflichten),
   - digitale Souveränität der Praxen durch offene, interoperable Standards statt Lock-in,
   - planbare, kalkulationsfeste Honorierung mit Vorhaltekomponente für Kontinuität und Erreichbarkeit.

5. Die Versammlung lehnt investorengetriebene, renditeorientierte MVZ-Strukturen in der hausärztlichen Versorgung ab, die ärztliche Unabhängigkeit, Kontinuität und regionale Bindung gefährden. Trägerschaft und Leitung hausärztlicher Einrichtungen sollen primär in ärztlicher Hand liegen; Modelle mit maßgeblichem Fremdkapital-Einfluss ohne ärztliche Mehrheitskontrolle werden abgelehnt

6. Der Vorstand des Verbandes wird aufgefordert, sich in allen Gremien, politischen Diskussionen und in der Verbandsarbeit aktiv und fortlaufend dafür einzusetzen,
   - die Freiberuflichkeit als Leitprinzip der hausärztlichen Versorgung zu stärken und
   - investorengetriebene, renditeorientierte MVZ-Strukturen in der Hausarztmedizin zurückzudrängen beziehungsweise zu verhindern.

Begründung
Freiberuflichkeit ist die tragende Säule der hausärztlichen Versorgung, weil sie persönliche Verantwortung, Therapiehoheit und dauerhafte Arzt-Patienten-Beziehungen vereint. Diese Kontinuität und Unabhängigkeit erzeugen Vertrauen, Adhärenz und bessere Langzeitergebnisse – zentrale Wirkfaktoren der Primärversorgung. Für die Nachwuchsgewinnung ist Freiberuflichkeit entscheidend: Junge Ärztinnen und Ärzte wählen die Niederlassung, wenn sie fachlich frei entscheiden, ihre Praxisorganisation gestalten und langfristig Verantwortung übernehmen können. Autonomie, Gestaltungsspielraum und verlässliche Rahmenbedingungen sind die Treiber für Niederlassungsbereitschaft, Investitionsmut und regionale Bindung.

Investorengetriebene, renditeorientierte MVZ begünstigen Zielkonflikte zwischen Renditeinteressen und Patientenwohl, erhöhen Fluktuation und schwächen regionale Verankerung. Dies unterminiert Kontinuität und Bindung – Kernelemente hausärztlicher Versorgung und Nachwuchssicherung. Zukunftsfähigkeit entsteht dort, wo freiberufliche Praxen Innovation und Verantwortung zusammenbringen: eigenverantwortliche Prozessgestaltung, teamorientierte Delegation, passgenaue Digitalisierung und regionale Vernetzung. Eine kalkulationsfeste, extrabudgetäre Vergütung sprechender und koordinierender Leistungen sowie eine Vorhaltekomponente honorieren genau jene Kernverantwortung, die die Freiberuflichkeit täglich trägt. Bürokratieabbau und digitale Interoperabilität sichern, dass ärztliche Zeit am Patienten bleibt – ein Schlüsselkriterium für Attraktivität des Berufsbildes und langfristige Versorgungssicherheit.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 26: Medizinische Fachangestellte in hausärztlichen Praxen stärken

Die Delegiertenversammlung fordert gemeinsam mit ihrem Vorstand die Verantwortlichen in Politik und ärztlicher Selbstverwaltung auf, für eine zukunftsfähige finanzielle Ausstattung der Hausärztlichen Praxen zu sorgen.

Die Honorierung hausärztlicher Praxen muss so angepasst werden, dass eine leistungsgerechte und konkurrenzfähige Vergütung von Medizinischen Fachangestellten möglich ist. Inflation und Tarifsteigerung sind durch die Kostenträger in Gänze auszugleichen. Ein weiteres Abwerben der ausgebildeten Fachkräfte durch Krankenhäuser, Krankenkassen und andere Einrichtungen kann nur verhindert werden, wenn die Hausärztinnen und Hausärzte in die Lage versetzt werden, ähnliche Gehälter auszahlen zu können, daher fordern wir:

1. Eine angemessene Anpassung der Honorare in der ambulanten hausärztlichen Versorgung
2. Die Verpflichtung anderer Sektoren, eigene Ausbildungsstrukturen zu schaffen
3. Eine stärkere öffentliche und politische Betonung der Unverzichtbarkeit von MFAs in der hausärztlichen Primärversorgung.

Begründung
Medizinische Fachangestellte (MFA) sind das Rückgrat der hausärztlichen Versorgung. Sie übernehmen zentrale Aufgaben in der Patientensteuerung, Organisation und Versorgung. Die Ausbildung dieser wichtigen Berufsgruppe wird fast ausschließlich von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten getragen.

Gleichzeitig zeigt sich ein wachsender Trend: Krankenkassen und Krankenhäuser werben aktiv um fertig ausgebildete MFAs, ohne selbst in nennenswertem Umfang Ausbildungsplätze bereitzustellen. Diese Abwerbung verschärft die ohnehin angespannte Situation in den Praxen, da MFAs dort nicht in der gleichen Weise vergütet werden können wie in Kliniken oder anderen Bereichen. Die Ursache liegt in der unzureichenden Honorierung der hausärztlichen Versorgung. Während die Bedeutung der MFA für die Steuerung der Patientenversorgung im demografischen Wandel stetig steigt, bleiben die finanziellen Rahmenbedingungen für die Praxen zurück. Ohne eine ausreichende Anzahl an MFA´s wird die hausärztliche Versorgung zukünftig nicht mehr flächendeckend gewährleistet werden können.

