



Beschlussübersicht

der Delegiertenversammlung des
Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes
am **24./25. April 2026 in Magdeburg**

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: Hausarztzentrierte Versorgung als tragende Säule eines zukünftigen Primärversorgungssystems	4
Beschluss 2: Gestaltung eines Primärversorgungssystems – hausärztlich gesteuert, teamorientiert und praxistauglich	5
Beschluss 13: Ärztliche Verantwortung in der Primärversorgung	6
Beschluss 43: Direkter, niedrigrschwelliger und wohnortnaher Zugang zu den hausärztlichen Praxen muss gewährleistet sein	7
Beschluss 3: GKV-Spargesetz – Versorgung sichern, Fehlsteuerungen vermeiden	8
Beschluss 40: Erhalt der Vergütung für die Beratung zur Organspende – falsche Anreize im GKV-Spargesetz korrigieren	9
Beschluss 46: Versicherungsfremde Leistungen endlich aus Steuermitteln finanzieren	10
Beschluss 4: Notfallreform – Versorgungsrealistische Ausgestaltung und Sicherung hausärztlicher Kapazitäten	10
Beschluss 5: Start der neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) noch im Jahr 2026 sicherstellen	11
Beschluss 6: Untaugliche Versorgungspauschale	12
Beschluss 7: Berücksichtigung von HZV-Fällen bei der Ausgestaltung der Vorhaltepauschale sicherstellen	12
Beschluss 8: Aktivrente auch für selbstständig tätige Ärztinnen und Ärzte ermöglichen	13
TOP 5. – Bericht aus den Foren und Arbeitsgruppen des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes	15
Beschluss 9: Regelungen zum Quereinstieg Allgemeinmedizin	15
Beschluss 10: Schaffung von Ombudsstellen für Weiterbildungsangelegenheiten in den regionalen Ärztekammern	15
Beschluss 12: Harmonisierung der Weiterbildungsordnungen in den Landesärztekammern	16
Beschluss 31: Fortbildungscurriculum Telemedizin entwickeln	16
Beschluss 14: Angleichung des gesetzlichen Mutterschutzes für selbstständige Ärztinnen zur Sicherung von Versorgung und Selbstverwaltung	17
Beschluss 15: Digitalgesetz – Digitalisierung patientenorientiert, praxistauglich und versorgungsnah gestalten	18
Beschluss 16: Praktikable Gestaltung von elektronischen Überweisungen	19
Beschluss 17: Sicherstellung einer kostendeckenden Finanzierung der Telematikinfrastruktur in Arztpraxen	19
Beschluss 18: Medikationsmanagement in der ePA sinnvoll gestalten	20
Beschluss 28: Initiative für einen bundesweit verpflichtenden, strukturierten Arztbriefstandard zur Verbesserung der Schnittstellenkommunikation zwischen Fachärztinnen und Fachärzten/Krankenhäusern und der hausärztlichen Versorgung	21



Beschluss 32: Auch DiGA müssen transparent und ehrlich sein	22
Beschluss 39: Telemedizin	23
Beschluss 42: BTM-Verordnungen zukünftig als eRP	24
Beschluss 19: Angestellte Hausärztinnen und Hausärzte für den HÄV gewinnen!	24
TOP 9. – Bericht aus dem Institut für hausärztliche Fortbildung (IHF) e. V.	26
Beschluss 12: VERAH als Rückgrat der nicht-akademisierten Delegation in der täglichen Versorgung unserer Patientinnen und Patienten	26
Beschluss 50: Vorhandene Ressourcen in Hausarztpraxen zur Stärkung der ambulanten Versorgung mit Einführung des Primärarztsystems nutzen	26
TOP 11. – 130. Deutscher Ärztetag 2026 (12. - 15.05.2026 Hannover), verschiedene Themen	28
Beschluss 27: Rücknahme der Öffnung ZWB-Geriatrie für patientennahe Fächer	28
Beschluss 26: Adipositas Pandemie stoppen: Entschlosseneres Vorgehen der Politik zur Reduktion des Zuckergehaltes in verarbeiteten Lebensmitteln	28
Beschluss 22: Verschreibung von Cannabis im Rahmen kommerzieller Onlineplattformen	30
TOP 12. – Anträge zu anderen Themen und Verschiedenes	31
Beschluss 24: Plattform Suchtmedizinische Hausärztinnen und Hausärzte	31
Beschluss 23: Hausärztliche Praxen als Netz der Regelversorgung eines resilienten Gesundheitssystems	32
Beschluss 33: Primärversorgung systematisch in die nationale Krisen- und Verteidigungsplanung einbeziehen	33
Beschluss 11: Kinder- und Jugendschutz	34
Beschluss 29: Unreflektierte Point-of-Care-Untersuchungen	35
Beschluss 36: Ärztliches Ethos und Verantwortung in sozialen Medien	36
Beschluss 30: Versorgung stärken statt Bürokratie ausweiten: Überzogene Prüfanforderungen in Pflegeheimen zurückweisen	37
Beschluss 37: Bürokratieabbau statt Kompetenzabbau	38
Beschluss 45: Sicherung des hausärztlichen Versorgungsauftrags bei der Nutzung hausärztlicher Vertragssitze	38
Beschluss 48: Neugestaltung der Abwicklung, Abrechnung, Vergütung und Organisation der Betreuung von Arbeitsunfällen in der hausärztlichen Praxis	39
Beschluss 49: Erstellung von Richtlinien für die vertragsärztliche generische Verordnung von Verbandsmitteln - hier Verbandsmittel zur Wundversorgung - ohne Regressrisiko zur Umsetzung durch Vertragsapotheken	40



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

Beschluss 1: Hausarztzentrierte Versorgung als tragende Säule eines zukünftigen Primärversorgungssystems

Die Delegiertenversammlung stellt fest, dass die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung vor grundlegenden strukturellen Herausforderungen steht. Chaotische Versorgungsprozesse, steigende Versorgungsbedarfe, demografische Entwicklungen und begrenzte personelle Ressourcen erfordern eine Neuordnung der Versorgungsstrukturen.

Die Regierungskoalition handelte insofern folgerichtig, als sie im Koalitionsvertrag die Einführung eines „verbindlichen Primärarztsystems“ vereinbart hat.

Die Delegiertenversammlung stellt klar: Ein funktionierendes hausärztliches Primärversorgungssystem kann nur auf einer starken, koordinierten und patientenzentrierten hausärztlichen Versorgung aufbauen.

Die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) erfüllt diese Anforderungen bereits heute. Sie gewährleistet eine kontinuierliche Betreuung der Patientinnen und Patienten, eine verbindliche Steuerung im System sowie eine effiziente und bedarfsgerechte Inanspruchnahme weiterer Versorgungsangebote. Die HZV ist damit nicht nur ein bewährtes Versorgungsmodell, sondern die strukturelle Grundlage für die Weiterentwicklung hin zu einem flächendeckenden Primärversorgungssystem.

Die Delegiertenversammlung fordert die Politik auf Bundes- und Landesebene auf, die hausarztzentrierte Versorgung konsequent als tragende Säule eines zukünftigen Primärversorgungssystems zu verankern und gezielt weiterzuentwickeln.

Hierzu sind insbesondere folgende Rahmenbedingungen sicherzustellen:

- Der Kontrahierungszwang nach § 73b SGB V ist als zentrale Voraussetzung für den flächendeckenden Ausbau der HZV zu erhalten. Er gewährleistet, dass alle Versicherten unabhängig von Region und Krankenkasse Zugang zu einer hausarztzentrierten Versorgung erhalten. Er stellt in den Verhandlungen überdies eine Augenhöhe der beteiligten Vertragspartner sicher.
- Die bestehenden Versorgungsvorteile der HZV sind zu sichern und weiter auszubauen. Hierzu zählen insbesondere die kontinuierliche Betreuung, die koordinierte Steuerung der Patientinnen und Patienten sowie die Vermeidung unnötiger Inanspruchnahme fachärztlicher und stationärer Leistungen.
- Die HZV ist gesetzlich so weiterzuentwickeln, dass sie den Anforderungen eines modernen Primärversorgungssystems gerecht wird. Dies umfasst insbesondere die Möglichkeit, kooperative Versorgungsstrukturen auszubauen und multiprofessionelle Teams strukturiert einzubinden.



- Digitale Versorgungs- und Steuerungsinstrumente sind sinnvoll in die HZV zu integrieren. Dabei ist sicherzustellen, dass digitale Anwendungen die hausärztliche Versorgung unterstützen und ergänzen, nicht aber ersetzen.
- Digitale Plattformen und Steuerungsinstrumente müssen wettbewerbsneutral und diskriminierungsfrei ausgestaltet sein. Die Steuerung der Patientinnen und Patienten hat im Rahmen der HZV grundsätzlich über die gewählte Hausarztpraxis zu erfolgen.
- Zudem sind die rechtlichen Rahmenbedingungen so anzupassen, dass im Rahmen der HZV digitale Partnerschaften und Kooperationen mit weiteren Leistungserbringern sowie mit Anbietern digitaler Anwendungen ermöglicht werden.

Die Delegiertenversammlung betont, dass eine Schwächung der hausarztzentrierten Versorgung oder eine Einschränkung ihrer Weiterentwicklung im Widerspruch zu den politischen Zielen eines Primärversorgungssystems steht. Die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten ebenso wie die Lage in den hausärztlichen Praxen würde damit deutlich verschlechtert werden. Ein nachhaltiger Umbau der Versorgungsstrukturen kann nur gelingen, wenn die hausärztliche Versorgung gestärkt und als zentrale Steuerungsebene verbindlich etabliert wird.

Begründung

mündlich

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 2: Gestaltung eines Primärversorgungssystems – hausärztlich gesteuert, teamorientiert und praxistauglich

Die Delegiertenversammlung stellt fest, dass die Einführung eines Primärversorgungssystems eine grundlegende strukturelle Weichenstellung für die zukünftige Ausgestaltung der ambulanten Versorgung darstellt.

Ziel eines solchen Systems muss eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung sein, die Patientinnen und Patienten verlässlich durch das Gesundheitssystem führt und eine effiziente Nutzung der vorhandenen Ressourcen sicherstellt.

Die Delegiertenversammlung stellt klar: Die Steuerung der Versorgung muss grundsätzlich aus der hausärztlichen Versorgung heraus erfolgen.

1. Hausärztinnen und Hausärzte und ihre Praxisteamer übernehmen bereits heute die zentrale Koordinationsfunktion im Gesundheitssystem. Sie sind erste Anlaufstelle, kontinuierliche Begleitung und verbindliche Steuerungsebene zugleich. Die weit überwiegende Mehrzahl der Behandlungsanlässe kann und muss in den hausärztlichen Praxen abschließend versorgt werden. Diese Rolle ist im Rahmen eines Primärversorgungssystems konsequent zu stärken und gesetzlich zu verankern. Eine Steuerung der Patientinnen und Patienten ausschließlich durch digitale Ersteinschätzungssysteme als Zugangsvoraussetzung lehnt die Delegiertenversammlung ab. Digitale Instrumente können die Versorgung sinnvoll unterstützen, sie dürfen jedoch die ärztliche Entscheidung und die persönliche Steuerung durch die Hausarztpraxis nicht ersetzen. Eine digitale Ersteinschätzung als



Zugangsvoraussetzung führt aufgrund der Übertriagierung digitaler Systeme eher zu einer höheren unkoordinierten Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgungsebene. Primärversorgung muss organisatorisch aus hausärztlichen Praxen heraus gestaltet werden, um die notwendige Continuity of Care im Rahmen der Versorgung sicherzustellen. Andere Gesundheitsberufe können und sollen im Rahmen multiprofessioneller Teams strukturiert eingebunden werden. Die Verantwortung für Diagnostik, Therapie und Steuerung der Versorgung verbleibt jedoch eindeutig bei den Hausärztinnen und Hausärzten. Im Sinne eines einfachen und transparenten Systems muss die erste Anlaufstelle der Patientinnen und Patienten immer die hausärztliche Praxis sein – dies muss sowohl Anspruch als auch Erwartung der Patientinnen und Patienten sein. Eine weitere Fragmentierung und Chaotisierung der Versorgung lehnen wir ab.

2. Die Delegiertenversammlung fordert daher den konsequenten Ausbau multiprofessioneller Teamstrukturen in der hausärztlichen Versorgung. Bestehende Praxisstrukturen sind weiterzuentwickeln und durch geeignete Rahmenbedingungen zu stärken, um eine arbeitsteilige und effiziente Versorgung zu ermöglichen. Gleichzeitig sind Anreize zu schaffen, die den Aufbau und die Weiterentwicklung solcher Versorgungsstrukturen fördern. Hierzu zählen insbesondere verlässliche finanzielle Rahmenbedingungen, ein Blended-Payment-System mit starker Pauschalierung sowie eine Entbürokratisierung der bestehenden Regelungen.
3. Ein funktionierendes Primärversorgungssystem setzt zudem eine verlässliche Anbindung an die fachärztliche Versorgung voraus. Die Delegiertenversammlung fordert daher verbindliche Regelungen für eine koordinierte fachärztliche Weiterbehandlung, einschließlich einer gesicherten Terminvergabe im Anschluss an die hausärztliche Steuerung.
4. Beim Aufbau und bei der Ausgestaltung eines verbindlichen Primärversorgungssystems müssen die berufspolitischen Interessen der Hausärztinnen und Hausärzte und ihrer Praxisteams angemessen vertreten werden. In den derzeitigen Mehrheitsverhältnissen in den Kassenärztlichen Vereinigungen findet die hausärztliche Perspektive nur unzureichend Berücksichtigung. Ein Primärversorgungssystem kann nur dann erfolgreich sein, wenn es auf klaren Zuständigkeiten, einer starken hausärztlichen Steuerung und einer sinnvollen Einbindung weiterer Gesundheitsberufe basiert.

