



Beschlussübersicht

der Delegiertenversammlung des
Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes
am 11. September 2026 in Berlin

Kontakt

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

☎ 02203 57 56-0

✉ info@haev.de

🌐 www.haev.de



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

Beschluss 1: Leitantrag - Hausärztliche Primärversorgung und Hausarztzentrierte Versorgung gemeinsam stärken	3
Beschluss 20: Richtige Rahmenbedingung für ein hausärztlich geführtes Primärversorgungssystem setzen	5
Beschluss 23 neu: Sicherung der hausärztlichen Primärversorgung und der Freiberuflichkeit der Vertragsärzteschaft	5
Beschluss 27 neu: Hausärztliche Steuerung von Patientinnen und Patienten mit insbesondere komplexen Komorbiditäten als zentrale Aufgabe der Primärversorgung	6
Beschluss 2: Hausarztzentrierte Versorgung sichern und konsequent weiterentwickeln	7
Beschluss 3: Hausärztliche Versorgung von Versorgungseinschnitten ausnehmen	8
Beschluss 4: Mit starken Praxisteams gelingt Primärversorgung	9
Beschluss 6: Notfallreform praxisnah gestalten	10
Beschluss 7: Telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und AU ab dem vierten Krankheitstag erhalten – Bürokratie vermeiden	12
Beschluss 8: Hausärztlichen Nachwuchs fördern – Niederlassung stärken	13
Beschluss 21: Stationäre Weiterbildungsstellen	14
Beschluss 9: Einmal begründet reicht – Bürokratie wirksam abbauen	14
Beschluss 5: Gesundheitssystem evidenzbasiert weiterentwickeln	15

TOP 7. – Anträge zu anderen Themen und Verschiedenes 17

Beschluss 10: Digital gestütztes Medikationsmanagement – Vision 2030+	17
Beschluss 11: Elektronische Überweisung praxistauglich ausgestalten	17
Beschluss 12: Digitale Patientensteuerung hausärztlich ausgestalten	19
Beschluss 22: Absoluter Schutz für Patientengeheimnis und Arzt- Patienten-Beziehung muss im geplanten Gesetz zur Reform des Nachrichtendienstrechts und Bundesverfassungsschutzgesetz gewährleistet sein	21
Beschluss 26: Schutz der ärztlichen Schweigepflicht und des Arzt- Patienten-Verhältnisses	22
Beschluss 15: Hitze tötet – verbindlicher Hitzeschutz mit den Hausarztpraxen	23
Beschluss 24: Klimaresilienz von Hausarztpraxen stärken	25
Beschluss 29 neu: DiGAs stärker regulieren	25
Beschluss 30 neu: Änderungen der gesetzlichen Vorgaben zur Vorhaltepauschale	26



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

Beschluss 1: Leitantrag - Hausärztliche Primärversorgung und Hausarztzentrierte Versorgung gemeinsam stärken

Die medizinische Versorgung in Deutschland steht vor tiefgreifenden Herausforderungen. Der demografische Wandel, der zunehmende Fachkräftemangel und eine immer komplexere Versorgung erfordern eine grundlegende Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband ist überzeugt, dass ein verbindliches und flächendeckendes hausärztliches Primärversorgungssystem die richtige Antwort auf diese Herausforderungen ist.

Vor diesem Hintergrund bekräftigt die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes ihre Überzeugung, dass ein verbindliches hausärztliches Primärversorgungssystem nur auf der Grundlage starker Hausarztpraxen und einer starken Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) erfolgreich eingeführt werden kann. Sie fordert den Gesetzgeber auf, bei der anstehenden Reform insbesondere die folgenden Grundsätze zu berücksichtigen:

- Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband begrüßt ausdrücklich die geplante Einführung eines verbindlichen Primärversorgungssystems bei freier Arztwahl in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) als auch im Kollektivvertrag.
- Ein leistungsfähiges Primärversorgungssystem kann die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern, das Gesundheitssystem entlasten und die hausärztliche Versorgung stärken. Voraussetzung hierfür ist die Umsetzung klarer qualitativer Mindeststandards. Andernfalls droht ein Primärversorgungssystem zu einem reinen Überweisungssystem zu werden – ohne Mehrwert für Patientinnen und Patienten oder die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems. Zu den vier zentralen Kernfunktionen zählen eine niedrigschwellige erste Anlaufstelle (First Contact), eine zeitliche wie personelle Versorgungskontinuität (Continuity), eine umfassende und in weiten Teilen abschließende Versorgung (Comprehensiveness) sowie die gezielte Koordination der Behandlungsabläufe (Coordination).
- Erste Anlaufstelle sowie zentrale steuernde Instanz müssen die hausärztlichen Praxen sein¹. Dort liegt die Expertise für eine umfassende Primärversorgung sowie eine strukturierte Koordination. Für die Wahrnehmung dieser Aufgaben müssen die bestehenden modernen, interprofessionellen Primärversorgungsstrukturen innerhalb der Hausarztpraxen konsequent gefördert und weiter ausgebaut werden. Nur wenige, klar definierte Ausnahmen (Notfälle, Augenärztinnen und Augenärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) können direkt in Anspruch genommen werden. Die Übernahme zusätzlicher Koordinierungs- und Steuerungsaufgaben im Primärversorgungssystem setzt verlässliche und auskömmliche finanzielle Rahmenbedingungen voraus. Der notwendige Ausbau interprofessioneller Praxisteam, die digitale Transformation sowie die zusätzlichen Aufgaben der Primärversorgung müssen dauerhaft finanziert werden. Nur so können Hausarztpraxen ihre zentrale Rolle im Primärversorgungssystem dauerhaft erfüllen.



- Für die Weiter- und Mitversorgung durch fachärztliche Praxen werden für die entsprechenden Patientinnen und Patienten (etwa Chroniker, wie schwer einzustellende Diabetiker, die einer spezialfachärztlichen Versorgung bedürfen) einfache und bürokratiearme Wege gefunden. Insbesondere die Jahresüberweisung ist ein sinnvoller und bürokratiearmer Weg. Eine Steuerung über weitere Leistungserbringer, wie Apotheken, fachärztliche Praxen oder eigenständig tätige Advanced Practice Nurses lehnen wir ab.
- Die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (HZV) muss in ihrer aktuellen Form als selektivvertraglich organisierte „alternative Regelversorgung“ (u. a. BSG vom 12.02.2020, B 6 KA 25/18 R, und 21.03.2018, B 6 KA 44/16) unverändert erhalten bleiben. Dazu muss zwingend der sogenannte Kontrahierungszwang bestehen bleiben, der die Krankenkassen zum Abschluss von HZV-Verträgen verpflichtet und der Voraussetzung für Vertragsverhandlungen auf Augenhöhe schafft. Versorgungsnotwendige Ergänzungen, wie z. B. die Teilnahme von Praxen neben der Teilnahme einzelner Ärztinnen und Ärzte sollen gleichwohl ermöglicht werden. Wenn die Politik ein möglichst flächendeckendes Primärversorgungssystem zeitnah umsetzen will, muss sie insbesondere auf die HZV auf Grundlage des § 73b SGB V setzen und diese weiter skalieren.
- Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband befürwortet eine Stärkung der digitalen Infrastruktur der hausärztlichen Praxen. Während der regulären Praxisöffnungszeiten muss der erste Kontakt der Patientinnen und Patienten grundsätzlich über ihre Hausarztpraxis erfolgen – digital, telefonisch oder persönlich. Dort erfolgt durch qualifiziertes Praxispersonal und Ärztinnen und Ärzte, unterstützt durch digitale Anwendungen, eine individuelle Ersteinschätzung. Eine zentrale digitale Ersteinschätzung an den hausärztlichen Praxen vorbei - beispielsweise über die ePA-App der Krankenkassen oder andere vorgeschaltete Strukturen - lehnt der Hausärztinnen- und Hausärzteverband auch vor dem Hintergrund internationaler Empfehlungen und Erkenntnisse ab. Anders verhält es sich außerhalb der regulären Sprechzeiten sowie vor dem Zugang in die Notaufnahme. Voraussetzung für eine leistungsfähige Koordination der Versorgung ist ein digitales Primärversorgungskennzeichen, das sowohl die Teilnahme am Primärversorgungssystem als auch die zuständige Hausarztpraxis eindeutig abbildet.
- Patientinnen und Patienten müssen sich freiwillig aktiv für oder gegen eine Teilnahme an der Primärversorgung entscheiden können. Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Primärversorgung müssen spürbare Vorteile in der Versorgung erleben, beispielsweise den schnelleren und strukturierteren Zugang zur gebietsfachärztlichen Versorgungsebene. Die Entscheidung ist verbindlich. Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Primärversorgung, die von den Versorgungspfaden abweichen, müssen angemessen an den entstehenden Mehrkosten beteiligt werden. Nur wenn diese Grundsätze konsequent umgesetzt werden, kann ein Primärversorgungssystem entstehen, das Patientinnen und Patienten spürbare Vorteile bietet, die hausärztliche Versorgung nachhaltig stärkt und das Gesundheitssystem dauerhaft leistungsfähiger macht.