(zurück zur Übersicht)

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

Beschluss 19: Vielfalt & Toleranz als gelebte Praxis

Die Delegiertenversammlung fordert den Bundesverband sowie alle Landesverbände auf, bei der alltäglichen Arbeit, bei Kooperationspartnerschaften und bei der Auswahl von Sponsorinnen und Sponsoren darauf zu achten, dass diese im Einklang mit dem Bekenntnis des Verbandes zu Toleranz und Vielfalt stehen. Kooperationen mit Organisationen, die erkennbar im Widerspruch zu diesen Grundsätzen stehen, sollen vermieden werden.

Begründung
Mit dem „Bekenntnis des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes und seiner Landesverbände zu Toleranz und Vielfalt in unserer Gesellschaft, zu Menschlichkeit, zu einem gemeinschaftlichen Engagement und zum Schutz unserer freiheitlich-demokratischen Grundordnung“ (Beschluss der Delegiertenversammlung Frühjahr 2023) hat sich der Verband klar positioniert. Darin betonen wir unsere Verantwortung für demokratische Werte und den Erhalt einer freien und weltoffenen Gesellschaft.

Angesichts der zunehmenden Angriffe auf diese Grundordnung und auf einzelne Gruppen ist es wichtiger denn je, dieses Bekenntnis in der täglichen Arbeit des Verbandes sichtbar zu machen. Dazu gehört auch eine bewusste Auswahl von Kooperationspartnerinnen und -partner und Sponsorinnen bzw. Sponsoren.

Eine klare Orientierung an unseren Werten stärkt die Glaubwürdigkeit und Identität des Verbandes. Sie signalisiert zugleich, dass Hausärztinnen und Hausärzte für eine offene, demokratische Gesellschaft eintreten – und Verantwortung übernehmen, diese Haltung im berufspolitischen Alltag umzusetzen.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 18 neu: Bedarfsgerechte Versorgung in besonderen Lebensphasen stärken – Schwerpunkt Wechseljahre

Die Delegiertenversammlung fordert den Bundesvorstand auf, sich für eine verbesserte Versorgung von Patientinnen in den Wechseljahren einzusetzen. Dazu soll ein strukturiertes hausärztliches Versorgungsangebot entwickelt werden, das die besonderen gesundheitlichen Herausforderungen dieser Lebensphase berücksichtigt.

Begründung
Die Wechseljahre sind für viele Frauen mit körperlichen und psychischen Belastungen verbunden. Beschwerden wie Hitzewallungen, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen oder auch muskuloskelettale Symptome erfordern eine ganzheitliche Betrachtung.

Hausärztinnen und Hausärzte sind dabei die zentrale Anlaufstelle: Sie kennen die Krankengeschichte, begleiten langfristig und können die Koordination zwischen Gynäkologie und

weiteren Disziplinen übernehmen. Bislang fehlt es jedoch an strukturierten Angeboten, die diese Versorgungslücke schließen.

Ein solches Modell könnte auch als Beispiel für weitere bedarfsgerechte Versorgungsangebote dienen – etwa bei anderen Lebensphasen mit besonderem medizinischem Bedarf. Entscheidend ist, dass die hausärztliche Praxis die Steuerung übernimmt und die Versorgung patientenzentriert organisiert wird.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 33: Menopause Strategie

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes beauftragt den Bundesvorstand, sich für die Einführung einer standardisierten, interdisziplinären Menopause-Strategie unter hausärztlicher Steuerung einzusetzen und diese Leistung in die HZV-Verträge zu verhandeln und umzusetzen. Gleichzeitig sollte das IHF bei der Ausarbeitung der Menopause-Strategie beratend tätig sein und das Fortbildungsangebot in diesem Themenbereich ausbauen.

Begründung
Klimakterische Beschwerden sind weit verbreitet und beeinträchtigen Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und die Steuerung chronischer Erkrankungen. Gleichzeitig markiert die Peri-/Postmenopause ein präventiv kritisches Zeitfenster mit erhöhtem kardiometabolischem und osteologischem Risiko. Eine gezielte Strategie existiert bislang nicht und soll daher neu eingeführt werden. In der hausärztlich koordinierten Versorgung können Symptome strukturiert erfasst, Red-Flags sicher identifiziert, evidenzbasierte Beratung (inkl. Shared Decision Making zur HRT und Alternativen) sowie Medikations- und Interaktionsprüfungen durchgeführt und bei Bedarf Fachgebietsärzte gezielt eingebunden werden. Die Neu-Einführung der Menopause-Strategie stärkt Patientinnensicherheit, verbessert Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit und schließt eine Versorgungslücke im hausärztlichen Kernbereich.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 16: HPV-Impfberatung in U11 und J1 verbindlich verankern

Die Delegiertenversammlung fordert den Bundesvorstand auf, sich gegenüber Politik, Krankenkassen und den zuständigen Gremien der Selbstverwaltung dafür einzusetzen, dass die HPV-Impfberatung verbindlicher Bestandteil der Vorsorgeuntersuchungen U11 und J1 wird. Diese Beratung ist entsprechend von den Krankenkassen zu vergüten. Ziel ist es, die HPV-Impfquote bei Mädchen und Jungen deutlich zu erhöhen und so langfristig einen besseren Schutz vor HPV-bedingten Erkrankungen zu erreichen.