Begründung

mündlich

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 13: Ärztliche Verantwortung in der Primärversorgung

Die medizinische Primärversorgung der Bevölkerung gehört zu den wesentlichen Aufgaben der Hausärztinnen und Hausärzte. Sie erfordert fachärztliche Kompetenz und kontinuierliche ärztliche Verantwortung. Hausärztinnen und Hausärzte können hierbei von anderen Gesundheitsberufen unterstützt werden, diese können Hausärztinnen und Hausärzte jedoch nicht ersetzen. Einzelne Tätigkeiten können delegiert werden, die Gesamtverantwortung für die medizinischen Entscheidungs- und Steuerungsprozesse in der Primärversorgung ist jedoch weder delegierbar noch teilbar.



Begründung

Die hausärztliche Versorgung bildet das Rückgrat der wohnortnahen medizinischen Betreuung. Die Primärversorgung der Bevölkerung gehört zu den wesentlichen Aufgaben der Hausärztinnen und Hausärzte. Sie erfordert fachärztliche Kompetenz, klinische Erfahrung und kontinuierliche ärztliche Verantwortung.

Zur hausärztlichen Tätigkeit gehören insbesondere die differenzialdiagnostische Beurteilung unselektierter Krankheitsbilder, die Priorisierung und Koordination medizinischer Maßnahmen, die Abwägung von Nutzen und Risiken bei unvollständiger Informationslage sowie die langfristige Steuerung komplexer, multimorbider Krankheitsverläufe.

Diese Aufgaben sind integraler Bestandteil von Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieführung. Sie umfassen nicht nur Einzeltätigkeiten, sondern den medizinischen Entscheidungs- und Steuerungsprozess in der Primärversorgung insgesamt. Einzelne Tätigkeiten können delegiert werden. Die Gesamtverantwortung hierfür ist jedoch weder delegierbar noch teilbar.

Darüber hinaus zeichnet sich die hausärztliche Versorgung durch eine kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehung, eine kontextbezogene Betrachtung im biopsychosozialen Umfeld sowie eine systemrelevante Steuerungsfunktion innerhalb der medizinischen Versorgung aus. Diese Merkmale sind essenziell für Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Effizienz und erfordern ebenfalls ärztliche Verantwortung in Gänze.

Andere Gesundheitsberufe können Hausärztinnen und Hausärzte hierbei unterstützen, aber nicht ersetzen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 43: Direkter, niedrigschwelliger und wohnortnaher Zugang zu den hausärztlichen Praxen muss gewährleistet sein

Die Bundesdelegiertenversammlung fordert gemeinsam mit dem Vorstand des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes die politisch Verantwortlichen mit Nachdruck auf, den direkten, wohnortnahen und niedrigschwelligen Zugang den hausärztlichen und kinderärztlichen Praxen zu erhalten. Der Zugang zu hausärztlicher Primärversorgung muss auch ohne digitale Ersteinschätzung uneingeschränkt möglich bleiben.

Begründung

Etwa 75% der Patientinnen und Patienten sind bereits an „ihre“ frei gewählte Hausarztpraxis angebunden. Hier erfolgt eine oft jahre- und jahrzehntelange kontinuierliche Behandlung in einer besonderen vertrauensvollen therapeutischen Beziehung.

Die hausärztlichen Praxen übernehmen hier gegenüber ihren Patientinnen und Patienten bereits jetzt schon die Lotsenfunktion und Behandlungssteuerung im Sinne des angestrebten Primärversorgungssystems.



Hausärztliche Praxen übernehmen damit die besondere Funktion, als erste ärztliche Anlaufstelle bei allen Gesundheitsproblemen verfügbar zu sein sowie die sektorenübergreifende Versorgungskoordination und Integration mit anderen Arztgruppen und Fachberufen im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Die Betreuung und Behandlung durch die Hausärztinnen und Hausärzte umfasst unter Berücksichtigung eines ganzheitlichen Fallverständnisses die bestehenden Komorbiditäten im unselektierten Patientenkollektiv und bezieht insbesondere die Betreuung der Patientinnen und Patienten im Kontext ihrer Familien, sozialen Gemeinschaft und der jeweiligen sozioökonomischen Situation ein.

Eine verpflichtende, ausschließlich digital oder KI-gestützte Ersteinschätzung, gefährdet durch Zuweisung an wechselnde Praxen diese Behandlungskontinuität und damit letztlich den Behandlungserfolg.

Die beabsichtigte verpflichtende digitale oder KI-gestützte Ersteinschätzung als Zugangsvoraussetzung zu ärztlicher Behandlung stellt einen unzulässigen Eingriff in die freie, weisungsungebunde Berufsausübung der Hausärztinnen und Hausärzte dar und schränkt Patientenrechte ein.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 3: GKV-Spargesetz – Versorgung sichern, Fehlsteuerungen vermeiden

Die Delegiertenversammlung stellt fest, dass die Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung eine zentrale gesundheitspolitische Aufgabe ist. Die Politik hat sich für einen Kurs der strikten Ausgabenbegrenzung entschieden, der auch die ambulante Versorgung betrifft. Die hausärztliche Versorgung ist bereit, ihren Beitrag zu leisten. Einsparmaßnahmen dürfen jedoch nicht die Funktionsfähigkeit der Versorgung gefährden oder zentrale Versorgungsstrukturen schwächen.

Die im Referentenentwurf eines GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes Eingriffe – insbesondere in die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) – überschreiten diese Grenze. Sie sind in Teilen systemfremd, greifen in die Vertragsautonomie ein und gefährden die Einführung eines funktionierenden, flächendeckenden Primärversorgungssystems.

Zugleich besteht die Gefahr, dass erreichte Fortschritte bei der Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung durch gegenläufige Maßnahmen wieder relativiert werden. Insbesondere die vorgesehenen Regelungen im Bereich des § 73b SGB V setzen Fehlanreize und bremsen ausgerechnet ein System, das bereits heute als tragende Säule einer zukünftigen Primärversorgung dient.

Die Delegiertenversammlung stellt fest: Wer die hausärztliche Versorgung stärkt, stabilisiert das Gesundheitssystem – wer sie schwächt, gefährdet es.

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber daher auf,

- die geplanten Abschläge auf wachsende HZV-Verträge („Wachstumsabschlag“) ersatzlos zu streichen,



- die Bindung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnrate zurückzunehmen,
- sowie Maßnahmen zu unterlassen, die die koordinierende und steuernde Rolle der hausärztlichen Versorgung beeinträchtigen oder zusätzliche bürokratische Belastungen schaffen.

Die hausärztliche Versorgung ist als tragende Säule eines zukünftigen Primärversorgungssystems konsequent zu stärken und darf nicht durch widersprüchliche gesetzgeberische Eingriffe geschwächt werden.

Eine nachhaltige Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung kann nur gelingen, wenn Einsparmaßnahmen zielgerichtet erfolgen und funktionierende Versorgungsstrukturen erhalten bleiben.

Begründung

Mündlich.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 40: Erhalt der Vergütung für die Beratung zur Organspende – falsche Anreize im GKV-Spargesetz korrigieren

Die Delegiertenversammlung lehnt die im Referentenentwurf eines GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehene Abschaffung der extrabudgetären Vergütung für die hausärztliche Beratung zur Organspende ab. Die Delegiertenversammlung fordert das Bundesministerium für Gesundheit und den Gesetzgeber auf, die entsprechenden Regelungen im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu streichen und die Vergütung der Beratungsleistung zur Organspende unverändert zu erhalten.

Begründung

Die hausärztliche Beratung zur Organspende ist ein zentrales Instrument, um die Spendenbereitschaft in der Bevölkerung wirksam zu aktivieren und zu dokumentieren. Sie darf nicht durch kurzfristige Sparmaßnahmen geschwächt werden.

Hausärztinnen und Hausärzte haben seit 2022 die Möglichkeit, im Rahmen der sogenannten Entscheidungslösung gezielt zur Organspende zu beraten. Diese Möglichkeit wird zunehmend genutzt, wie Abrechnungsdaten belegen. Im Jahr 2024 wurden 5,6 Millionen Beratungsfälle abgerechnet – ein Anstieg von 49 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Parallel ist erstmals seit Jahren wieder ein Anstieg der Organspenden zu verzeichnen, der sich in den aktuellen Zahlen fortsetzt. Dies spricht dafür, dass die hausärztliche Beratung einen wirksamen Beitrag zur Verbesserung der Organspendesituation leistet.

Solange eine Widerspruchslösung nicht gesetzlich verankert ist, stellt die hausärztliche Beratung den zentralen Ansatz dar, um die Spendenbereitschaft in der Bevölkerung zu erhöhen. Zudem sind insbesondere Nierentransplantationen auch aus gesundheitsökonomischer Sicht sinnvoll. Bereits eine vergleichsweise geringe Steigerung der Transplantationszahlen kann erhebliche Einsparungen



bei gleichzeitig deutlichen Gewinnen an Lebensqualität für die betroffenen Patientinnen und Patienten bewirken.

Die Abschaffung der Vergütung dieser Beratungsleistung setzt daher falsche Anreize und steht im Widerspruch zu dem Ziel, die Organspendebereitschaft nachhaltig zu stärken.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 46: Versicherungsfremde Leistungen endlich aus Steuermitteln finanzieren

Die Bundesdelegiertenversammlung fordert Bundesregierung und Gesetzgeber mit Nachdruck auf, versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung endlich vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren, wie seit langem von der Ärzteschaft gefordert und zuletzt auch von der Finanzkommission Gesundheit empfohlen. Dass stattdessen die Beitragssätze zulasten der medizinischen Versorgung stabilisiert werden sollen, wird entschieden abgelehnt.

Begründung

Mündlich.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 4: Notfallreform – Versorgungsrealistische Ausgestaltung und Sicherung hausärztlicher Kapazitäten

Die Delegiertenversammlung stellt fest, dass der vorliegende Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung in wesentlichen Teilen nicht umsetzbar ist, da er die bestehenden personellen Ressourcen in der hausärztlichen Versorgung nicht ausreichend berücksichtigt.

Die Delegiertenversammlung fordert daher die Politik auf,

- von der flächendeckenden Einführung paralleler 24/7-Versorgungsstrukturen (Telemedizin und aufsuchender Notdienst) im ambulanten Bereich abzusehen, weil hier knappe personelle Ressourcen ineffizient und zulasten der Regelversorgung eingesetzt werden würden,
- die Beteiligung der hausärztlichen Versorgung an Integrierten Notfallzentren und weiteren Notfallstrukturen realistisch und praktikabel auszugestalten,
- sowie das Dispensierrecht im ärztlichen Notdienst konsequent auch auf aufsuchende Versorgungsformen auszuweiten.

Begründung

Der Referentenentwurf verfolgt das Ziel, die Notfallversorgung stärker zu strukturieren und durch neue Steuerungsmechanismen sowie den Aufbau Integrierter Notfallzentren mit „gemeinsamem Tresen“ zu verbessern. Gleichzeitig sieht er den Ausbau eines 24/7-telemedizinischen und aufsuchenden Versorgungsangebots vor, parallel zu regulären Öffnungszeiten der ambulanten Praxen.



Diese Ansätze verkennen jedoch die bereits heute bestehende personelle Belastung in der hausärztlichen Versorgung. Die hierfür erforderlichen zusätzlichen Kapazitäten stehen nicht zur Verfügung. Der Aufbau paralleler Rund-um-die-Uhr-Strukturen würde zwangsläufig dazu führen, dass ärztliche Ressourcen aus der regulären Versorgung abgezogen werden und dort weniger Patientinnen und Patienten versorgt werden können.

Dies birgt die erhebliche Gefahr, dass die angestrebte Entlastung der Notaufnahmen ins Gegenteil verkehrt wird. Eine Schwächung der hausärztlichen Versorgung führt erfahrungsgemäß zu einer stärkeren Inanspruchnahme stationärer Notfallstrukturen.

Positiv zu bewerten ist die vorgesehene Möglichkeit zur Abgabe von Medikamenten im Notdienst. Die derzeitige Begrenzung auf Notdienstpraxen greift jedoch zu kurz. Eine Ausweitung auf aufsuchende Versorgungsformen ist notwendig, um eine durchgängige und patientengerechte Versorgung – insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten – sicherzustellen.

Eine tragfähige Reform der Notfallversorgung muss sich an den real verfügbaren Ressourcen orientieren. Sie darf nicht zu einer weiteren Überlastung der hausärztlichen Versorgung führen, sondern muss deren zentrale Rolle in der Patientensteuerung stärken.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 5: Start der neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) noch im Jahr 2026 sicherstellen

Die Delegiertenversammlung fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, die neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) noch im Jahr 2026 auf den Weg zu bringen und die entsprechende Rechtsverordnung zeitnah zu erlassen. Ziel ist es, die seit langem überfällige Modernisierung der privatärztlichen Vergütung umzusetzen und damit eine transparente, sachgerechte und zukunftsfeste Abbildung ärztlicher Leistungen zu gewährleisten.

Begründung

Die geltende Gebührenordnung für Ärzte ist seit vielen Jahren nicht grundlegend überarbeitet worden und bildet die medizinische und organisatorische Realität in den Arztpraxen nur noch unzureichend ab. Eine neue GOÄ ist daher dringend erforderlich, um eine zeitgemäße, leistungsgerechte und nachvollziehbare Vergütung ärztlicher Leistungen sicherzustellen.

Der Reformprozess ist seit langem vorbereitet. Aus Sicht der Ärzteschaft sind die wesentlichen fachlichen Grundlagen erarbeitet, innerärztlich mit breiter Mehrheit beschlossen und mit den Kostenträgern (PKV und Beihilfe) konsentiert. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, dass das Bundesministerium für Gesundheit nun zeitnah den nächsten Schritt geht und die neue GOÄ durch Rechtsverordnung auf den Weg bringt.