¹ „Gesundheitssysteme müssen sicherstellen, dass die Primärversorgung sowohl die erste als auch die regelmäßige Anlaufstelle im Zentrum des Gesundheitssystems ist.“ (WHO & UNICEF Operational Framework for Primary Health Care)

Begründung

mündlich

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 20: Richtige Rahmenbedingung für ein hausärztlich geführtes Primärversorgungssystem setzen

Die Delegiertenversammlung lehnt Bestrebungen des Gesetzgebers ab, im Rahmen eines hausärztlich geführten Primärversorgungssystems etwa Apotheken und Community Health Nurses als erste Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten zu etablieren, und fordert den Gesetzgeber auf, durch eine entsprechende Gesetzgebung sicher zu stellen, dass im Rahmen eines hausärztlich geführten Primärversorgungssystems künftig die hausärztlichen Praxen - in Anerkennung der dortigen Expertise und Qualifizierungen - die notwendigen Behandlungsleistungen und Steuerungsfunktionen auch tatsächlich übernehmen und umsetzen können.

Begründung

Mit Blick auf das europäische Ausland werden von der Politik immer wieder Ideen und Vorschläge formuliert, wonach aufgrund eines drohenden oder bereits existierenden „Hausärztemangels“ niederschwellige Zugänge zur medizinischen Versorgung jenseits der hausärztlichen Praxen (z. B. wie in Dänemark) erforderlich seien. Dabei wird außer Acht gelassen, dass ein essentieller Bestandteil eines Primärversorgungssystems die fallabschließende Behandlung und nicht die reine Steuerung ist. In den hausärztlichen Praxen werden ca. 85 % der Behandlungen fallabschließend behandelt und damit die medizinisch notwendige ambulante Versorgung der Bürgerinnen und Bürger bereits heute ganz weitgehend von Hausärztinnen und Hausärzten geleistet wird. Eine Primärversorgungsebene durch Apotheken oder Community Health Nurses erfüllt diese Anforderungen nicht und würde zu mehr Behandlungsfällen führen. Ferner wird bei solchen Forderungen nach Einbeziehungen von Apotheken und anderen nichtärztlichen Berufsgruppen, die nicht eng in der hausärztlichen Praxis angebunden sind, nicht berücksichtigt, dass sich die bestehenden Gegebenheiten im ambulanten und stationären Bereich in Deutschland grundsätzlich von denen in anderen Ländern unterscheiden. Deutschland hat derzeit noch eine ganz überwiegend funktionierende wohnortnahe und niederschwellig zu erreichende hausärztliche Versorgungsebene, die deutlich besser aufgestellt ist - gerade im ländlichen Raum - wie z. B. Apotheken oder akademisierte Pflegekräfte.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 23 neu: Sicherung der hausärztlichen Primärversorgung und der Freiberuflichkeit der Vertragsärzteschaft

Das geplante Primärversorgungssystem ist eindeutig als hausärztliches Primärversorgungssystem auszugestalten. Die hausärztliche Versorgung bildet den zentralen und primären Zugang zur ambulanten Versorgung und bleibt der maßgebliche Anker der Primärversorgung.

Daher wird der Bundesvorstand beauftragt, die Auswirkungen der geplanten gesetzlichen Rahmenbedingungen auf die Selbstständigkeit und die Freiberuflichkeit der Vertragsärzteschaft prüfen zu lassen. Dabei ist insbesondere zu klären, ob und in welchem Umfang zunehmende Eingriffs- und Steuerungsrechte von Krankenkassen – insbesondere im Hinblick auf Ersteinschätzung, Terminsteuerung und ärztliche Tätigkeit – mit einer weiterhin freiberuflichen und selbstständigen Berufsausübung vereinbar sind.