Begründung
Die HPV-Impfung von Kindern und Jugendlichen ist ein zentraler Baustein der Krebsprävention. Dennoch liegt die Impfquote in Deutschland weiterhin deutlich unter dem angestrebten Niveau. Lediglich 50% aller Mädchen und 30% aller Jungen haben einen vollständigen HPV-Impfschutz. Der

europäische Plan zur Krebsbekämpfung sieht bis 2030 bei Mädchen eine Impfquote von 90% und auch bei Jungen eine deutlich höhere Quote vor.* (* Zahlen aus dem Ärzteblatt vom 27.11.2024)

Gerade die Vorsorgeuntersuchungen U11 und J1 bieten jeweils die Chance, Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern frühzeitig auf die Impfung hinzuweisen, offene Fragen zu klären und gemeinsam eine partizipative informierte Entscheidung zu treffen. Eine verbindliche Verankerung der Impfberatung als obligater Bestandteil dieser Vorsorgeuntersuchungen ist ein wichtiger Schritt, um die Aufmerksamkeit auf das Thema zu lenken und die Impfbereitschaft zu erhöhen.

Aus Sicht der hausärztlichen und pädiatrischen Versorgung ist dies ein einfacher, aber wirksamer Beitrag zum Wohl von Kindern und Jugendlichen – und gleichzeitig ein wichtiger Baustein zur nachhaltigen Verbesserung der öffentlichen Gesundheit.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 9: HZV-Teilnahme sichtbar machen – Versichertenkennzeichen im VSDM verankern

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung auf, ein verbindliches HZV-Kennzeichen in den Versichertenstammdaten (VSDM) einzuführen. Ziel ist es, die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) eindeutig und digital für alle Beteiligten im Gesundheitswesen sichtbar zu machen und so die Grundlage für eine transparente Steuerung und ein zukünftiges Primärarztsystem zu schaffen.

Insbesondere die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wird aufgefordert, den Beschluss ihrer Vertreterversammlung vom 1. März 2024 (Antrag 6 „Erkennbarkeit des Versichertenanspruchs auf bestimmte Leistungen in zukünftigen Datensatzformaten“) zügig umzusetzen und die Teilnahme an der HZV systematisch kenntlich zu machen.

Begründung
Die HZV ist derzeit innerhalb der Systeme des Kollektivvertrags nicht sichtbar. Weder Hausärztinnen und Hausärzte noch andere Beteiligte im Gesundheitswesen können verlässlich nachvollziehen, ob ein Patient oder eine Patientin in der HZV eingeschrieben ist. Das behindert sowohl die Versorgung als auch die Steuerung und führt zu unnötigem bürokratischem Aufwand.

Mit der aktuell laufenden Anpassung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM 2.0) bietet sich für die gemeinsame Selbstverwaltung jetzt die Möglichkeit, ein standardisiertes Kennzeichen für die HZV-Teilnahme direkt in den Versichertenstammdaten zu hinterlegen – analog könnten dann auch andere Selektivverträge oder besondere Versorgungsformen abgebildet werden.

Ein solches HZV-Kennzeichen ist auch mit Blick auf die geplante Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems unverzichtbar. Nur wenn HZV-Verträge systemisch sichtbar sind, können sie zur Grundlage für digitale Prozesse, einer gezielten Versorgungssteuerung und einer klaren Rollenverteilung im Gesundheitswesen gemacht werden. Die Einführung eines entsprechenden Kennzeichens ist daher ein zentraler Baustein für die Weiterentwicklung der HZV und für eine moderne, vernetzte Versorgung.

Bereits die Vertreterversammlung der KBV hat am 1. März 2024 die Notwendigkeit einer solchen Kennzeichnung anerkannt. Umso unverständlicher ist es, dass eine Umsetzung bislang ausgeblieben ist.

Sollte die gemeinsame Selbstverwaltung hier nicht zeitnah handeln, ist der Gesetzgeber gefordert, ein HZV-Kennzeichen als verpflichtenden Bestandteil der Versichertenstammdaten zu beschließen.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 10: Digitale Infrastruktur absichern – Systemverantwortung klar regeln

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber und insbesondere die gematik auf, bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems dem sicheren und stabilen Betrieb der digitalen Infrastruktur im Gesundheitswesen (TI) oberste Priorität einzuräumen. Die gematik soll als zentrale Instanz die Gesamtverantwortung für den verlässlichen Betrieb aller Komponenten der Telematikinfrastruktur übernehmen. Ärztinnen und Ärzte müssen sich darauf verlassen können, dass freigegebene, zertifizierte Hard- und Softwareprodukte reibungslos funktionieren.

Begründung
In den vergangenen Monaten ist es wiederholt zu gravierenden Störungen und Systemausfällen in der Telematikinfrastruktur gekommen – mit unmittelbaren Auswirkungen auf den Praxisbetrieb, beispielsweise beim eRezept, der eAU und KIM. Auch Fehlfunktionen, etwa beim Befüllen der elektronischen Patientenakte (ePA), haben in Einzelfällen zu falschen oder unvollständigen Dateninhalten geführt.