Ein weiterer Aufschub würde die bestehenden strukturellen Defizite verfestigen und die notwendige Modernisierung der privatärztlichen Vergütung weiter verzögern.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 6: Untaugliche Versorgungspauschale

Die Versorgungspauschale ist in ihrer aktuellen Form katastrophal umgesetzt und konterkariert die ursprüngliche Idee einer Verbesserung und Vereinfachung der Versorgung.

Die Delegiertenversammlung fordert den Bewertungsausschuss sowie die Politik auf, die Versorgungspauschale grundlegend zu überarbeiten und praxistauglich gestalten. Der Gesetzgeber ist gefordert, hierfür die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen.

Hierbei ist insbesondere sicherzustellen, dass

- die Versorgungspauschale ihrem ursprünglichen Ziel einer spürbaren Entlastung für Patientinnen und Patienten sowie der hausärztlichen Praxen (Stichwort: Dauerrezept für Chroniker) gerecht wird,
- eine konsistente und einfach handhabbare Abrechnungslogik geschaffen wird,
- ein deutlich größerer und praxisrelevanter Kreis an Patientinnen und Patienten einbezogen wird und
- dass Regresse und Strafen bei Vertragsärztinnen und -ärzten ausgeschlossen sind

Sollte eine Reform im oben beschriebenen Sinne nicht gelingen, fordern wir die Abschaffung der Versorgungspauschale.

Begründung

Die Versorgungspauschale wurde ursprünglich mit dem Ziel eingeführt, die Betreuung "leichter" chronisch kranker Patientinnen und Patienten (leichter Verlauf + gute medikamentöse Einstellung) zu vereinfachen und unnötige Arztkontakte zu vermeiden (Stichwort: Jahresrezept).

Die nun beschlossene Ausgestaltung bleibt hinter diesem Anspruch deutlich zurück. Statt einer ursprünglich vorgesehenen Jahrespauschale wurde eine Halbjahresregelung eingeführt, die zudem auf einen so engen Patientenkreis begrenzt ist, dass in einer durchschnittlichen Praxis ca. 1 Mal pro Woche ein/e entsprechende Patient/in vorstellig wird.

In der Praxis führt dies dazu, dass die angestrebte Entlastung vollständig ausbleibt und zusätzliche Komplexität im Praxisalltag sowie in der Abrechnung entstehen. Eine praxistaugliche Ausgestaltung der Versorgungspauschale ist jedoch entscheidend, um die hausärztliche Versorgung zu stärken und die vorhandenen Ressourcen effizient einzusetzen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 7: Berücksichtigung von HZV-Fällen bei der Ausgestaltung der Vorhaltepauschale sicherstellen

Die Delegiertenversammlung fordert Politik und Gesetzgeber auf, bei der Ausgestaltung und Umsetzung der Vorhaltepauschale sicherzustellen, dass bei der Ermittlung der Praxisfallzahlen sowie bei der Prüfung der Kriterien der Vorhaltepauschale auch die in der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) behandelten Patientinnen und Patienten vollständig berücksichtigt werden.



Begründung

Ziel der Einführung der Vorhaltepauschale ist es, die Vorhalte- und Bereitstellungskosten für den Betrieb einer Hausarztpraxis teilweise zu vergüten und insbesondere Praxen mit hohem Versorgungsumfang zu stärken. Praxen, die den hausärztlichen Versorgungsauftrag möglichst vollumfänglich erbringen, sollen über die Pauschale gefördert werden.

In der aktuellen Ausgestaltung werden die HZV-Fälle bei der Ermittlung der maßgeblichen Praxisfallzahlen systematisch nicht berücksichtigt. Dies führt dazu, dass hausärztliche Praxen mit einem hohen Anteil an HZV-Patientinnen und -Patienten strukturell benachteiligt werden.

Praxen, die tatsächlich eine hohe Zahl an Patientinnen und Patienten versorgen, werden auf Basis der Kollektivvertragsfälle rechnerisch kleiner dargestellt. Dies kann dazu führen, dass Zuschläge nicht gewährt werden oder im Einzelfall sogar Abschläge greifen, obwohl die tatsächliche Versorgungsleistung deutlich höher ist.

Ebenso werden bei der Prüfung der Kriterien der Vorhaltepauschale (Anzahl Hausbesuche, Geriatrische / palliativmedizinische Versorgung, Impfungen etc.) die HZV-Fälle nicht berücksichtigt. Zwar beziehen sich die Kriterien i.d.R. auf den Anteil an kollektivvertraglichen Fällen, an denen bestimmte Leistungen erbracht werden, sodass die Nichtberücksichtigung der HZV-Fälle hier ggf. weniger ins Gewicht fällt.

Gleichwohl ist aber von einer systematischen Verzerrung auszugehen, da HZV-Fälle in der Regel älter und morbider sind, sodass bei ihnen eher Leistungen erbracht werden, die auf die Erfüllung der Kriterien der Vorhaltepauschale einzahlen würden. Praxen mit vielen HZV-Fällen haben somit deutlich größere Schwierigkeiten, die Kriterien zu erfüllen und die damit verbundenen Zuschläge zu erhalten.

Die personelle, räumliche und apparative Infrastruktur, die durch die Vorhaltepauschale mitfinanziert werden soll, wird unabhängig vom Vertragsregime für alle Patientinnen und Patienten vorgehalten. Eine Nicht-Berücksichtigung der HZV-Fälle führt daher zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Verzerrung, Benachteiligung und Ungleichbehandlung von HZV-Praxen.

Eine solche Ausgestaltung setzt zudem falsche Anreize und steht im Widerspruch zum Ziel, koordinierte Versorgungsformen wie die hausarztzentrierte Versorgung zu stärken. Nachdem es innerhalb der Selbstverwaltung nicht gelungen ist, die HZV-Fälle bei der Vorhaltepauschale zu berücksichtigen, ist nun der Gesetzgeber gefordert, klare Rahmenbedingungen zu schaffen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 8: Aktivrente auch für selbstständig tätige Ärztinnen und Ärzte ermöglichen

Die Delegiertenversammlung fordert die Bundesregierung auf, die steuerliche Förderung der Weiterbildung über die Regelaltersgrenze hinaus (Aktivrente) auch auf Einkünfte aus selbstständiger und freiberuflicher Tätigkeit auszuweiten.



Begründung

Die mit dem Aktivrentengesetz eingeführte steuerliche Förderung der Weiterarbeit über die Regelaltersgrenze hinaus stellt einen wichtigen Beitrag zur Sicherung von Fachkräften im Zuge des demografischen Wandels dar. Die derzeitige Ausgestaltung, die eine Steuerfreistellung ausschließlich für Einkünfte aus nichtselbstständiger Tätigkeit vorsieht, führt jedoch zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung von selbstständig tätigen Hausärztinnen und -ärzten.

Gerade im Gesundheitswesen leisten viele selbstständig tätige Ärztinnen und Ärzte auch nach Erreichen der Regelaltersgrenze weiterhin einen wichtigen Beitrag zur Versorgung. Sie tragen dazu bei, Versorgungslücken zu schließen, Praxen zu stabilisieren und Übergänge – insbesondere in unterversorgten Regionen – abzufedern.

Für die Betroffenen ist es kaum nachvollziehbar, warum identische ärztliche Leistungen je nach Organisationsform – Anstellung oder Selbstständigkeit – steuerlich unterschiedlich behandelt werden. Auch wenn die Einbeziehung selbstständiger Tätigkeiten mit administrativen Herausforderungen verbunden sein kann, rechtfertigt dies keine vollständige Nichtberücksichtigung. Vielmehr sollte die Förderung so ausgestaltet werden, dass sie dem Ziel gerecht wird, das Erwerbspotenzial älterer Menschen insgesamt besser zu nutzen.

Eine Ausweitung der Aktivrente auf selbstständige Erwerbstätigkeit würde somit nicht nur zur Gleichbehandlung beitragen, sondern zugleich einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der ambulanten Versorgung leisten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



TOP 5. – Bericht aus den Foren und Arbeitsgruppen des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes

Beschluss 9: Regelungen zum Quereinstieg Allgemeinmedizin

Die Landesärztekammern werden aufgefordert, Möglichkeiten zum Quereinstieg Allgemeinmedizin zu schaffen, wo dies noch nicht geschehen ist. Darüber hinaus sollte auf eine Harmonisierung der Regelungen zum Quereinstieg zwischen den Landesärztekammern auf Basis der Empfehlungen der Bundesärztekammer geachtet werden.

Begründung

Der Quereinstieg Allgemeinmedizin stellt einen relevanten und häufig genutzten Zugang zur Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin dar, bei dem je nach Bundesland bis zu einem Viertel der ÄiW diesen Weg wählen [1]. Diese Zahlen belegen die hohe Relevanz des Quereinstiegs für die hausärztliche Versorgung, weshalb die Möglichkeit des Quereinstiegs bundesweit gewährleistet sein sollte. Um Probleme beim Kammerwechsel zu vermeiden und Bürokratie abzubauen, soll auf eine Harmonisierung zwischen den Landesärztekammern auf Basis der Empfehlungen der Bundesärztekammer geachtet werden.

[1] Ko, J., Krug, K., Förster, C., Jähmig, T., Bischoff, M., Becker, C. und Schwill, S. (2024) Quereinstieg in die Allgemeinmedizin – eine explorative Analyse von Ärztinnen in Weiterbildung im Kompetenzzentrum Weiterbildung Baden-Württemberg (KWBW)*. GMS Journal for Medical Education, 41(5), Doc51. <https://doi.org/10.3205/zma001706>

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 10: Schaffung von Ombudsstellen für Weiterbildungsangelegenheiten in den regionalen Ärztekammern

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes e. V. fordert die regionalen Ärztekammern auf, Ombudsstellen zu schaffen. Diese sollen für kritische Themen und Herausforderungen im kollegialen Umgang in der Weiterbildung zuständig sein, wie dies beispielsweise in Bayern, Baden-Württemberg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein schon geschehen ist.

Begründung

Wie verschiedene Evaluationen der Weiterbildung in den Bundesländern zeigen, ist die Zufriedenheit der ÄiW mit der Weiterbildung weiter ausbaufähig. An diesen Zuständen kann aufgrund des Machtgefälles in den Weiterbildungspraxen nur schwer etwas geändert werden. Um eine erste Hilfestellung zu geben und Probleme erstmalig niedrigschwellig und systematisch zu erfassen, sollen diese Ombudsstellen geschaffen werden.

Sie sollen zentrale und transparente Ansprechstellen sein, um Herausforderungen auch anonym zu erfassen, standardisierte Lösungsstrategien zu erarbeiten und Hilfestellung zu geben. Dafür



brauchen Ombudsstellen im Verlauf auch Möglichkeiten auf Weiterbildungsbefugte einzuwirken und Änderungen zu erwirken, ohne dass es sich nachteilig auf den Weiterbildungsverlauf auswirkt. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Gefahr der Aberkennung eines Weiterbildungsabschnitts bei unzureichender Betreuung durch die jeweiligen Befugten relevant.

Die Ombudsstellen sollen ein Mittel der Qualitätssicherung in der Weiterbildung darstellen und können zu weiteren Schritten in den Kammerausschüssen führen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 12: Harmonisierung der Weiterbildungsordnungen in den Landesärztekammern

Die Landesärztekammern werden dazu aufgerufen, kritisch zu prüfen, welche Abweichungen der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) durch regionale Besonderheiten begründbar sind. Insgesamt sollen die Landesärztekammern eine Angleichung der jeweiligen landesspezifischen Weiterbildungsordnung an die MWBO anstreben und Abweichungen maximal in Einzelfällen, die durch regionale Besonderheiten begründet sind, zulassen.

Begründung

Aktuelle Abweichungen zur MWBO sind in den meisten Fällen historisch begründet und bringen der Weiterbildung keinen Mehrwert. Stattdessen stellen sie ein Hindernis vor allem für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung bei Wechsel der zuständigen Ärztekammer dar. Dabei muss die Weiterbildung teilweise sogar verlängert werden, was zu einer schlechteren Versorgungssituation führt, da die entsprechenden Ärztinnen und Ärzte erst später Teil der Regelversorgung werden.

Zusätzlich ist zu bemerken, dass nach Abschluss der Weiterbildung eine Tätigkeit als Facharzt oder Fachärztin im gesamten Bundesgebiet möglich ist, was ebenfalls zeigt, dass Abweichungen der Weiterbildungsordnung irrelevant zu sein scheinen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 31: Fortbildungscurriculum Telemedizin entwickeln

Die Delegiertenversammlung beauftragt das Institut für Hausärztliche Fortbildung (IHF) mit der Konzeption, Entwicklung und zeitnahen Bereitstellung eines strukturierten Fortbildungscurriculums zum Thema „Telemedizin in der hausärztlichen Praxis“. Der Fokus dieses Curriculums soll auf der praxisnahen Vermittlung folgender Kernkompetenzen liegen: Indikation (Auswahl geeigneter Behandlungsfälle für telemedizinische Konsultationen), Kontraindikationen (Erkennen der medizinischen und technischen Grenzen digitaler Anwendungen), Anwendung (leitliniengerechter Umgang mit der Technik, rechtliche Rahmenbedingungen und Voraussetzungen, Datenschutz sowie effektive Gesprächsführung im digitalen Raum), Umsetzung (Integration in den Praxisablauf, das Delegationsmanagement z. B. Einbindung der MFA/ VERAH sowie Telekonsil-Möglichkeiten). Das Curriculum sollte hierbei dynamisch bleiben und entwicklungsorientiert angepasst werden.



Begründung

Die Telemedizin ist längst integraler Bestandteil der modernen hausärztlichen Versorgung. Um diesen Wandel qualitätsgesichert und im Sinne der Patientensicherheit zu gestalten, bedarf es einer zielgerichteten Qualifizierung der Kolleginnen und Kollegen. Ein praxisnahes Curriculum ist besonders deshalb dringlich, weil telemedizinische Angebote, wie die Videosprechstunde, zunehmend honorarrelevant werden, beispielsweise als Kriterium der aktuellen Vorhaltepauschale.