Der Bundesvorstand wird beauftragt, sich politisch und rechtlich dafür einzusetzen, dass die Freiberuflichkeit, die fachliche Unabhängigkeit und die eigenverantwortliche ärztliche Tätigkeit der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auch unter den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen erhalten bleiben.

Begründung

Die diskutierten Modelle einer künftigen Primärversorgung dürfen nicht zu einer Entwertung der hausärztlichen Versorgung oder zu einer Verlagerung der medizinischen Ersteinschätzung auf nichtärztliche beziehungsweise sachfremde Stellen führen. Die hausärztliche Versorgung muss als eigenständiger und unverzichtbarer Bestandteil des Systems klar benannt und institutionell abgesichert werden. Zugleich ist zu verhindern, dass Krankenkassen unmittelbar oder mittelbar in die medizinische Tätigkeit, die Terminplanung oder die eigenverantwortliche Organisation der Vertragsarztpraxen eingreifen. Eine solche Entwicklung könnte die Selbstständigkeit und die rechtliche Einordnung der vertragsärztlichen Tätigkeit grundlegend verändern.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 27 neu: Hausärztliche Steuerung von Patientinnen und Patienten mit insbesondere komplexen Komorbiditäten als zentrale Aufgabe der Primärversorgung

Die Bundesdelegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordert die Krankenkassen auf, die hausärztliche Steuerung von Patientinnen und Patienten mit insbesondere komplexen Komorbiditäten als medizinischen Standard und zentrale Aufgabe der Primärversorgung verbindlich zu stärken, strukturell abzusichern und angemessen zu finanzieren.

Die hausärztliche Praxis ist für diese Patientinnen und Patienten die zentrale medizinische Anlaufstelle, koordinierende Instanz und qualitätsgesicherte Schnittstelle zu anderen Gesundheitsberufen. Die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V ist als geeigneter Rahmen für Kontinuität, Koordination, Teamversorgung und Versorgungssteuerung weiterzuentwickeln und flächendeckend zu stärken.

Begründung

Patientinnen und Patienten mit komplexen Komorbiditäten benötigen eine kontinuierliche, koordinierte und patientenzentrierte Versorgung. Medizinische Leitlinien, fachärztliche Empfehlungen, Krankenhausbehandlungen, Arzneimitteltherapien sowie pflegerische und soziale Unterstützungsbedarfe müssen zu einem tragfähigen Gesamtversorgungskonzept zusammengeführt werden.

Diese Aufgabe kann nicht durch nebeneinanderbestehende Einzelkontakte gelöst werden. Erforderlich ist eine hausärztlich verantwortete Steuerung, die individuelle Behandlungsziele priorisiert, Polypharmazie vermeidet, Schnittstellen koordiniert und die Versorgung an Lebenssituation, Belastbarkeit und Präferenzen der Patientinnen und Patienten ausrichtet.

Die hausärztliche Praxis ist hierfür der geeignete Ort. Sie kennt Krankengeschichte, familiäre und soziale Rahmenbedingungen sowie die Versorgungspfade ihrer Patientinnen und Patienten. Sie kann andere Gesundheitsberufe sinnvoll einbinden, deren Beiträge koordinieren und die



Kooperation durch ärztliche Kompetenz und leitliniengerechte Behandlung qualitätsgesichert gestalten.

Der dafür notwendige Aufwand wird in den bestehenden Vergütungssystemen bislang nicht ausreichend abgebildet. Koordination, Medikationsmanagement, Fallbesprechungen, Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen, Angehörigenarbeit und sektorenübergreifende Abstimmung müssen als eigenständige Leistungen anerkannt und finanziert werden. HZV nach § 73b SGB V ist als geeigneter Rahmen für Kontinuität, Koordination, Teamversorgung und Versorgungssteuerung weiterzuentwickeln und flächendeckend zu stärken.

Für eingeschriebene Patientinnen und Patienten mit komplexen Komorbiditäten ist eine strukturierte Einschreibepauschale im Sinne einer Capitation vorzusehen. Sie muss den kontinuierlichen Steuerungs-, Koordinations- und Dokumentationsaufwand der Hausarztpraxis verlässlich, extrabudgetär und bürokratiearm abbilden. Sie ermöglicht es der hausärztlichen Praxis, Verantwortung für ein definiertes Patientenkollektiv zu übernehmen, komplexe Behandlungsverläufe proaktiv zu begleiten und qualitätsgesicherte Kooperationsstrukturen aufzubauen.