Für den flächendeckenden Ausbau digitaler Anwendungen ist Vertrauen essenziell. Dieses Vertrauen wird untergraben, wenn Praxen durch instabile Systeme oder unzuverlässige Komponenten in ihrer Arbeit behindert werden, die aber eigentlich zugelassen und geprüft sind. Die technische Verantwortung darf nicht länger zwischen zahlreichen Akteuren zersplittert sein. Stattdessen braucht es eine klare Zuweisung der Gesamtverantwortung an die gematik.

Ziel muss eine Betriebssicherheit von mindestens 99,99 % (BSI VK 3, Sehr hohe Verfügbarkeit) sein. Die Nutzerinnen und Nutzer – insbesondere in den Hausarztpraxen – haben ein Anrecht auf verlässliche, funktionierende und störungsfreie Technik. Nur so kann Digitalisierung zum Gewinn für die Versorgung werden – nicht zur Belastung.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 11: Digitalisierung praxisnah priorisieren – ePA-Funktionalitäten gezielt ausbauen

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber und die gematik auf, eine praxisnahe Neuausrichtung der Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Insbesondere bei der Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA) braucht es eine klare Priorisierung

zugunsten jener Funktionalitäten, die im Versorgungsalltag von Hausärztinnen und Hausärzten tatsächlich einen Nutzen stiften. Die Roadmap der Digitalisierung muss sich stärker an der Versorgungspraxis orientieren – nicht an technischer Machbarkeit oder politischen Wunschvorstellungen.

Deshalb braucht es eine Neugewichtung der Prioritäten. Dazu gehören insbesondere:

- die Umsetzung der elektronischen Verordnung auch für Betäubungsmittel, die Pflege sowie Heil- und Hilfsmittel,
- digitale Identitäten für Ärztinnen und Ärzte deutlich vor dem bislang geplanten Termin 2028,
- die zeitnahe Einbindung von strukturierten und standardisierten Laborbefunden
- und die Bereitstellung offener Schnittstellen für Terminvereinbarungssysteme.

Begründung
Die Einführung der ePA ist ein wichtiger Schritt – bislang jedoch ohne spürbaren Mehrwert für die meisten Ärztinnen und Ärzte. Viele Funktionen sind unzureichend implementiert, technisch unausgereift oder alltagsuntauglich. Während einzelne Entwicklungen wie das eMedikationsplan-Modul (eMP/eML) erste Fortschritte zeigen, bleiben zentrale Elemente wie die strukturierte Befundübermittlung oder eine durchsuchbare Akte auf der Strecke. Auch andere Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) entwickeln sich zu langsam oder an den Bedürfnissen der Praxen vorbei.

Nur, wenn digitale Anwendungen einen spürbaren Mehrwert für die Versorgung erzeugen, werden sie von den Praxen akzeptiert und genutzt. Die Politik ist gefordert, dies bei der Prioritätensetzung zu berücksichtigen.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 13: Künstliche Intelligenz (KI) in Studium, Fort- und Weiterbildung integrieren

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber, die Landesbildungsministerien sowie die ärztliche Selbstverwaltung auf, Regelungen zu treffen, dass Inhalte zur Nutzung, Einordnung und Bewertung von Künstlicher Intelligenz (KI) in die medizinische Ausbildung sowie in die ärztliche Fort- und Weiterbildung integriert werden auf der Basis risikobasierter Ansätze mit Geltung in der Europäischen Union.

Begründung
Künstliche Intelligenz wird zunehmend Teil medizinischer Arbeits- und Entscheidungsprozesse – in Anamnese, Diagnostik, Dokumentation und Patientenkommunikation. Auch in der hausärztlichen Versorgung werden KI-basierte Tools künftig eine Rolle spielen, etwa zur Entscheidungsunterstützung, bei der Organisation des Praxisalltages oder in der Interaktion mit Patientinnen und Patienten.

Ärztinnen und Ärzte müssen darauf vorbereitet sein, mit diesen Technologien souverän und verantwortungsvoll umzugehen. Dafür braucht es grundlegende Kenntnisse zu Chancen, Risiken

und ethischen Fragen, die bereits im Studium vermittelt und später in Fort- und Weiterbildungen vertieft werden sollten.

Die hausärztliche Perspektive ist dabei besonders wichtig: Denn hier entscheidet sich, wie Technik in der Breite der Versorgung angewendet wird – und wie ärztliche Verantwortung in digitalen Kontexten definiert bleibt.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 14: ePA-Zugriff im Überweisungskontext ermöglichen – Informationsfluss verbessern

Die Delegiertenversammlung fordert die gematik und den Gesetzgeber auf, technische und rechtliche Maßnahmen zu treffen, damit bei Überweisungen und Konsilen ein gezielter, automatisierter Zugriff auf relevante Inhalte der elektronischen Patientenakte (ePA) ermöglicht wird, ohne dass dafür die Karte in der Arztpraxis eingelesen werden muss oder eine aktive Verwaltung in der ePA-App nötig ist. Die gezielte Übertragung von Zugriffsrechten im Behandlungskontext ist zu ermöglichen – ohne zusätzlichen administrativen Aufwand für Patientinnen, Patienten oder Praxen.