Für den rechtssicheren und wirtschaftlichen Abruf dieser Pauschalen benötigen die Praxen fundiertes Handlungswissen. Zudem bietet die Telemedizin gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen eine Möglichkeit, die flächendeckende Versorgung zu unterstützen, niedrighschwellige Patientenkontakte aufrechtzuerhalten und Praxisressourcen effizienter zu steuern.

Das IHF e. V. ist als Vermittler für bundesweite Fortbildungsangebote der ideale Akteur, um ein solches Curriculum evidenzbasiert und passgenau für die Bedürfnisse von hausärztlichen Praxen zu entwickeln. Ein gezieltes Fortbildungsangebot schließt bestehende Wissenslücken, baut technische Hürden ab und stärkt so die Zukunftsfähigkeit unserer Praxen.

Darüber hinaus kommt dem Curriculum eine wichtige Multiplikatorfunktion in der ärztlichen Weiterbildung zu. Es soll Weiterbildungsbefugte gezielt dazu befähigen, diese telemedizinischen Sachverhalte und Kompetenzen strukturiert an Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung weiterzugeben. Andererseits ermöglicht es auch Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, sich selbst in diesem Thema fortzubilden, unabhängig davon, wie Telemedizin in der eigenen Weiterbildungspraxis umgesetzt wird.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 14: Angleichung des gesetzlichen Mutterschutzes für selbstständige Ärztinnen zur Sicherung von Versorgung und Selbstverwaltung

Die Delegiertenversammlung fordert die Politik auf Bundes- und Landesebene sowie die Selbstverwaltung auf, den gesetzlichen Mutterschutz für selbstständige, niedergelassene Ärztinnen unverzüglich an die Regelungen für angestellte Ärztinnen anzugleichen.

Begründung

Selbstständige Ärztinnen tragen eine zentrale Verantwortung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Fehlt ein ausreichender Mutterschutz, besteht die Gefahr, dass Frauen aus Sorge vor Einkommensverlust, organisatorischer Überlastung oder rechtlicher Unsicherheit eine Niederlassung verzögern oder ganz vermeiden.

Eine sinkende Niederlassungsbereitschaft gefährdet – insbesondere im Hinblick auf die steigende Zahl von Ärztinnen in der hausärztlichen Versorgung – nicht nur die Versorgung der Patientinnen und Patienten, sondern langfristig auch die Stabilität der ärztlichen Selbstverwaltung, die auf der aktiven Mitwirkung aller Ärztinnen und Ärzte beruht.



Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung heißt es: „Wir wollen einen Mutterschutz für Selbstständige analog zu den Mutterschutzfristen für Beschäftigte einführen. Dafür prüfen wir zeitnah umlagefinanzierte und andere geeignete Finanzierungsmodelle.“ Die konkrete Umsetzung dieser Zusage ist bislang jedoch offen. Politische Initiativen zur sozialen Sicherung von Selbständigen im Bundesrat und im Bundestag verdeutlichen den bestehenden Handlungsbedarf, ein bundesweit verbindlicher Rahmen im Bereich des Mutterschutzes fehlt weiterhin.

Um eine gerechte und tragfähige Lösung zu erreichen, sind Ärztinnen und Ärzte, Selbstverwaltung und Politik gleichermaßen gefordert, Verantwortung zu übernehmen. Ziel ist eine verlässliche Gleichstellung im Mutterschutz, ohne strukturelle Nachteile für selbstständig tätige Ärztinnen.

Es braucht nun einen klaren politischen Zeitplan zur Umsetzung dieser Zusage, damit Gleichstellung und Versorgungssicherheit gewährleistet werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 15: Digitalgesetz – Digitalisierung patientenorientiert, praxistauglich und versorgungsnah gestalten

Die Delegiertenversammlung stellt fest, dass das Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen zentrale Weichen für die zukünftige Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung stellt. Digitalisierung kann die hausärztliche Versorgung wirksam unterstützen – Voraussetzung ist jedoch eine konsequente Ausrichtung an den realen Versorgungsprozessen und der ärztlichen Steuerungsverantwortung.

Vor diesem Hintergrund fordert die Delegiertenversammlung die Politik auf,

- ein eindeutiges HZV-Kennzeichen im Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) zu verankern, dass sowohl die Einschreibung der Versicherten als auch die zugehörige hausärztliche Praxis abbildet,
- digitale Zugangs- und Ersteinschätzungssysteme so auszugestalten, dass sie die hausärztliche Steuerungsfunktion unterstützen und nicht umgehen,
- die erweiterten Möglichkeiten der Krankenkassen zur Nutzung, Erhebung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten – insbesondere im Kontext von § 25a, § 25b SGB V sowie der vorgesehenen Reallabor-Klausel – auf das notwendige Maß zu begrenzen und klar am Primat der ärztlich verantworteten Versorgung auszurichten,
- die Digitalisierung zentraler Versorgungsprozesse, insbesondere im Bereich von Verordnungen und veranlassten Leistungen, konsequent zu beschleunigen und praxistauglich umzusetzen.

Begründung

Kritisch zu bewerten ist zudem die deutliche Ausweitung der Möglichkeiten der Krankenkassen zur Nutzung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten. Durch erweiterte Zugriffsmöglichkeiten auf Daten aus der elektronischen Patientenakte positionieren sich die Versicherer zunehmend als aktive Akteure im Bereich der Versorgungssteuerung, was durch das Risiko von Fehlsteuerungen erhebliche Risiken für die Patientenversorgung mit sich bringt.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 16: Praktikable Gestaltung von elektronischen Überweisungen

Die Delegiertenversammlung des Hausärztetages fordert die zuständigen Institutionen der Selbstverwaltung sowie die Politik auf, elektronische Überweisungen so auszugestalten, dass sie im Praxisalltag einfach, zuverlässig und praxistauglich nutzbar sind und die Steuerung im geplanten Primärversorgungssystem unterstützen.

Elektronische Überweisungen müssen einen strukturierten und sicheren Informationsaustausch zwischen Hausarzt- und Facharztpraxen ermöglichen und sich ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand in bestehende Praxisverwaltungssysteme integrieren lassen. Hierfür ist ein eigener Fachdienst in der TI ähnlich wie bei den eRezepten nötig. Überdies müssen sie für Patientinnen und Patienten einfach und praktisch handhabbar sein. Sofern eine Nutzung der E-Überweisung nicht möglich ist, ist sicherzustellen, dass eine analoge Fallback-Lösung besteht.

Begründung

Überweisungen gehören zu den zentralen Kommunikationsinstrumenten in der ambulanten Versorgung und unterstützen die koordinierende Rolle der hausärztlichen Versorgung. Sie sind inhaltliche Grundlage der überwiegenden Steuerungsimpulse, die durch hausärztliche Praxen gegeben werden.

Die Digitalisierung bietet die Chance, Überweisungen schneller, nachvollziehbarer und effizienter zu gestalten sowie papierbasierte Prozesse zu reduzieren. Insbesondere die Nutzung von strukturierten Daten im Rahmen von Überweisungen und E-Arztbriefen bieten das Potential Versorgungsprozesse für die Praxen deutlich leichter zu gestalten.

Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass elektronische Überweisungen technisch zuverlässig funktionieren und sich nahtlos in bestehende Praxisabläufe integrieren lassen. Zusätzliche Dokumentationspflichten, komplexe Verfahren oder instabile Systeme würden dagegen zu einer weiteren Belastung der Praxen führen.

Eine praxistaugliche Ausgestaltung kann die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt- und Facharztpraxen verbessern und die Koordination der Patientenversorgung wirksam unterstützen. Wesentlich wird bei der Neugestaltung der E-Überweisung neben dem technischen Rahmen des eigenen Fachdienstes v.a. auch die inhaltlichen Anforderungen sein, die mit diesem neuen Tool verknüpft werden. Die angemessene Priorisierung von bestimmten Überweisungen sowie spezifische Beschreibungen der geplanten Mit- und Weiterbehandlungen sind Beispiele dafür, an welchen Stellen abseits der reinen Technik Regulierungsbedarf besteht.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 17: Sicherstellung einer kostendeckenden Finanzierung der Telematikinfrastruktur in Arztpraxen

Die Delegiertenversammlung des fordert die zuständigen Institutionen der Selbstverwaltung auf, eine vollständige und kostendeckende Finanzierung der Telematikinfrastruktur (TI) in den Arztpraxen sicherzustellen.



Die bestehenden TI-Pauschalen sind regelmäßig zu überprüfen und so anzupassen, dass sowohl Investitions- als auch laufende Betriebskosten vollständig abgedeckt werden. Die umfasst u.a. auch die bürokratischen Prozesse rund um den Austausch der elektronischen Heilberufsausweise beim Wechsel der RSA-ECC-Sicherheitszertifikate.

Begründung

Die Telematikinfrastruktur ist eine zentrale Grundlage für die Digitalisierung des Gesundheitswesens und Voraussetzung für zahlreiche Anwendungen wie die elektronische Patientenakte, das elektronische Rezept und die digitale Kommunikation zwischen Leistungserbringern.

Für Arztpraxen ist die Nutzung der TI gesetzlich verpflichtend. Gleichzeitig zeigt sich in der Praxis, dass die bestehenden Pauschalen die tatsächlichen Kosten häufig nicht vollständig abbilden. Neben einmaligen Investitionen entstehen insbesondere laufende Kosten für Betrieb, Wartung, Updates und notwendige Systemanpassungen. Beispielhaft kann hier auf die extrem bürokratischen Prozesse rund um den Austausch der elektronischen Heilberufsausweise beim Wechsel der RSA-ECC-Sicherheitszertifikate. Insbesondere wegen Fehler seitens der Hersteller waren hier viele Ärztinnen und Ärzte mit aufwendigen Prozessen und z. T. auch Mehrkosten bei ihren IT-Dienstleistern konfrontiert.

Eine unzureichende Finanzierung führt dazu, dass Praxen die Kosten der gesetzlich vorgegebenen Digitalisierung teilweise selbst tragen müssen. Dies ist weder sachgerecht noch geeignet, die Akzeptanz digitaler Anwendungen zu fördern.

Eine verlässliche, kostendeckende Finanzierung, die auch ungeplante bürokratische Belastungen und damit verbundene Mehrkosten für IT-Dienstleister berücksichtigt, ist daher Voraussetzung für eine funktionierende und sichere digitale Infrastruktur. Sie trägt dazu bei, die Praxen zu entlasten, die Stabilität der Systeme zu sichern und die Digitalisierung im Gesundheitswesen nachhaltig voranzubringen.

Ziel ist es, die verpflichtende Digitalisierung im Gesundheitswesen so auszugestalten, dass sie für die Praxen wirtschaftlich tragfähig ist und die Versorgung nicht belastet.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 18: Medikationsmanagement in der ePA sinnvoll gestalten

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordert den Gesetzgeber, die Gematik und die Selbstverwaltung auf, die technischen und inhaltlichen Grundlagen dafür zu schaffen, dass ein sinnvolles digitales Medikationsmanagement ermöglicht und von den PVS unterstützt wird.

Dies erfordert eine enge Verzahnung der bestehenden elektronischen Medikationsliste, dem Verordnungsprozess und der Arbeit im Medikationsplan. Hier müssen digitale Tools die Arbeit unterstützen und eine Kongruenz sicherstellen.



Darüber hinaus fordern wir für die Erstanlage die Möglichkeit einer Erstbefüllung durch den bereits in der Versorgung etablierten und genutzten bundeseinheitlichen Medikationsplan. Eine analoge Neuanlage bindet enorme Ressourcen.

Begründung

Der Medikationsplan ist das zentrale Steuerungsinstrument der hausärztlichen Praxen im Bereich Medikationsmanagement. Darüber erfolgt die Kommunikation mit anderen Leistungserbringenden (z. B. Fachärzte, Apotheken und Pflege) und es werden alle relevanten Informationen für die Patientinnen und Patienten dokumentiert. Er bildet somit auch ein zentrales Fundament jeglicher Bemühungen im Bereich Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS), weil er als (haus)ärztliche kuratierte Medikationsübersicht Interaktionen von Medikamenten angemessen berücksichtigt.

Mit der Einführung der elektronischen Medikationsliste wurde eine zusätzliche parallele Informationsquelle geschaffen, sodass in der aktuellen Konstellation regelhaft widersprüchliche Informationen zum Stand der Medikation vorliegen. Es ist deshalb dringend erforderlich, dass alle für die Medikation der Patientinnen und Patienten relevanten Informationen an einer Stelle zusammengefasst und für alle in der Versorgung Beteiligten sinnvoll nutzbar gemacht werden. Gesetzgeber, gematik und Selbstverwaltung sind gefordert hierfür umgehend die rechtlichen, technischen und inhaltlichen Voraussetzungen zu schaffen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 28: Initiative für einen bundesweit verpflichtenden, strukturierten Arztbriefstandard zur Verbesserung der Schnittstellenkommunikation zwischen Fachärztinnen und Fachärzten/Krankenhäusern und der hausärztlichen Versorgung

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordert den Gesetzgeber, die gematik und die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung auf, schnellstmöglich die Voraussetzungen für eine digitale, strukturierte Kommunikation auf Basis von internationalen Standards für strukturierte Daten zu schaffen und für deren flächendeckende Nutzung in der ambulanten und stationären Versorgung sowie der Pflege sorgen.

Konkret muss das MIO-Krankenhausentlassbrief weiterentwickelt und um zusätzliche verpflichtende Merkmale ergänzt werden (derzeit zu viele optionale Elemente). Krankenhäuser müssen dann zur Nutzung dieses MIOs sowie zum zeitnahen (i.d.R. 3 Werkstage) Versand über KIM verpflichtet und durchgesetzt werden.