Ein starkes hausärztliches Primärversorgungssystem braucht deshalb verbindliche Steuerungsstrukturen, eine angemessene extrabudgetäre Vergütung, praxistaugliche Digitalisierung und multiprofessionelle Zusammenarbeit unter hausärztlicher Verantwortung. Nur so können Qualität, Patientensicherheit, Wirtschaftlichkeit und Kontinuität der Versorgung für komplex erkrankte Patientinnen und Patienten dauerhaft gesichert werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 2: Hausarztzentrierte Versorgung sichern und konsequent weiterentwickeln

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber und die Vertragspartner auf, die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) als eigenständiges und bewährtes Versorgungsmodell dauerhaft zu sichern und konsequent weiterzuentwickeln.

Hierzu gehören insbesondere:

- der uneingeschränkte Erhalt des Kontrahierungszwangs nach § 73b SGB V,
- die Stärkung der Vertragsautonomie der Vertragspartner,
- die Weiterentwicklung der HZV und ihrer wettbewerbsfähigen, innovativen Konzepte (HÄPPI) als zentrales Instrument einer qualitätsgesicherten, koordinierten und wirtschaftlichen Primärversorgung,
- der Ausbau digitaler Versorgungsangebote innerhalb der HZV ebenso wie die Kennzeichnung von HVZ-Versicherten in der Versorgung (digitales HZV-Kennzeichen),
- die politische Stärkung der HZV als dauerhaft eigenständiges Versorgungsangebot und bewährtes Fundament eines zukünftigen Primärversorgungssystems.

Begründung

Mit rund 11 Millionen eingeschriebenen Versicherten ist die Hausarztzentrierte Versorgung längst kein Modellprojekt mehr, sondern ein bundesweit etabliertes und wissenschaftlich evaluiertes Versorgungsangebot. Sie hat sich seit ihrer Einführung als leistungsfähiges Versorgungsmodell



bewährt. Zahlreiche wissenschaftliche Evaluationen belegen ihren Nutzen für Patientinnen und Patienten ebenso wie für das Gesundheitssystem.

Sie stärkt die koordinierende Rolle der Hausarztpraxis, verbessert die Versorgungsqualität und schafft Anreize für eine kontinuierliche, koordinierte und wirtschaftliche Versorgung.

Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen um ein verbindliches Primärversorgungssystem kommt der HZV eine besondere Bedeutung zu. Sie ist das einzige real existierende Primärversorgungssystem in Deutschland und kann, mit entsprechenden politischen Rahmenbedingungen, problemlos weiter skaliert werden. Die notwendigen Reformen des Kollektivvertrags und die damit verbundenen Vorbereitungszeiten, die dort mit der Einführung eines Primärversorgungssystems verbunden sind, werden in den aktuellen politischen Diskussionen massiv unterschätzt. Insbesondere drohen auch innerärztliche Konflikte, die mangels ausreichender hausärztlicher Repräsentanz im KV-System absehbar zulasten der hausärztlichen Praxen entschieden werden würden. Für eine zeitnahe Einführung eines echten Primärversorgungssystems führt deshalb kein Weg an der HZV unter den bestehenden vertraglichen Rahmenbedingungen vorbei. Sie muss als eigenständiges Versorgungsangebot dauerhaft erhalten und konsequent weiterentwickelt werden.

Der derzeitige gesetzliche Rahmen – insbesondere der Kontrahierungszwang sowie die Fortgeltung gekündigter Verträge – sind dabei unverzichtbare Elemente des rechtlichen Rahmens der HZV, die eine Verhandlung auf Augenhöhe für beide Vertragspartner garantieren und die Kontinuität der Versorgung der Patientinnen und Patienten absichern.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 3: Hausärztliche Versorgung von Versorgungseinschnitten ausnehmen

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, die hausärztliche Versorgung von Sparmaßnahmen auszunehmen, die die Versorgung der Patientinnen und Patienten gefährden oder die wirtschaftliche Grundlage hausärztlicher Praxen nachhaltig schwächen.