Begründung
Die ePA soll den Informationsfluss im Gesundheitswesen verbessern – doch aktuell verhindert das System in vielen Fällen genau das. Im Überweisungskontext erhalten weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte nur dann Zugriff auf ePA-Inhalte, wenn Patientinnen oder Patienten diesen explizit und aktiv freigeben bzw. in der Praxis ihre eGK einlesen. Nur die allerwenigsten Patientinnen und Patienten nutzen die ePA aktiv und sind in der Lage, solche Zugriffsrechte zu gewähren. Das führt in der Praxis zu Verzögerungen, Mehrarbeit und Datenlücken in Fällen, in denen Patientinnen und Patienten die mitbehandelnde Praxis gar nicht aufsuchen müssen – gerade in zeitkritischen Situationen.

Damit die ePA ihr Potenzial entfalten kann, braucht es eine technische Lösung, die im Rahmen einer ärztlichen Überweisung oder eines Konsils eine automatische, fallbezogene Zugriffsberechtigung überträgt. Diese muss rechtskonform, dokumentiert und datensparsam ausgestaltet sein – aber sie muss kommen, wenn die ePA mehr sein soll als ein reines Datenarchiv. Nur so kann die ePA zur Grundlage koordinierter Versorgung und sinnvoller intersektoraler Zusammenarbeit werden.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 15: Effiziente Nutzung des E-Rezepts bei Folgeverordnungen für Heimpatientinnen/-patienten und in der häuslichen Krankenpflege

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber, die gematik und die Pflegeverbände auf, zeitnah die flächendeckende Nutzung von KIM in allen Pflegeeinrichtungen sowie allen mobilen Pflegediensten umzusetzen, um die direkte Übermittlung von E-Rezepten an die Pflegeheime bzw. die mobilen Pflegedienste zu ermöglichen. Diese können dann die E-Rezepte an die zuständigen beliefernden Apotheken übermitteln.

Begründung
Das eRezept sollte die Versorgung vereinfachen, erschwert jedoch die Arzneimittelversorgung in Pflegeeinrichtungen bzw. im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. Der Zugriff auf die eGK ist in diesen Konstellationen insbesondere mit Blick auf Dauer- und Folgeverordnungen oft nicht möglich. Das Ausdrucken und Weiterreichen von E-Rezept-Tokens ist demgegenüber unpraktisch und fehleranfällig. Viele Praxen und Apotheken arbeiten deshalb bei diesem Thema in einer rechtlichen Grauzone (Stichwort: Makelverbot).

Gerade immobile und pflegebedürftige Menschen sind auf eine verlässliche und unkomplizierte Arzneimittelversorgung angewiesen. Hausärztinnen und Hausärzte tragen hier die Hauptverantwortung. Der für alle Beteiligten einfachste und rechtssichere Weg ist die Übermittlung der E-Rezepte an die betreuenden Pflegeheime bzw. mobilen Pflegedienst über KIM. Die Pflegeheime bzw. mobilen Pflegedienste können dann die E-Rezepte an die zuständige(n) Apotheke(n) weiterleiten. Allerdings ist KIM noch lange nicht in allen Pflegeheimen bzw. mobilen Pflegediensten verfügbar. Hier muss deshalb sichergestellt werden, dass alle Pflegeheime und mobilen Pflegedienste über einen KIM-Anschluss verfügen.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 37: Einheitliche ePA-App für alle Versicherten

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber, die gematik und die Krankenkassen auf, eine bundesweit einheitliche App für den Zugriff der Patientinnen und Patienten auf die ePA einzuführen, um den Zugriff für alle sowie die gegenseitige Unterstützung zu erleichtern.

Begründung
Nur sehr wenige Patientinnen und Patienten nutzen die Apps der Krankenkassen, um den Zugriff auf ihre ePA zu verwalten. Ein Grund dafür ist, dass die ePA-App innerhalb der diversen Apps der Krankenkassen „versteckt“ und je nach Kasse sehr unterschiedlich gestaltet ist. Dies führt zu Verwirrung bei den Versicherten und erschwert die Verwaltung der ePA durch die PatientInnen.

Mit der Corona-Warn-App gab es bereits gute Erfahrungen mit einer einheitlichen bundesweit genutzten App, bei der am Ende jede und jeder wusste, wie sie zu nutzen ist. Ähnliches sollte auch bei der Verwaltung des ePA-Zugriffs möglich sein.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 35: Primärprävention fördern

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband fordert die Politik auf, Ihre Aufgabe der Förderung primärpräventiven Maßnahmen zur Erhaltung von Gesundheit, Stärkung des Klimaschutzes und Minderung des Ressourcenverbrauches ernst zu nehmen.

Begründung
Diese Forderung nimmt die Beschlüsse des Klimapakt Gesundheit 2022 vom BMG mit den Spitzenverbänden im Gesundheitswesen und den Empfehlungen des RKI im Sachstandsbericht für Klimawandel und Gesundheit 2023 auf, sowie der Resolution Klimawandel und Gesundheit von September 2018 beim Internationalen Hausärztetag Bonn.