Dieser Standard soll dabei für alle gelten und folgende Mindestanforderungen erfüllen:

- **Strukturierte Datenerfassung:** Verwendung von standardisierten Feldern für Anamnese, Diagnosen (ICD-10), Befunde, durchgeführte Therapie, Medikation (inkl. Änderungen mit Datum und Grund), Empfehlungen für weiteres Vorgehen und Arbeitsunfähigkeitsdauern.
- **Maschinenlesbarkeit:** Die Daten müssen in einem standardisierten Format (z. B. auf Basis von FHIR) übermittelt werden können, um eine automatische Übernahme in die Praxissoftware der Hausarztpraxen zu ermöglichen.



- Zeitnahe Übermittlung: Verbindliche Fristen für die Versendung des Arztbriefes nach Abschluss der Behandlung (idealerweise innerhalb von 3 Werktagen).

Der Vorstand wird beauftragt, eine entsprechende Initiative auf den Weg zu bringen und bis zur nächsten Delegiertenversammlung über Fortschritte zu berichten.

Begründung

Die Qualität der Schnittstellenkommunikation zwischen der fachärztlichen/stationären und der hausärztlichen Versorgung ist für die Patientensicherheit, die Behandlungsqualität und die Effizienz unseres Versorgungssystems von entscheidender Bedeutung. Der aktuell praktizierte Austausch über unstrukturierte, freitextlastige Arztbriefe ist mit erheblichen Mängeln behaftet:

1. Gefährdung der Patientensicherheit: Wesentliche Informationen wie Medikationsänderungen, neu aufgetretene Diagnosen oder notwendige Kontrolltermine gehen in langen Fließtexten leicht unter. Dies führt zu vermeidbaren Medikationsfehlern, Doppeluntersuchungen und Therapielücken. Ein strukturierter Brief mit hervorgehobenen Aktionspunkten minimiert dieses Risiko erheblich.
2. Enormer zeitlicher und administrativer Aufwand: Hausärztinnen und Hausärzte verbringen täglich viel zu viel Zeit damit, aus freiformulierten Briefen die relevanten Informationen mühsam herauszufiltern, manuell in die Patientenakte zu übertragen und To-dos abzuleiten. Dies ist eine ineffiziente Nutzung wertvoller Arbeitszeit, die der direkten Patientenversorgung verloren geht. Eine maschinenlesbare, strukturierte Übermittlung würde diesen Prozess automatisieren, entlasten und erheblich beschleunigen.
3. Vermeidung von Doppeldokumentation und Fehlern: Manuelle Übertragung ist fehleranfällig. Dosierungen, Diagnosen oder Befunde können leicht falsch abgeschrieben oder übersehen werden. Eine digitale und strukturierte Übernahme erhöht die Datenintegrität und Genauigkeit der patienteneigenen Akte.
4. Stärkung der Steuerungsfunktion des Hausarztes/der Hausärztin: Der Hausarzt als Koordinator der Behandlung benötigt eine schnelle, vollständige und klar strukturierte Rückmeldung, um den Behandlungsprozess lückenlos fortsetzen zu können. Nur so kann seine zentrale Lotsenfunktion im Gesundheitssystem effektiv erfüllt werden.
5. Zukunftssicherheit und Telematikinfrastruktur (TI): Ein standardisiertes Format ist die essentielle Grundlage für die nahtlose Nutzung der TI und Anwendungen wie den elektronischen Medikationsplan (eMP) oder die Notfalldatenübersicht. Es ist ein notwendiger Schritt in die digitale Zukunft der Medizin.

Der beschriebene, verpflichtende Standard ist technisch längst machbar und würde zu mehr Patientensicherheit, einer spürbaren Entlastung der Hausarztpraxen und einer höheren Qualität der sektorenübergreifenden Versorgung führen. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband Deutschland sollte hier eine treibende Kraft sein.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 32: Auch DiGA müssen transparent und ehrlich sein

Der Bundesvorstand wird aufgefordert, sich bei den politischen Entscheidungsträgern für mehr Transparenz im Bereich der DiGAs einzusetzen. Irreführende Werbung, aggressive



Geschäftspraktiken und intransparente Preispolitik mit nicht nachvollziehbarer Preisgestaltung dürfen nicht von der Solidargemeinschaft finanziert werden.

Begründung

Die Idee von Jens Spahn im Jahr 2020 zur Einführung von DiGA war gut gemeint. Mehr Effizienz, mehr Digitalisierung, Deutschland als Vorbild und die Nutzung von smarten Anwendungen so die Vorstellung. Der Nachweis eines tatsächlich positiven Versorgungseffektes dieser Idee ist aus unserer Sicht bislang nicht ausreichend erkennbar.

Sicher können DiGA für manche Patienten hilfreich sein. Gefordert werden muss:

- Beendigung des derzeitigen Fast-Track-Verfahrens
- die DiGA-Versorgungseffekte müssen sich an der verfügbaren Standard- oder Referenztherapie messen lassen
- Preisfindung in Relation zur Referenztherapie
- keine Vergütung bei fehlender oder geringer Nutzung der App
- Verbot aggressiver Geschäftspraktiken und irreführender Werbung
- Strafen bei entsprechenden Verstößen

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 39: Telemedizin

Laut § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Musterberufsordnung der Ärzte) ist eine ausschließliche Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien nur im Einzelfall ärztlich erlaubt.

Der Hausärztinnen- und Hausärzterverband fordert den Gesetzgeber und die Kostenträger auf

- a. die Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung (Ärztékammern und Kassenärztliche Vereinigungen sowie ärztliche Berufsverbände) verbindlich in die Gestaltung telemedizinischer Angebote einzubeziehen.
- b. telemedizinische Angebote ohne feste Bindung an Versorgungsstrukturen (Hausarztpraxis, Facharztpraxis oder Krankenhausambulanz) nur in begründeten Einzelfällen und nicht als Regelfall zuzulassen, mindestens jedoch muss die grundsätzliche Möglichkeit zu einer persönlichen Nachuntersuchung gegeben sein.
- c. sicherzustellen, dass das Geschäftsmodell von Telemedizinanbietern, insbesondere die ausschließliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit leichten Erkrankungen, nicht zu Lasten niedergelassener Ärzte gehen und die Vergütungssysteme die ärztlichen Leistungen fair sowie transparent abbilden.

Begründung

Es geht bei diesem Antrag nicht darum, dass Telemedizin kein wichtiger Baustein einer zukünftigen Versorgung sein kann oder sein sollte. Es geht auch nicht darum, dass wir nicht wollen, dass Telemedizin Angebote durch kommerzielle Anbieter attraktiv sowie patienten- und behandlerfreundlich ausgestaltet und nutzbar werden.

Es geht darum, dass

1. wir als Ärzteschaft in die Gestaltung solcher Versorgungskonzepte zwingend eingebunden werden müssen.



2. wir in der Ärzteschaft und insbesondere in der freien Niederlassung teure Ressourcen vorhalten. Ressourcen, die als Sicherheitsnetz das Geschäftskonzept „einfacher und unkomplizierter Fälle“ der kommerziellen Telemedizinanbieter überhaupt erst möglich machen.
3. telemedizinische Versorgungskonzepte in den Kontext fester Behandlungsstrukturen und bekannte Arzt-Patienten-Verhältnisse gehören, also klar einer Haus- oder Gebietsarztpraxis bzw. einer Krankenhausambulanz zugeordnet sein sollten.
4. der hohe Standard und die Qualität der ärztlichen Versorgung gewahrt bleiben (und nicht durch isolierte telemedizinische Angebote ersetzt werden können).

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 42: BTM-Verordnungen zukünftig als eRP

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, schnellstmöglich das elektronische BTM-Rezept zu ermöglichen, damit die Verordnung von Betäubungsmitteln auf dem elektronischen Medikationsplan sichtbar wird und die bereits in der Vergangenheit erfolgten Verordnungen in der elektronischen Medikamentenliste innerhalb der ePA für die Verordnerin oder den Verordner einsehbar sind.

Begründung

Der elektronische Medikationsplan sowie die elektronische Medikamentenliste innerhalb der ePA sind bei korrekter Nutzung ein wichtiges Hilfsmittel für die verordnenden Ärztinnen und Ärzte um bei ihren Patientinnen und Patienten gefährliche Doppelverordnungen oder Interaktionen zwischen Medikamenten, von deren Verordnung sie oder er bislang keine Kenntnis hatte, zu vermeiden. Dies trifft leider nicht auf die Verordnung von Betäubungsmitteln zu, deren Verschreibung im elektronischen Medikationsplan nicht sichtbar ist. Gerade für diesen potenziell gefährlichen Bereich bezüglich Überdosierungen und Suchtentwicklung halten wir es für notwendig, dass diese Lücke geschlossen wird und der Gesetzgeber entsprechende Regelungen beschließt. In der Folge sind die PVS-Hersteller in der Pflicht, dies umzusetzen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 19: Angestellte Hausärztinnen und Hausärzte für den HÄV gewinnen!

Um die Attraktivität des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes für angestellte Hausärztinnen und Hausärzte zu fördern, ruft die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes die Landesverbände in Anerkennung der regionalen Herausforderungen auf:

- geeignete Mitglieder zu rekrutieren und zu fördern, die den HÄV im Beratenden Fachausschuss (BFA) für angestellte Ärztinnen und Ärzte der jeweiligen Landes-KV sichtbar vertreten,
- den Aufbau einer Gruppe (bspw. „Ausschuss Anstellung“) auf Landesebene als Austauschforum für angestellte und anstellende Ärztinnen und Ärzte zu initiieren,
- einen Austausch dieser neuen Gruppe mit dem Landesvorstand sicherzustellen und
- auf der Webpräsenz des Landesverbandes eine Unterseite für angestellte Ärztinnen und Ärzte anzubieten.



Begründung

Die Zahl angestellter Ärztinnen und Ärzte in der hausärztlichen Versorgung steigt kontinuierlich. Angestellte Ärztinnen und Ärzte sind innerhalb der Verbandsstrukturen des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes bislang nur begrenzt sichtbar und strukturell vertreten. Dies führt dazu, dass die strategische Besetzung in den Beratenden Fachausschüssen für angestellte Ärztinnen und Ärzte auf Landesebene nicht regelhaft durch HÄV-Mitglieder erfolgt.

Um die Interessen des HÄV zu vertreten, ist eine enge Abstimmung dieser Vertreterinnen und Vertreter mit dem Landesvorstand strategisch sinnvoll. Eine verbesserte digitale Sichtbarkeit – insbesondere durch eine Webpräsenz für angestellte Ärztinnen und Ärzte – kann zusätzlich dazu beitragen, neue Mitglieder unter angestellten Hausärztinnen und Hausärzten anzusprechen, bestehende Mitglieder besser zu vernetzen und relevante Informationen zentral bereitzustellen. Die vorgeschlagenen Maßnahmen tragen dazu bei, den Fortbestand von inhabergeführten Praxen zu sichern und die Nachhaltigkeit der patientenzentrierten hausärztlichen Versorgung zu stärken.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



TOP 9. – Bericht aus dem Institut für hausärztliche Fortbildung (IHF) e. V.

Beschluss 12: VERAH als Rückgrat der nicht-akademisierten Delegation in der täglichen Versorgung unserer Patientinnen und Patienten

Die Bundesdelegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands bekennt sich geschlossen und bundesweit getragen zur VERAH (Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis) als zentraler Grundlage der nicht-akademisierten Delegation in der hausärztlichen Versorgung – jetzt und in Zukunft.

Begründung

Die hausärztliche Versorgung in Deutschland lebt von verlässlichen, eingespielten Teams. Die VERAH nimmt darin seit Jahren eine zentrale Rolle ein. In der täglichen Versorgung unserer Patientinnen und Patienten sorgt die VERAH für Kontinuität, Qualität und Nähe. Sie übernimmt verantwortungsvoll delegierte Aufgaben, schafft Freiräume für ärztliche Tätigkeit und trägt maßgeblich zur Stabilität der Versorgung bei.

Die VERAH ist bundesweit etabliert, breit qualifiziert und tief in den Praxisalltag integriert. Ihre Arbeit ist geprägt von hoher fachlicher Kompetenz, großer Patientennähe und einem ausgeprägten Verantwortungsbewusstsein. Damit ist sie für die hausärztliche Praxis unverzichtbar geworden.

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband steht geschlossen hinter der VERAH. Bundes- und Landesverbände bekennen sich gemeinsam dazu, die VERAH als eine der tragenden Säulen der Delegation zu stärken und ihre Rolle auch künftig klar zu verankern. Dieses gemeinsame Bekenntnis ist ein wichtiges Signal der Wertschätzung an alle VERAHs und unterstreicht ihre herausragende Bedeutung für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung – heute und in Zukunft.

Auch weiterqualifizierte und akademisierte Berufsgruppen wie Primary Care Managerinnen und Physician Assistants leisten einen wichtigen Beitrag zur hausärztlichen Versorgung. Dieser Antrag setzt bewusst den Fokus darauf, dass die VERAH die tragende Basis der nicht-akademisierten Delegation in der hausärztlichen Praxis bleibt.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 50: Vorhandene Ressourcen in Hausarztpraxen zur Stärkung der ambulanten Versorgung mit Einführung des Primärarztsystems nutzen

Der Vorstand wird aufgefordert, den flächendeckenden Ausbau eines mehrstufigen Konzepts zur Förderung und Stärkung von nicht-ärztlichen Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeitern zu fördern. Im Rahmen des geplanten Primärarztsystems sind zusätzliche Versorgungskapazitäten in den hausärztlichen Praxen dringend notwendig, um den Aufbau paralleler Versorgungsstrukturen außerhalb von Hausarztpraxen zu verhindern.