Die mit dem Beitragsstabilisierungsgesetz (BStabG) vorgesehenen Abschläge in der HZV-Vergütung aufgrund von vermeintlichen Fixkostendegressionseffekten für hausärztliche Praxen dürfen nicht eingeführt werden beziehungsweise sind zurückzunehmen. Gleichzeitig muss die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung im Rahmen der sogenannten MGVplus im vollen Umfang dauerhaft gesetzlich abgesichert werden – auch die hier geplanten Abschläge bei der Nachzahlungspflicht der Krankenkassen dürfen nicht eingeführt bzw. müssen zurückgenommen werden. Alle Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte egal ob in der HZV oder im EBM sind vollständig zu vergüten. Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen müssen so ausgestaltet werden, dass eine flächendeckende und wohnortnahe hausärztliche Versorgung langfristig wirtschaftlich tragfähig gesichert bleibt.

Begründung

Die Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dabei ist es ohne Zweifel notwendig, dass das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem in Deutschland langfristig auf finanziell stabilen Füßen steht. Auch



die Hausärztinnen und Hausärzte sind bereit, hierzu einen Beitrag zu leisten, beispielsweise über die Begrenzung der Vergütungszuwächse - obwohl dies in Anbetracht der stark steigenden Kosten für viele Praxen extrem schädlich ist. Die Hausärztinnen und Hausärzte haben im Beitragsstabilisierungsgesetz aber weitere schmerzhaft Kürzungen erfahren müssen, die die wirtschaftliche Zukunft vieler Praxen noch stärker als ohnehin schon gefährden. Dies betrifft insbesondere die Fixkostendegression in der HZV sowie die Abschläge bei der Nachzahlungspflicht der Krankenkassen im Rahmen der Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen.

Hausärztinnen und Hausärzte übernehmen die zentrale Koordinierungsfunktion im Gesundheitswesen und bilden das Fundament eines zukünftigen Primärversorgungssystems. Maßnahmen wie die vorgesehene Fixkostendegression (sowohl in der HZV als auch im EBM) schwächen diese Funktion und setzen Fehlanreize. Sie erschweren Investitionen in Personal, Digitalisierung und den Ausbau multiprofessioneller Praxisteam. Einsparmaßnahmen dürfen nicht ausgerechnet diejenigen Versorgungsbereiche treffen, die maßgeblich zur Steuerung und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems beitragen und deren Bedeutung in Zukunft deutlich wachsen soll.

Eine nachhaltige Sicherung der hausärztlichen Versorgung erfordert vielmehr verlässliche und auskömmliche Rahmenbedingungen.

Mit dem geplanten Primärversorgungssystem soll die koordinierende Rolle der Hausarztpraxen sogar künftig weiter gestärkt werden. Gleichzeitig werden mit dem Beitragsstabilisierungsgesetz ausgerechnet die wirtschaftlichen Grundlagen dieser Praxen geschwächt. Dieser Widerspruch gefährdet den Erfolg der geplanten Reform.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 4: Mit starken Praxisteamen gelingt Primärversorgung

Die Delegiertenversammlung stellt fest: Hausärztinnen und Hausärzte sind nicht das Nadelöhr der Versorgung. Ein verbindliches Primärversorgungssystem ist leistbar, wenn bestehende Hausarztpraxen konsequent zu modernen interprofessionellen hausärztlichen Primärversorgungszentren weiterentwickelt werden.

Die Delegiertenversammlung fordert Politik und Selbstverwaltung auf, hierfür die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. Hierzu gehören insbesondere eine verlässliche Transformationsfinanzierung, die dauerhafte Finanzierung qualifizierter nichtärztlicher Gesundheitsberufe, eine teamorientierte Vergütung sowie der konsequente Ausbau des HÄPPI Konzepts („Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell“) als zukunftsweisendes Modell der hausärztlichen Primärversorgung. Die medizinische Gesamtverantwortung und die Koordination der Versorgung müssen dabei dauerhaft in der Hausarztpraxis verbleiben.