Quelle: Erklaerung_Klimapakt_Gesundheit_A4_barrierefrei.pdf https://share.google/DfScFwKc45ag68fYm

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 36 neu: Leitliniengerechte Verordnung von Dosieraerosolen und Inhalativen

Die Delegiertenversammlung unterstützt und befürwortet ausdrücklich die Umsetzung der DEGAM-S2k-Leitlinie „Klimabewusste Verordnung von Inhalativa“ (AWMF-Registernummer 053-059, Stand 2024) zur Verordnung von Dosieraerosolen bzw. Inhalativen.

Begründung
Das Gas Apafluran ist 3600mal klimaschädlicher als CO_2 und verbleibt hunderte bis tausende von Jahren in der Atmosphäre. Es wird zurzeit noch in 3 Dosieraerosolen in Deutschland eingesetzt. 2 davon mit Cromoglicinsäure/Reproterol werden von der DEGAM in der S2k-Leitlinie „Klimabewusste Verordnung von Inhalativa“ als nicht sinnvoll eingestuft, das 3. Präparat kann durch vergleichbare Präparate ersetzt werden. In der S3-NVL Asthma werden Präparate mit Cromoglicinsäure ebenfalls nicht als Bedarfsmedikation empfohlen. Wie früher die Fluorkohlenwasserstoffe (FCKW) wegen ihrer Schädigung der Ozonschicht weltweit verboten wurden, wäre auch für Apafluran ein Verbot dringend erforderlich. Vielleicht kann aber durch unseren Appell ein freiwilliger Verzicht der Industrie auf dieses Gas angestoßen werden.

(zurück zur Übersicht)

TOP 7. – Anträge zu anderen Themen und Verschiedenes

Beschluss 20: Regressvermeidung

Der Vorstand wird aufgefordert, sich für Maßnahmen einzusetzen, die die aktuelle Regressflut der Krankenkassen reduziert. Dazu gehört

1. die Unterstützung der Forderung der KBV für die Einführung einer Aufwandsentschädigung bei unzulässigen oder unbegründeten Prüfanträgen (wie ausgeführt in dem KBV-Papier „Vorschläge der KBV zur Entbürokratisierung“).
2. die Forderung, dass die Praxis-Software-Systeme obligat Algorithmen enthalten müssen, die Fehler bei der Verordnung von Arzneimitteln reduzieren.

Begründung
Aktuell werden die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit einer Flut von Regressforderungen der Krankenkassen überzogen. Insbesondere die Einzelfallprüfungen haben offensichtlich stark zugenommen. Die daraus resultierende bürokratische Belastung der betroffenen Ärztinnen und Ärzte ist oft enorm. Ein großer Teil der Regressforderungen erweist sich als unbegründet. Für den Aufwand sollten die Ärztinnen und Ärzte bei unbegründeten Regressforderungen eine Aufwandsentschädigung erhalten, wie in dem Papier der KBV (Punkt 9) gefordert.
https://www.kbv.de/documents/positionen/dossiers/buerokratieabbau/kbv-vorschlaege-entbuerokratisierung.pdf

Ferner sollten in den Praxissystemen obligat Algorithmen implementiert werden, die Fehler bei der Verordnung von Arzneimitteln reduzieren, insbesondere sollten Verordnungen, die über die maximal zugelassene Höchstmenge hinaus gehen, nicht oder nur nach einer eindeutigen Warnung durch das System möglich sein. Ebenso sollten Verordnungen, für die keine zugelassene Diagnose im System angegeben ist, nicht oder nur nach einer eindeutigen Warnung möglich sein. Auch sollten besonders teure Verordnungen mit eine Warnmechanismus versehen werden.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 23: Einführung einer Zuckersteuer und Werbeverbote für Kinder

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband fordert die Bundesregierung auf

1. eine Zuckersteuer auf stark zuckerhaltige Getränke und Lebensmittel einzuführen
2. sowie ein umfassendes Werbeverbot für zuckerhaltige Produkte, die sich an Kinder richten, gesetzlich zu verankern.

Begründung
Übermäßiger Zuckerkonsum führt zu Adipositas, Diabetes Typ 2, Karies und nicht-alkoholischer Fettlebererkrankung – Erkrankungen, die wir Hausärztinnen und Hausärzte täglich in der Praxis sehen. Internationale Beispiele wie Großbritannien und Mexiko zeigen: Zuckersteuern wirken und senken den Konsum nachweislich. Kinder sind zudem besonders anfällig für Werbung. Studien belegen, dass Werbeverbote den Konsum ungesunder Lebensmittel reduzieren und die gesundheitliche Entwicklung schützen.

Beschluss 22: Handlungsempfehlung für eine sichere Medikamentenverordnung in Heimen bzw. beschützenden Einrichtungen

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes beschließen die "Handlungsempfehlung für eine sichere Medikamentenverordnung in Heimen bzw. beschützenden Einrichtungen“ als Handlungsempfehlung für alle an der Versorgung Beteiligten und bitten den Geschäftsführenden Vorstand des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes, diese Empfehlung in den Publikationen des Verbandes zu veröffentlichen und zu bewerben.

Begründung
Die Delegierten des Bayerischen Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes haben auf ihrer Delegiertenversammlung am 16.05.2025 nach Maßgabe der Vorlage der AG Inklusive Medizin des Bayerischen Hausärzteverbandes die "Handlungsempfehlung für eine sichere Medikamentenverordnung in Heimen bzw. beschützenden Einrichtungen“ als Handlungsempfehlung für alle an der Versorgung Beteiligten“ beschlossen.