Dabei soll insbesondere darauf hingewirkt werden,

- bestehende Qualifikationen der VERAH sowie darauf aufbauende regionale Modelle konsequent zu nutzen und weiterzuentwickeln,
- die Finanzierung delegierbarer Leistungen sowie der hierfür erforderlichen Fort- und Weiterbildungen systemoffen mitzudenken und gegenüber Politik, Selbstverwaltung und Kostenträgern einzufordern,
- insbesondere Einzelpraxen durch gezielte Förder- und Unterstützungsmaßnahmen bei Qualifizierung und Einsatz nicht-ärztlicher Mitarbeitender zu stärken.

Begründung

Die Einführung eines Primärarztsystems ist eine zentrale Weichenstellung für die Zukunft der Gesundheitsversorgung. Voraussetzung hierfür sind flächendeckend leistungsfähige Praxisteam.

Bereits heute existieren mit VERAH und NÄPA etablierte und anerkannte Qualifikationen, die durch regionale Aufbaukonzepte sinnvoll ergänzt werden. Sie ermöglichen die Übernahme zusätzlicher delegationsfähiger Aufgaben, etwa im Fallmanagement, in der häuslichen Versorgung oder in digital unterstützten Prozessen. Der Handlungsbedarf liegt daher weniger in der Schaffung neuer Qualifikationsprofile als in der konsequenten Nutzung, Weiterentwicklung und verlässlichen Refinanzierung vorhandener Kompetenzen.

Vor dem Hintergrund aktueller Überlegungen des BMG zu erweiterten Primärversorgungsstrukturen ist es wichtig, die Leistungsfähigkeit der bestehenden hausärztlichen Versorgung klar zu betonen. Zweifel an der Umsetzbarkeit eines Primärarztsystems durch Hausarztpraxen sind zurückzuweisen. Neben steigenden Niederlassungszahlen ist insbesondere das qualifizierte Praxisteam ein zentraler Erfolgsfaktor.

Ein mehrstufiges, an regionale Gegebenheiten sowie unterschiedliche Praxisformen (Einzelpraxis, BAG, MVZ) angepasstes Qualifizierungskonzept beispielsweise gemeinsam mit den zuständigen Strukturen des Verbandes und des Instituts für hausärztliche Fortbildung (IHF) ermöglicht es, vorhandene Potenziale systematisch zu erschließen. Erweiterte Kompetenzen, insbesondere für VERAH, können Versorgungslücken schließen, die Effizienz steigern und ärztliche Kapazitäten freisetzen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



TOP 11. – 130. Deutscher Ärztetag 2026 (12. - 15.05.2026 | Hannover), verschiedene Themen

Beschluss 27: Rücknahme der Öffnung ZWB-Geriatrie für patientennahe Fächer

Die Delegiertenversammlung fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, den Beschluss zur Öffnung der Zusatz-Weiterbildungsbezeichnung „Geriatric“ für alle patientennahen Fächer zurückzunehmen.

Begründung

Die Öffnung der ZWB-Geriatrie würde einerseits zu einer Verknappung der Weiterbildungsstellen in den Fachgebieten führen, die auf eine Tätigkeit im Bereich der spezialisierten Geriatrie vorbereiten.

Andererseits werden Fehlanreize geschaffen, die noch in der Weiterbildung befindliche Kolleginnen und Kollegen in anderen Fächern dazu verleiten, ihre Weiterbildungszeit zu verlängern, ohne dass sich eine adäquate berufliche Verwertbarkeit dieser zusätzlichen Qualifikation ergibt. Für den Erwerb der ZWB-Geriatrie bedarf es einer umfangreichen Expertise und Erfahrung im konservativen Versorgungsbereich, insbesondere zu Medikamentenwirkungen (Polypharmazie), die bereits in der zugrunde liegenden fachärztlichen Weiterbildung erworben sein müssen. Dies ist insbesondere in Fächern mit einem hohen operativen Anteil oder einem engen Versorgungsspektrum nicht ausreichend gegeben. Im Gegenzug werden die Weiterbildungsstellen für diejenigen, die einen Schwerpunkt in der spezialisierten geriatrischen Patientenversorgung anstreben und deren Facharztqualifikationen die geschilderten Anforderungen erfüllen, angesichts der beschränkten Zahl von Weiterbildungsbefugten verstopft.

In der (Muster-)Weiterbildungsordnung werden aus gutem Grund für viele Zusatzbezeichnungen wie die ZWB-Andrologie, -Diabetologie oder -Schlafmedizin, als Mindestanforderung bestimmte Facharztanerkennungen vorgesehen. Hintergrund ist der § 2 (4) im Abschnitt A-Paragraphenteil der (Muster-)Weiterbildungsordnung, in dem es im letzten Satz heißt „Die Gebietsgrenzen fachärztlicher Tätigkeiten werden durch Zusatz-Weiterbildungen nicht erweitert, sofern in Abschnitt C nichts anderes geregelt ist.“ Betrachtet man nun die patientennahen Fächer, für die der Erwerb der ZWB-Geriatrie mit der Öffnung möglich wäre, so erschließt sich schnell, dass die Anforderung des § 2 (4) in vielen Fällen verletzt wäre und durch den Erwerb der ZWB die Gebietsgrenzen erweitert würden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 26: Adipositas Pandemie stoppen: Entschlosseneres Vorgehen der Politik zur Reduktion des Zuckergehaltes in verarbeiteten Lebensmitteln

Adipositas wird von der Weltgesundheitsorganisation als eine „anhaltende Epidemie“ bezeichnet. Um diese „Epidemie“ zu bekämpfen, fordern die Delegierten des Hausärztinnen- und



Hausärzterverbandes die Bundesregierung auf, geeignete gesetzgeberische Maßnahmen zu ergreifen.

Dazu gehört: Eine Besteuerung zuckerhaltiger Produkte, um den Verzehr hoch verarbeiteter Lebensmittel, insbesondere zuckerhaltiger Softdrinks spürbar zu verringern und die Industrie zu einer Reduktion des Zuckergehalts in Softdrinks zu veranlassen.

Freiwillige Maßnahmen der Industrie haben bisher keinen Erfolg gehabt, deshalb sind spürbare finanzielle Druckmittel, wie sie auch in anderen Ländern eingeführt wurden, der Schlüssel zum Erfolg. Dabei gilt es, die Reduktion des Süßgeschmacks als sinnvolles Ziel zu verfolgen und Substitution durch Süßungsmittel nicht zuzulassen. Eine maßvoll ausgestaltete, am Zuckergehalt orientierte Steuer, wäre auch kein Verbot, wie es argumentiert werde, sondern ein Instrument der Verhältnisprävention.

Darüber hinaus fordern die Delegierten ein Gesetz zur Beschränkung von an Kinder und Jugendliche gerichteter Werbung für Lebensmittel mit hohem Zucker-, Fett- oder Salzgehalt. Die Werbebeschränkungen müssen auch für die digitalen Medien gelten.

Begründung

Übergewicht und Adipositas zählen in der Europäischen Region zu den führenden Ursachen für Tod und Behinderung. Wesentlicher Treiber der Adipositas ist eine überkalorische Ernährung, die durch einen überhöhten Zuckerkonsum im Wesentlichen unterhalten wird. Zucker wirkt zudem wie ein Suchtmittel.

In Deutschland sind rund ein Viertel der Kinder und Jugendlichen (5-19 Jahre) übergewichtig, 9 Prozent sind sogar adipös. Bei den Erwachsenen sind rund zwei Drittel der Männer und die Hälfte der Frauen übergewichtig, 17 Prozent der Erwachsenen sind adipös. Übergewicht und Adipositas zählen in der Europäischen Region zu den führenden Ursachen für Tod und Behinderung.

2018 startete in Deutschland die Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie. Im Rahmen einer Selbstverpflichtung sollte die Lebensmittelwirtschaft bis zum Jahr 2025 Kalorien, Zucker, Fett und Salz in ihren Produkten reduzieren, vor allem wenn sie sich an Kinder richten.

Der Abschlussbericht wurde Ende 2025 vorgelegt. Doch statt der möglichen und von der Politik erwarteten 15-prozentigen Verringerung des Zuckers in Erfrischungsgetränken, war der Zuckergehalt lediglich um 9,1 Prozent im Vergleich zu 2018 gesunken und nur 18 Prozent der Erfrischungsgetränke in Kinderoptik entsprachen den Nährwertkriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass Werbung einen starken Einfluss auf das Verhalten von Kindern und Jugendlichen hat. Insbesondere in Bezug auf die Ernährung kann Werbung für Lebensmittel mit hohem Zucker-, Fett oder Salzgehalt dazu führen, dass Kinder vermehrt zu diesen Produkten greifen und sich ungesunde Essgewohnheiten aneignen.

Zwei Berichte der WHO von Anfang 2026 belegen zudem, dass höhere Preise den Konsum gesundheitsschädlicher Produkte verringern können. Folglich hat die UN-Organisation die



Regierungen weltweit aufgefordert, die Steuern auf Alkohol, Tabak und stark gesüßte Getränke zu erhöhen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 22: Verschreibung von Cannabis im Rahmen kommerzieller Onlineplattformen

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes lehnt die ärztliche Verordnung von Medizinal-Cannabis außerhalb eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes über Onlineportale ab. Die Ärztekammern werden aufgefordert, berufsrechtliche Verstöße nach § 7 Abs. 4 (Muster-)Berufsordnung zu ahnden. Danach ist eine ausschließliche Behandlung oder Beratung über Kommunikationsmedien im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt wird. Der Gesetzgeber wird außerdem aufgefordert, die Rechtslage nachzubessern, damit ein klarer Arzt-Patienten-Bezug als Grundvoraussetzung auch bei der Verschreibung von Cannabis gegeben ist.

Begründung

In zunehmendem Umfang vermitteln kommerzielle Onlineplattformen Patientinnen und Patienten Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten mit dem Ziel der Verschreibung von medizinischem Cannabis. Ärztinnen und Ärzte arbeiten hierbei teilweise gegen Honorar für diese Anbieter und führen mit den Patientinnen und Patienten lediglich kurze telefonische oder telemedizinische Konsultationen durch.

Im Anschluss erfolgt häufig die Ausstellung eines Rezepts für medizinisches Cannabis, ohne dass eine ausreichende ärztliche Kenntnis der Patientinnen und Patienten, ihrer Krankengeschichte oder der bisherigen Therapie vorliegt. Eine umfassende Anamnese, Diagnostik und therapeutische Einordnung ist unter solchen Bedingungen vielfach nicht gewährleistet.

Diese Praxis wirft erhebliche berufsrechtliche Fragen auf. Ärztliche Verordnungen müssen auf einer sorgfältigen ärztlichen Prüfung der Indikation und einer verantwortlichen Therapieentscheidung beruhen. Werden ärztliche Leistungen im Rahmen kommerzieller Plattformmodelle im Wesentlichen auf die Ausstellung eines Rezepts reduziert, kann dies mit den ärztlichen Berufspflichten unvereinbar sein. Die berufsrechtliche Verantwortung liegt hierbei bei den jeweils handelnden Ärztinnen und Ärzten. Daher ist eine klare Positionierung der Ärztekammer erforderlich, dass entsprechende Praktiken berufsrechtlich überprüft werden und gegebenenfalls Konsequenzen für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte haben können.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



TOP 12. – Anträge zu anderen Themen und Verschiedenes

Beschluss 24: Plattform Suchtmedizinische Hausärztinnen und Hausärzte

Suchterkrankungen rangieren konstant unter den zehn bedeutendsten Erkrankungen weltweit. 80% aller Betroffenen haben in Deutschland Kontakt zu hausärztlichen Praxen. Viele der Betroffenen suchen nach Beratung und Behandlung, auch weil Suchterkrankungen in der Regel mit mehreren somatischen und psychiatrischen Folge- und Begleiterkrankungen einhergehen, deswegen findet der Erstkontakt häufig in hausärztlichen Praxen statt.

Suchterkrankungen sind (zunehmend) ein fester Bestandteil der hausärztlichen Versorgung, wurden bisher aber auf Grund von Stigmatisierung, mangelnder Würdigung in akademischer und fachärztlicher Ausbildung und fehlender Finanzierung der aufwendigen Behandlung (Ausnahme Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger) unzureichend gewürdigt und behandelt.

Deswegen ist es dringend geboten, dass sich interessierte und engagierte Kolleginnen und Kollegen im Hausärztinnen- und Hausärzteverband zusammenfinden, austauschen, und weitere Strategien für eine gute ambulante hausärztliche Versorgung unserer Patientinnen und Patienten entwickeln

Die Landesverbände werden gebeten zu erfragen welche Kolleginnen und Kollegen sich im jeweiligen Landesverband für das Thema Suchtmedizin interessieren und/oder engagieren und entsprechende Kontaktdaten der Mitglieder an die Bundesgeschäftsstelle zu übermitteln. Dies kann/soll zur Bildung einer informellen Plattform, z. B. in Form eines bundeslandübergreifenden Mail-Verteilers führen.

Begründung

In Deutschland betreiben ca. 10,5 Mio. Menschen einen riskanten Alkoholkonsum, davon sind ca. 2 Mio. abhängig, ca. 1,5 Mio. Menschen sind abhängig von Medikamenten und ca. 4,5 Mio. nikotinabhängig. Von diesen werden nur ca. 9-10% behandelt. Dazu kommen ca. 500Tsd Abhängige von Cannabis, 400Tsd Kokainkonsumenten, ca. 200 Tsd. opiodabhängige Menschen, von denen dank der Substitutionsbehandlung ca. 80.000 in Behandlung sind.

Verglichen mit ca. 9 Mio. Diabetikern, wird im Gesundheitswesen relativ wenig für Abhängigkeitserkrankte getan – ungeachtet der entstehenden medizinischen Folgekosten (Behandlung von COPD, Gefäßerkrankungen, Karzinome, ...) und der Kosten für unser Sozialsystem.