Ärztliches und nichtärztliches Personal wird immer wieder mit unsinnigen bürokratischen Forderungen konfrontiert, die die Patientenversorgung gefährden und zu Verschwendung von Medikamenten und Personalressourcen führen. Die Forderungen entwickeln sich aus individuellen Interpretationen diverser gesetzlicher Vorgaben. Dies führt zu Unsicherheiten. Die Handlungsempfehlung soll zu mehr Handlungssicherheit für die an der Versorgung beteiligten Personen führen.

Aufgrund der bundesweiten Bedeutung der Thematik erscheint es sinnvoll und zweckmäßig, diese Handlungsempfehlung aufzugreifen und bundesweit zu empfehlen.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 27: Geschlechtergerechte Entwicklung und Anwendung von Künstlicher Intelligenz (KI) in der Medizin

Die Delegiertenversammlung fordert den Bundesvorstand auf, sich auf Bundesebene dafür einzusetzen, dass beim Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) in der Medizin zukünftig geschlechtergerechte, diversitätsbewusste und repräsentative Datengrundlagen genutzt und weiter geschaffen werden.

Der bestehende Gender Data Gap soll dadurch weiter konsequent verringert werden und auf diese Weise die hausärztliche Versorgung von Frauen und anderen bislang benachteiligten Patientinnen- und Patientengruppen durch faire, präzise und verlässliche KI-Anwendungen verbessert werden.

Begründung
Künstliche Intelligenz wird derzeit überwiegend mit veralteten und überwiegend männlich geprägten Daten gespeist und angelernt. Dies führt dazu, dass Verzerrungen und Ungenauigkeiten in Diagnostik und Therapie fortgeschrieben werden. Verstärkt wird dieser Effekt dadurch, dass die Entwicklung von KI-Systemen nach wie vor überwiegend durch Männer erfolgt (geringer

Frauenanteil in der IT-Entwicklung). Die Folge ist, dass die Frauengesundheit im Bereich der Forschung und Versorgung weniger berücksichtigt wird und strukturell benachteiligt bleibt.

Um eine gerechte und qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen, ist es notwendig, dass sämtliche demographischen Gruppen in den zugrunde liegenden Daten berücksichtigt werden und die Entwicklung von KI diverser gestaltet wird. Nur so lassen sich die Potenziale der KI für die Frauengesundheit ausschöpfen und die Versorgung insgesamt nachhaltig verbessern.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 28: Verbindliche Anbindung der Krankenhäuser an die TI

Die Delegiertenversammlung fordert den Bundesvorstand des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes auf, die politischen Entscheidungsträger nachdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Krankenhäuser ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur vollständig und fristgerecht nachzukommen haben, ohne dass hierfür zusätzliche finanzielle Unterstützung durch die Länder erfolgt. Bei Nichterfüllung der Vorgaben und Fortbestand der Sanktionen im ambulanten Bereich müssen analog zu den Sanktionen für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte entsprechende finanzielle Konsequenzen erfolgen.

Begründung
Seit dem 01.01.2021 sind Krankenhäuser nach § 291a SGB V verpflichtet, an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen zu sein und die erforderlichen Komponenten (z. B. KIM, eArztbrief, eMedikationsplan) vorzuhalten. In der ambulanten Versorgung ist diese Verpflichtung bereits verbindlich umgesetzt. Vertragsärztinnen und -ärzte müssen bei Nichterfüllung mit der Streichung der TI-Pauschalen rechnen.

Im stationären Bereich hingegen zeigt sich die Umsetzung bisher nur unzureichend. Kommunikation erfolgt dort vielfach weiterhin per Fax oder Post. Viele Kliniken verfügen immer noch nicht über KIM-Adressen, die Möglichkeit der digitalen Arztbriefe wird kaum genutzt. Sanktionen oder Konsequenzen für diese Versäumnisse gibt es bislang nicht.

Die mangelnde Umsetzungspflicht führt zu erheblichen Problemen in der Patientenversorgung: Arztbriefe aus den Kliniken erreichen die Praxen oft erst nach Tagen oder Wochen. In dieser Zeit können notwendige Informationen für die Weiterbehandlung fehlen, wodurch Therapieentscheidungen verzögert oder erschwert werden. Gleichzeitig erschwert und behindert die fehlende digitale Erreichbarkeit von Klinikärztinnen und -ärzten die sektorenübergreifende Zusammenarbeit massiv.

Die Folge sind unnötige Doppeluntersuchungen und ein erheblicher Mehraufwand an Bürokratie in den Praxen. Damit leidet die Versorgung der Patientinnen und Patienten spürbar, während gleichzeitig die Arbeitsbelastung in den hausärztlichen Praxen ohne Mehrwert für die PatientInnenversorgung weiter zunimmt.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 30: Virtuelles Ersatzdokument bei Verlust oder Defekt der SMC-B- und der EHba-Karte

Die Delegiertenversammlung fordert die gematik bzw. die jeweiligen Kartenanbieter (Medisign, D-Trust, usw.) auf, ein virtuelles Ersatzdokument bereitzustellen, um im Falle eines Verlustes, Defektes oder Sperrung des Zugangs durch irrtümliche wiederholte Fehleingabe des PINs, die Dauer bis zur Auslieferung eines neu erstellten EHBa oder SMC-B Karte zu überbrücken. Die Gültigkeit des Ersatzdokumentes soll zeitlich befristet werden und so vorübergehend sicherstellen, dass die Pflichten der TI-Nutzung erfüllt werden können.

Begründung
Sollten die Pflichten der TI-Nutzung (ePa-Befüllung, eAU, usw.) ausgeweitet werden oder sogar dann mit Gewinneinbußen (ePa-Befüllung) einhergehen, müsste auch die zügige Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit der Praxis gewährleistet werden. Aktuell dauert der Prozess der Bestellung und Lieferung einer SMC-B oder EHba mindestens 2-4 Wochen. Ohne eine gültige SMC-B/eHBA kann eine Praxis keine elektronische Gesundheitskarte (eGK) einlesen oder auf E-Rezept, elektronische Patientenakte (ePA) und andere TI-Dienste zugreifen.

Durch ein virtuelles Ersatzdokument der Karte bzw. Software-Lösung könnte dieser Prozess deutlich beschleunigt werden und die Praxis wieder zeitnah alle TI-Anforderungen erfüllen. Hierfür wäre eine systemübergreifende Lösung mit automatischem Austausch zwischen Konnektor und Zertifikatanbieter sinnvoll und anzustreben.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 32: Rechtssicherheit und Transparenz bei Wundauflagen − jetzt handeln

Die Delegiertenversammlung fordert den Bundesverband auf, sich gegenüber Politik, G-BA und Selbstverwaltung dafür einzusetzen, dass:

- noch in 2025 verbindliche Regelungen geschaffen werden, die den Einsatz sonstiger Wundversorgungsprodukte, die bisher unter der Übergangsfrist lagen, auch über den 2. Dezember 2025 hinaus ohne Versorgungseinbußen sicher ermöglichen, sofern Hersteller den geforderten Nachweis erbringen;
- die Kriterien, nach denen der G-BA die Wirksamkeit und Notwendigkeit dieser Produkte bewertet, transparent, praktikabel und zeitnah festgelegt werden;
- Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegeeinrichtungen und Apotheken verbindlich über die Produkte informiert werden, die aufgenommen bzw. ausgeschlossen werden, sowie über den Übergangsstatus und Risiken von Regressen.

Begründung
Die derzeitige Situation verunsichert Ärztinnen und Ärzte, Apotheken und Pflegeeinrichtungen stark: Es ist nicht klar, welche Produkte nach Ablauf der Übergangsfrist noch erstattungsfähig sind und unter welchen Bedingungen. Diese Unsicherheit wirkt sich auf die Versorgung chronischer Wunden aus – besonders bei vulnerablen Patientengruppen, die auf spezielle Wundauflagen angewiesen sind.

Eine solche Regelungslücke unterminiert die Therapiefreiheit, erzeugt Regressrisiken und führt zu unnötiger bürokratischer Belastung. Transparente Bewertungskriterien und verlässliche Informationsprozesse sind erforderlich, um einen sachgerechten, medizinisch angemessenen Einsatz sicherzustellen.

(zurück zur Übersicht)

Beschluss 39: Verbesserung der Organisation und Förderung der Landarztquote

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordert die politisch Verantwortlichen auf, das Potential der Landarztquote zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung besser zu nutzen und die Organisation der Landarztquote bundesweit qualitätsgesichert über die jeweiligen Institute für Allgemeinmedizin zu strukturieren. Die Auswahl der Studierenden sollte zusätzlich nach einem Kriterienkatalog erfolgen, der vor allem die regionale Zugehörigkeit berücksichtigt. Die Auswahl der Studierenden sollte in allen Bundesländern ein Gremium übernehmen, welches unter anderem auch aus praktischen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern besteht.

Darüber hinaus sollte sichergestellt sein, dass für Studierende, die über die Landarztquote ein Medizinstudium aufnehmen, spezifische und finanziell geförderte Unterstützungsangebote etabliert werden. Dazu gehören insbesondere:

- Mentoring-Programme,
- zusätzliche praxisnahe Seminare mit Bezug zur Allgemeinmedizin,
- Projekte zur frühzeitigen und kontinuierlichen Vernetzung mit hausärztlicher Versorgung im
- ländlichen Raum,
- frühzeitiger Kontakt zu wichtigen Organisationen der Allgemeinmedizin: z. B. Hausärztinnen- und Hausärzteverband, DEGAM und Kompetenzzentren Weiterbildung.

Begründung

Die derzeitige Umsetzung der Landarztquote ist organisatorisch uneinheitlich und vielfach unzureichend, sodass das Ziel – langfristig mehr Hausärztinnen und Hausärzte in ländlichen Regionen zu gewinnen – gefährdet wird.

Eine enge Anbindung an die Institute für Allgemeinmedizin gewährleistet eine praxisnahe, fachlich fundierte Begleitung der Studierenden vom ersten Semester an. Nur durch frühzeitige Unterstützung, gezielte Förderung und kontinuierliche Motivation können die Studierenden langfristig für die hausärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum begeistert und gewonnen werden.

Die Einführung von Mentoring-Programmen, zusätzlichen Seminaren und geförderten Projekten trägt entscheidend dazu bei, die Attraktivität der Landarztquote zu erhöhen und deren Wirksamkeit nachhaltig zu sichern.

(zurück zur Übersicht)