Es bedarf des Zusammenschlusses aktiver Kolleginnen und Kollegen im hausärztlichen Bereich, um Strategien zur Durchführung einer besseren Behandlungsqualität im ambulanten Bereich zu entwickeln. Patientinnen und Patienten haben ein Recht auf eine qualitativ gute ambulante Behandlung ihrer Erkrankung.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 23: Hausärztliche Praxen als Netz der Regelversorgung eines resilienten Gesundheitssystems

Die Versorgung der Bevölkerung muss in Krisensituationen auch nach Wegfall zentraler Strukturen regional arbeitsfähig bleiben. Hierbei ist in allen Szenarien die Einbindung der Hausärzte erforderlich. Mit ca. 40.000 hausärztlichen Praxen gibt es keine Struktur, die ähnlich flächendeckend präsent ist und die medizinische Versorgung sicherstellen kann.

Im jedem Krisenfall muss aber auch der Ausfall einzelner regionalen Strukturen mit geplant werden. Deshalb ist es erforderlich, modulare sich überlappende eigenständige und kooperative Einheiten zu schaffen.

Diese regionalen Versorgungsverbände sind mit staatlich zu finanzierenden Mindestanforderungen aufzubauen.

Diese sind:

- **Sicherstellung der Infrastruktur:** Die Verbände müssen auch nach Wegfall von zentraler Infrastruktur arbeitsfähig bleiben. Dazu gehört eine Notstromversorgung (Generatoren, Batterielösungen) und die Sicherstellung von Wasser, Heizung und IT. Es müssen im Krisenfall Kommunikationskanäle und Prozesse verfügbar sein, die eine Vernetzung aller beteiligten Einheiten unbürokratisch und schnell ermöglichen.
- **Materialressourcen:** Die Verbände müssen in die Lage versetzt werden, eine ausreichende Vorratshaltung kontinuierlich aufrechtzuerhalten. Dazu gehört die Bevorratung mit Basis-Medikamenten und Verbandsmaterial. Verfallsdaten von Medikamenten müssen dabei beachtet werden und durch ein Rotationsprinzip muss sichergestellt sein, dass wichtige Medikamente, vor allem für chronisch Erkrankte (Insulin), ständig vorrätig sind und in ärztlichen Praxen direkt abgegeben werden dürfen (Dispensierrecht).
- **Personalressourcen:** Um die Überlastung von Personal zu verhindern, müssen Personalreserven bekannt und einsetzbar sein. So müssen Listen von z.B. pensionierten Ärzten sowie Praxis-Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Gesundheitsämtern schnell verfügbar sein und ein Schichtsystem für die zu erwartenden hohen Anforderungen vorgehalten werden. Die Praxen müssen dabei von jeglicher administrativen Belastung freigehalten werden.
- **Fortbildung:** Im Krisenfall könnte es notwendig werden, dass eine medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger über die täglichen Krankheitsbilder hinaus erforderlich ist. Hierfür sollte ein Curriculum für ärztliches Personal sowie medizinisches Fachpersonal etabliert werden. Außerdem sind gemeinsame Übungen mit den Vertretern aller Sektoren (Rettungsdienst, stationärer Bereich, Rehaklinik) zu etablieren.

Diese Mindestvoraussetzungen müssen im ausstehenden Gesundheitssicherstellungsgesetz berücksichtigt werden. Im Gesetzgebungsprozess ist es unerlässlich, hausärztliche Kompetenz und Praxiserfahrung einzubinden. Da die Strukturen von regional über mittlere bis auf Landesentscheidungsebenen miteinander verschränkt sind, ist auch eine Einbindung von hausärztlicher Expertise auf Landes- und kommunaler und regionaler Ebene bei der Erarbeitung von Plänen zur Förderung der Resilienz im Gesundheitswesen unerlässlich.



Begründung

Im Krisenfall kommt es aufgrund des überproportionalen Anfalls von Akut- und Notfallpatienten, die eines hohen Versorgungsgrads bedürfen, zu einer Belastung des stationären Bereichs der Gesundheitsversorgung. Um die Regelversorgung der Bürgerinnen und Bürger aufrecht zu erhalten, ist es sinnvoll, eine lokale Versorgungseinheit dafür zu befähigen, die idealerweise ohne Verwendung von öffentlicher Infrastruktur erreichbar ist. Hierfür ist die Gesamtheit der hausärztlichen Versorgung geeignet, die ein flächendeckendes Netz über die gesamte Bundesrepublik ergibt. Daher ist naheliegend, die hausärztlichen Praxen zu befähigen, mit ihrer Kernkompetenz der lokalen Regelversorgung Verantwortung im Krisenfall übernehmen zu können. Hierzu gehört die Sicherstellung der allgemeinen Infrastruktur wie Strom, Wasser und Kommunikationswege insbesondere zu den umliegenden Kliniken und Stabstellen, aber auch die Versorgung mit Material, Medikamenten, und der Möglichkeit, schnell und unbürokratisch personelle Ressourcen zu aktivieren.

Für den Fall, dass eine Tätigkeit im Krisenfall über die im Regelfall in der Praxis behandelten Krankheitsbilder hinaus erforderlich wird, sind Fortbildungen zu erarbeiten („z.B. „Unfallchirurgie für Hausärzte“).

Bereits während der Pandemie und der Flutkatastrophe im Ahrtal und Erft hat sich gezeigt, dass die hausärztlichen Praxen ein Rückgrat der Regelversorgung darstellen. Für weitere Ausnahmesituationen müssen Hausärztinnen und Hausärzte vorbereitet sein. Eine enge Zusammenarbeit mit dem stationären Bereich, dem Rettungsdienst und Rehakliniken als mögliche Erweiterung der Bettenkapazität muss etabliert und geübt sein. Daher ist es unumgänglich, dass die hausärztliche Expertise von Beginn an in den gesetzgebenden Prozess eingebunden wird und lokal in die entsprechenden operativen Gremien eingebunden wird.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 33: Primärversorgung systematisch in die nationale Krisen- und Verteidigungsplanung einbeziehen

Der Hausärztinnen- und Hausärzterverband fordert die Bundesregierung auf, die hausärztliche Primärversorgung verbindlich und strukturell in die nationale Krisen- und Verteidigungsplanung einzubeziehen. Eine resiliente Gesundheitsversorgung im Krisen- oder Verteidigungsfall kann nur gelingen, wenn die Primärversorgung systematisch eingebunden ist.

Insbesondere muss die Primärversorgung im Rahmen des Operationsplans Deutschland (OPLAN Deutschland) als eigenständige Versorgungsebene berücksichtigt werden. Die hausärztlichen Strukturen sind in Planung, Koordination und Umsetzung der medizinischen Versorgung im Krisen- und Verteidigungsfall einzubinden, hierzu braucht es auch einen entsprechenden Ressourcenaufbau in der Regelversorgung für den Krisenfall.

Dazu gehören insbesondere:

1. die frühzeitige Einbindung der hausärztlichen Spitzenorganisation in die nationale Krisen- und Verteidigungsplanung,



2. die systematische Berücksichtigung der hausärztlichen Versorgung in Szenarien der zivilen Verteidigung und im Katastrophenschutz,
3. Konzepte zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung, insbesondere für chronisch kranke und vulnerable Patientinnen und Patienten,
4. die Einbindung hausärztlicher Praxen in regionale Krisen- und Versorgungsnetzwerke,
5. Maßnahmen zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit hausärztlicher Praxen im Krisenfall (z.B. Energieversorgung, Arzneimittelversorgung, digitale Infrastruktur).

Begründung

Die hausärztliche Versorgung bildet das Rückgrat der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Hausärztinnen und Hausärzte übernehmen eine zentrale Rolle in der Erstversorgung, in der Steuerung von Patientinnen und Patienten sowie in der kontinuierlichen Betreuung chronisch kranker Menschen.

Die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie haben deutlich gezeigt, dass die Bewältigung großer Gesundheitskrisen ohne die Arbeitskraft und Expertise der Hausärztinnen und Hausärzte nicht möglich ist. Ein erheblicher Teil der medizinischen Versorgung wurde während dieser Zeit durch hausärztliche Praxen sichergestellt. Gleichzeitig hat sich gezeigt, dass die ambulante Primärversorgung in strategischen Krisenplanungen bislang nicht ausreichend berücksichtigt wird. Eine resiliente Gesundheitsversorgung im Krisen- oder Verteidigungsfall kann jedoch nur gelingen, wenn Primärversorgung systematisch eingebunden ist.

Internationale Beispiele zeigen, dass eine solche Integration möglich und sinnvoll ist. In anderen Gesundheitssystemen wird die Primärversorgung ausdrücklich als Teil der nationalen Krisenarchitektur verstanden. <https://www.england.nhs.uk/publication/summary-of-published-key-strategic-guidance-for-health-emergency-preparedness-resilience-response-eprp/>

Die Expertise der Hausärztinnen und Hausärzte ist unverzichtbar für eine funktionierende medizinische Versorgung im Krisenfall. Daher müssen ihre Strukturen und ihre Spitzenorganisationen verbindlich in die Weiterentwicklung der nationalen Krisen- und Verteidigungsplanung einbezogen werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 11: Kinder- und Jugendschutz

Die Delegiertenversammlung fordert, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) – ein bundesweites Verbot von Einmal-E-Zigaretten (sogenannten „Disposable Vapes“) prüft und zeitnah umsetzt.

Die Delegiertenversammlung fordert das BMG sowie das BMEL auf,

1. die gesundheitlichen Risiken – insbesondere für Kinder und Jugendliche – regulatorisch konsequent zu adressieren,
2. einmal-E-Zigaretten als umweltschädliche Wegwerfprodukte einzustufen,
3. die gesetzlichen Voraussetzungen für ein bundesweites Verbot zu schaffen und begleitende Präventions- und Aufklärungsmaßnahmen zu stärken.



Begründung

I. Medizinische Gründe – insbesondere im Kinder- und Jugendschutz

Einmal-E-Zigaretten stellen ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar, vor allem für Kinder und Jugendliche:

- Sie enthalten häufig hohe Nikotinkonzentrationen (oft in Form von Nikotinsalzen), die eine rasche und ausgeprägte Abhängigkeitsentwicklung begünstigen.
- Nikotin wirkt neurotoxisch auf das sich noch entwickelnde Gehirn junger Menschen und kann langfristige Beeinträchtigungen von Aufmerksamkeit, Impulskontrolle und Lernfähigkeit verursachen.
- Das Inhalationsaerosol reizt die Atemwege und kann entzündliche Prozesse in der Lunge fördern; bei Jugendlichen mit Asthma oder erhöhter Infektanfälligkeit bestehen besondere Risiken.
- Frühzeitige Nikotinexposition belastet Herz-Kreislauf-Regulationsmechanismen und kann die Grundlage für spätere chronische Erkrankungen legen.
- Einmal-E-Zigaretten fungieren aufgrund ihrer niedrigen Einstiegshürde, süßer Aromatisierung und diskreten Nutzungsmöglichkeit als „Einstiegsprodukt“ in weitere Nikotin- und Suchterkrankungen.

Aus ärztlicher Sicht widerspricht die breite Verfügbarkeit dieser Produkte klar dem präventiven Gesundheitsauftrag sowie dem Schutzauftrag gegenüber Minderjährigen

II. Ökologische Gründe

Neben den gesundheitlichen Aspekten sind Einmal-E-Zigaretten ökologisch nicht vertretbar:

- Jede Einweg-Vape enthält einen Lithium-Akku, Elektronikbauteile und Kunststoffgehäuse und stellt damit problematischen Elektroschrott dar.
- Die Geräte werden nach sehr kurzer Nutzungsdauer entsorgt; Recycling ist aufgrund der verklebten Bauweise kaum möglich.
- Wertvolle Ressourcen wie Lithium, Kupfer und Kunststoffe werden für kurzlebige Wegwerfprodukte verbraucht.
- Falsch entsorgte Akkus erhöhen das Brandrisiko in Abfallwirtschaftsbetrieben und belasten Umwelt und Kommunen zusätzlich.

Damit stehen Einmal-E-Zigaretten in direktem Widerspruch zu den nationalen Nachhaltigkeits- und Ressourcenschutzzielen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 29: Unreflektierte Point-of-Care-Untersuchungen

Die Delegiertenversammlung fordert den Vorstand des Hausärztinnen- und Hausärzteverband auf, sich auf Bundesebene für eine patientenorientierte und medizinisch sinnvolle Steuerung von Point-of-Care-Untersuchungen (POC) einzusetzen, die außerhalb ärztlicher Praxen angeboten werden.



Begründung

In Apotheken und anderen Einrichtungen werden zunehmend Point-of-Care-Untersuchungen (z. B. Schnelltests, Screenings oder Messungen) angeboten, häufig ohne ärztliche Indikation und außerhalb eines koordinierten Behandlungskontextes.

Die Ergebnisse führen regelmäßig dazu, dass Patientinnen und Patienten im Anschluss hausärztliche Praxen aufsuchen, um Befunde einordnen oder bewerten zu lassen.

Dabei entstehen strukturelle Probleme:

- Indikationsstellung, Aufklärung und Beratung liegen nicht in ärztlicher Verantwortung,
- wirtschaftliche Erträge verbleiben bei den anbietenden Einrichtungen, die zeit- und beratungsintensive Nacharbeit wird jedoch in die hausärztlichen Praxen verlagert – ohne Vergütung und ohne vorherige medizinische Steuerung.

Dies führt zu zusätzlicher Belastung, bindet knappe Ressourcen und konterkariert das Prinzip einer koordinierten, evidenzbasierten Versorgung.

Die hausärztliche Versorgung ist das zentrale Steuerungselement im Gesundheitssystem. Es kann daher nicht ihre Aufgabe sein, medizinisch nicht indizierte Leistungen Dritter nachträglich zu bewerten oder daraus entstehende Verunsicherung aufzufangen. Dies bindet knappe Ressourcen, verschärft die Arbeitsbelastung in den Praxen und konterkariert das Prinzip einer koordinierten, evidenzbasierten Versorgung. Neue Versorgungsangebote müssen sich daran messen lassen, ob sie zu einer sinnvollen Entlastung und Verbesserung der Patientenversorgung beitragen – oder ob sie zusätzliche, unstrukturierte und unbezahlte Arbeit erzeugen.

Neue Versorgungsangebote müssen sich daran messen lassen, ob sie zur Verbesserung der Versorgung beitragen oder zusätzliche, unstrukturierte und unbezahlte Arbeit erzeugen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 36: Ärztliches Ethos und Verantwortung in sozialen Medien

Ärztinnen und Ärzte tragen eine besondere Verantwortung. Sie stehen unter anderem für Patientenwohl, wissenschaftliche Redlichkeit, Integrität, Unabhängigkeit und Vertrauenswürdigkeit. Diese Grundsätze gelten uneingeschränkt auch in sozialen Medien.

Selbstdarstellung, Produktwerbung und kommerzielle Kooperationen unter ärztlicher Bezeichnung können das Vertrauen in den gesamten Berufsstand beschädigen.

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband ruft daher alle ärztlichen Kolleginnen und Kollegen auf, sich in ihrer digitalen Kommunikation an die Berufsordnung, das Heilmittelwerbegesetz und die Grundwerte des Arztberufs zu halten – sachlich, transparent, evidenzbasiert und ausschließlich am Wohl der Patientinnen und Patienten orientiert.



Begründung

Mündlich.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 30: Versorgung stärken statt Bürokratie ausweiten: Überzogene Prüfanforderungen in Pflegeheimen zurückweisen

Der Hausärztinnen- und Hausärzterverband setzt sich auf Bundes- und Landesebene dafür ein, dass überzogene und praxisferne Prüfanforderungen bei der medikamentösen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen beendet werden.

Insbesondere fordert der Verband,

1. dass bei der Verordnung von Bedarfsmedikation in Pflegeheimen eine fachlich angemessene und praxistaugliche Dokumentation ausreicht und keine überzogenen Detailvorgaben verlangt werden, die über eine sichere Anwendung hinausgehen;
2. dass die fachliche Kompetenz qualifizierter Pflegekräfte bei der Beurteilung typischer Versorgungssituationen ausdrücklich anerkannt und nicht durch kleinteilige Prüfvorgaben entwertet wird;
3. dass sich Prüfmaßstäbe stärker an Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Praktikabilität orientieren und nicht an formalistischen Dokumentationsanforderungen ohne erkennbaren Zusatznutzen für die Bewohnerinnen und Bewohner.

Begründung

In der hausärztlichen Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen ist ein zunehmender Trend zu immer detaillierteren formalen Prüfanforderungen zu beobachten. Diese führen häufig nicht zu besserer Versorgung, sondern zu mehr Bürokratie, Mehraufwand und Verunsicherung.

Das zeigt sich besonders bei der Bedarfsmedikation. Teilweise wird verlangt, Anwendungsanlässe so detailliert zu dokumentieren, dass dies im Versorgungsalltag weder erforderlich noch praktikabel ist. Angaben wie „bei Schmerzen“ oder „bei Fieber“ sollen nicht mehr genügen, obwohl qualifizierte Pflegekräfte solche typischen Situationen fachgerecht erkennen und entsprechend ärztlichen Vorgaben handeln können. Solche Anforderungen verkennen pflegerische Kompetenz und belasten zugleich die hausärztliche Versorgung durch zusätzliche formale Nachdokumentation ohne erkennbaren Nutzen für Patientensicherheit oder Lebensqualität.

Die Versorgung in Pflegeheimen braucht daher keine weitere Bürokratisierung, sondern mehr Vertrauen in professionelle Kompetenzen, mehr Augenmaß in Prüfverfahren und mehr Konzentration auf tatsächlich relevante Qualitätsmerkmale. Prüfungen sollten sich daran orientieren, ob Bewohnerinnen und Bewohner sicher, bedarfsgerecht und fachlich gut versorgt werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 37: Bürokratieabbau statt Kompetenzabbau

Nicht die ärztliche Versorgung ist an ihre Grenzen gekommen, sondern ein Gesundheitssystem, das ärztliche Ressourcen in Formularen, Verwaltungsvorgängen und Doppeldokumentationen bindet, anstatt sie für die Patientenversorgung freizusetzen.

Daher fordert der Hausärztinnen- und Hausärzteverband Politik und Kostenträger auf, Diskussionen oder Gesetzesvorhaben zur Substitution ärztlicher Tätigkeiten oder zur Übertragung heilkundlicher Verantwortung auf andere Berufsgruppen zu unterlassen, solange Ärztinnen und Ärzte einen erheblichen – und stetig wachsenden – Teil ihrer Arbeitszeit mit fachfremden und bürokratischen Aufgaben verbringen müssen.

Begründung

Wer eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung auch künftig sichern und verbessern will, darf keine Ersatzstrukturen stärken, sondern muss Ärztinnen und Ärzte von Bürokratie entlasten – eine Maßnahme, die nichts kostet, sofort wirkt und die zentrale Ressource unseres Gesundheitswesens, die ärztliche Kompetenz, wieder für ihre eigentliche Aufgabe freisetzt: die Behandlung von Patientinnen und Patienten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 45: Sicherung des hausärztlichen Versorgungsauftrags bei der Nutzung hausärztlicher Vertragsitze

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordert den Gesetzgeber und die Selbstverwaltung auf, dass bei der Nachbesetzung hausärztlicher Vertragsarztsitze von den jeweiligen Zulassungsausschüssen zu prüfen und sicherzustellen ist, dass hausärztliche Vertragsärzte/-ärztinnen und -praxen ihren Versorgungsauftrag gemäß § 73 SGB V umfangreich wahrnehmen und erfüllen.

Dies ist durch geeignete rechtliche Klarstellungen und durch regelmäßige Überprüfungen sicherzustellen. Insbesondere ist zu gewährleisten, dass auch in fachärztlich geprägten Strukturen, insbesondere in großen, investorenbetriebenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), eine tatsächliche hausärztliche Versorgung im erforderlichen Umfang erfolgt.

Begründung

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband stellt mit zunehmender Sorge fest, dass im Zuge des bestehenden und sich verschärfenden Hausärztemangels hausärztliche Vertragsarztsitze zunehmend durch fachärztlich geprägte Trägerstrukturen übernommen werden.

Insbesondere in investorenbetriebenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) unter fachärztlicher Leitung werden hausärztliche Sitze zunehmend nur noch formal besetzt, ohne dass eine dem gesetzlichen Auftrag entsprechende hausärztliche Versorgung dort tatsächlich erbracht wird.



Stattdessen erfolgt häufig eine fachärztlich geprägte oder primär wirtschaftlich ausgerichtete, selektive Leistungserbringung.

Diese Entwicklung stellt eine faktische Zweckentfremdung des hausärztlichen Versorgungsauftrags dar und unterläuft die Systematik der vertragsärztlichen Bedarfsplanung. Sie führt zu einer schleichenden Aushöhlung der hausärztlichen Versorgung im Hinblick auf Kontinuität, Koordination und niedrigschwellige Patientenbetreuung.

Rechtlich ist der hausärztliche Versorgungsauftrag in § 73 SGB V klar definiert. Die derzeitige Praxis zeigt jedoch erhebliche Vollzugsdefizite bei der Überprüfung und Durchsetzung dieses Auftrags. Es fehlt an verbindlichen Prüfkriterien, systematischen Kontrollen und konsequenten Sanktionen.

Diese strukturelle Verschiebung hin zu investorengetriebenen Versorgungsmodellen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten, die nicht primär an Versorgungsqualität, sondern zunehmend an Effizienz- und Renditekriterien ausgerichtet sind, stehen im Widerspruch zum gesetzlichen Sicherstellungsauftrag und gefährden langfristig die wohnortnahe hausärztliche Versorgung.

Vor diesem Hintergrund besteht dringender politischer und gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband sieht es als seine zentrale Aufgabe an, die hausärztliche Versorgung als tragende Säule des Gesundheitssystems zu schützen und deren rechtliche Rahmenbedingungen konsequent einzufordern und weiterzuentwickeln.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 48: Neugestaltung der Abwicklung, Abrechnung, Vergütung und Organisation der Betreuung von Arbeitsunfällen in der hausärztlichen Praxis

Die Delegiertenversammlung fordert Politik und Gesetzgebung auf:

- Erweiterung der Befugnisse der hausärztlichen Primärversorgung von BG-Fällen: Möglichkeit der längeren Krankschreibung, Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln (z. B. OSG.-Orthesen), längere Zeitkorridore einer hausärztlichen Betreuung.
- Anpassung der Vergütung an die aktuelle Preisentwicklung, die UV.-GOÄ bildet eine kostendeckende Behandlung nicht mehr ab!
- Dokumentation, Abrechnung und Interaktion mit der BG und Durchgangsärztinnen und Durchgangsärzten und BG-Ambulanzen über im Praxisverwaltungssystem integrierte und digital zu übertragende Dokumente. Es muss die parallele und doppelte Buchführung für BG-Fälle unbedingt beendet werden. Integration der BG-Abrechnung in die Patientenverwaltungssysteme.

Begründung

Gerade in ländlichen hausärztlichen Praxen gehört die Erstversorgung von Arbeits- und Wegeunfällen zum täglichen Geschehen. Von PatientInnen und Patienten wird der Wunsch einer niederschweligen hausärztlichen Versorgung für diesen Bereich intensiv kommuniziert. Die



aktuellen bürokratischen Anforderungen, die Vergütung und die Kompetenzabsteckung sind nicht mehr zeitgemäß!

Bisherige Regelungen:

Der Arzt hält den Patienten an, unverzüglich eine Durchgangsarztin oder einen Durchgangsarzt aufzusuchen. Dies ist immer dann erforderlich, wenn

- der Patient über den Tag des Unfalls arbeitsunfähig ist und/oder
- die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich länger als eine Woche beträgt und/oder
- der Patient bestimmte Heil- und Hilfsmittel benötigt.

Vordrucke für Abrechnung, Berichte und Verordnungen

Die Unfallversicherung hat eine Reihe von Vordrucken (Formtexte) für die Berichterstattung und Abrechnung entwickelt. Auch für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln durch die Durchgangsarztinnen und -ärzte gibt es spezielle Formulare. Auf dem Formtext F1050 erfolgt zum Beispiel die ärztliche Unfallmeldung. Dieses Formblatt kann zugleich als Abrechnungsformular verwendet werden. Die Vordrucke können auf der Internetseite der Unfallversicherung heruntergeladen werden: www.dguv.de/formtexte/aerzte/.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 49: Erstellung von Richtlinien für die vertragsärztliche generische Verordnung von Verbandsmitteln - hier Verbandsmittel zur Wundversorgung - ohne Regressrisiko zur Umsetzung durch Vertragsapotheken

Der Vorstand des Hauärztinnen- und Hausärzterverbandes soll die Politik und den Gesetzgeber auffordern Richtlinien zu erstellen,

- um die Effizienz der Verordnungskosten zu optimieren (gleiche Qualität zum niedrigsten Preis) anzubieten, fordern wir die Erstellung von Richtlinien für die vertragsärztliche generische Verordnung von Verbandsmitteln (hier zur Wundversorgung).
- Diese Richtlinien sollen die Umsetzung der generischen Verordnung durch Vertragsapotheken ermöglichen und diese darauf verpflichten, dass das vertragsärztliche Regressrisiko im Hinblick auf die Verwendung des wirtschaftlich am besten geeigneten Produkts einer Produktklasse beseitigt wird.

Die Richtlinien sollten folgende Aspekte umfassen

- eine klare Definition von generischen Verbandsmitteln, hier Produktgruppen zur Wundversorgung und deren Anwendungsbereiche, um eine praktikable generische Verordnung zu ermöglichen,
- eine Liste von geeigneten Produkten, die den Anforderungen der Anwendungsbereiche gerecht werden
- Positiv-Preisliste, die Kosten der Produkte transparent und vergleichbar macht
- Regelung, die die Vertragsapotheken verpflichtet und in die Lage versetzt, die Verordnung richtlinienkonform umzusetzen.



Begründung

Die jährlichen Verordnungskosten von Verbandsmitteln zur Wundversorgung, insbesondere von Wundauflagen, in Deutschland haben sich in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht. Die Verordnung von Verbandsmitteln ist ein wichtiger Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Allerdings ist der Markt für Verbandsmittel durch eine Vielzahl von Produkten und Herstellern gekennzeichnet, der unübersichtlich ist und zu inakzeptabel starken Preisdifferenzen geführt hat. Dies kann zu einer unfairen Belastung der Krankenkassen und letztendlich der Patienten führen. Generische Verordnungen als Lösung aus Sicht der Vertragsärzte werden von den Apotheken nicht umgesetzt, hier wird das Regressrisiko auf den Apotheker übertragen. Das derzeitige Regressrisiko der Vertragsärzte in einer solchen Konstellation ist inakzeptabel.

Durch die Änderung der Richtlinien für die vertragsärztliche Verordnung von generischen Verbandsmitteln soll also erreicht werden, dass Hausärzte vom Regressrisiko (in punkto wirtschaftlichstes Produkt) ausgenommen werden, dabei ist eine Lösung zu realisieren, die mit der "aut idem Regelung" bei Arzneimitteln vergleichbar ist. Vertragsapotheken müssen so in die Lage versetzt werden, die Verordnung kosteneffizient umzusetzen, ohne als Apotheke selbst ein Regressrisiko tragen zu müssen. Durch die Erarbeitung dieser Regelung werden Krankenkassen und Patienten von einer fairen und transparenten Preisgestaltung und Vertragsärzte und Vertragsapotheken entlastet.

Hintergrund: Die jährlichen Verordnungskosten von Verbandsmitteln zur Wundversorgung, insbesondere von Wundauflagen, in Deutschland haben sich in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)