Begründung

Eine oft geäußerte Sorge bei der Einführung eines Primärversorgungssystems sind die mangelnden personellen Ressourcen. Laut Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung ist bei der Umsetzung eines flächendeckenden Primärversorgungssystems mit zwei bis fünf zusätzlichen



Patientenkontakten pro Hausarztpraxis und Tag zu rechnen. Demgegenüber stehen zeitliche Einsparungen: So entfällt die zeitfressende Nachrecherche, um notwendige Unterlagen zu erhalten und unkoordinierte Versorgungsprozesse nachzuvollziehen. Doppeluntersuchungen werden vermieden und durch eine direkte und schnellere Koordination in die fachärztliche Praxis fällt in den Hausarztpraxen die zeitaufwändige Interimsversorgung weg, die aktuell durch lange Wartezeiten auf Facharzttermine notwendig ist. Durch eine konsequente Nutzung der primärärztlichen Überweisung zur Steuerung des Zugangs zur fachärztlichen Versorgungsebene werden nicht indizierte Facharzttermine verringert und dadurch zeitnahe Termine für relevante Patientinnen und Patienten ermöglicht. So entstehen effizientere Versorgungsprozesse, die auch in den Hausarztpraxen Zeit einsparen.

Eine stärkere Rolle der hausärztlichen Praxen stärkt überdies die Prävention (Primär-, Sekundär-, Tertiär- und Quartär-Prävention) und entlastet somit das Gesundheitssystem insgesamt, aber langfristig auch die hausärztlichen Praxen.

Gleichzeitig weist eine Studie der Bertelsmann Stiftung nach, dass durch den gezielten Einsatz akademischer und nicht-akademischer Gesundheitsfachberufe und unter Ausschöpfen bestehender Potentiale bei der Delegation ärztlicher Aufgaben erhebliche Potentiale bei der Steigerung der Versorgungsleistung bestehen. Diesen Weg ist der Hausärztinnen- und Hausärzteverband mit den HÄPPI-Praxen bereits konsequent vorangeschritten. Mit HÄPPI verfügt der Hausärztinnen- und Hausärzteverband bereits über ein praxiserprobtes Konzept, das zeigt, wie durch den strukturierten Einsatz von VERAH, Physician Assistants, Primary Care Managern, Community Health Nurses und weiteren qualifizierten Gesundheitsberufen die Versorgungskapazität der Hausarztpraxis deutlich gesteigert werden kann. Dabei können auch Einzelpraxen die Strukturvoraussetzung für ein HÄPPI erfüllen. Die positiven Erfahrungen aus Baden-Württemberg belegen, dass dieses Modell bereits heute erfolgreich umgesetzt wird. Innerhalb kürzester Zeit konnte ein Netz von HÄPPI-Praxen aufgebaut werden.

Die Politik ist gefordert, die HÄPPI-Strukturen weiter zu fördern und deren Skalierung zu unterstützen. Unter dem Strich ist so die Umsetzung eines Primärversorgungssystems absolut stemmbar.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 6: Notfallreform praxisnah gestalten

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf:

- Die Notfallreform zeitnah zu beschließen und den völlig ungesteuerten Zugang zur nachweislich teuersten Versorgungsebene durch bessere Steuerung zu organisieren. Dabei begrüßen wir die Schaffung integrierter Notfallzentren (INZ) mit gemeinsamen Tresen etc. ebenso wie die Überführung des Rettungsdienstes ins SGB V ausdrücklich.
- Bei der Reform sind die bestehenden bereits gut funktionierenden Versorgungsstrukturen (z. B. Bereitschaftsdienstpraxen) zu stärken und die begrenzten personellen Ressourcen zu berücksichtigen. Eine weitere Belastung der hausärztlichen Versorgung, ohne eine gleichzeitig massive Stärkung der Strukturen, ist nicht hinnehmbar.



Wir fordern insbesondere:

- Die Schaffung von zusätzlichen Versorgungsangeboten parallel zu den regulären Praxisöffnungszeiten (24/7 Videosprechstunde + aufsuchender Notdienst) lehnen wir vehement ab.
- Eine digitale Ersteinschätzung an den hausärztlichen Praxen vorbei und parallel zu den regulär geöffneten hausärztlichen Praxen lehnen wir ab. Im Rahmen des regulären ambulanten Not- und Bereitschaftsdiensts kann diese jedoch helfen, die Versorgung zu strukturieren und zu steuern.
- Patientinnen und Patienten mit nicht dringlichen Versorgungsanliegen müssen, sofern sie sich für eine Primärversorgung entschieden haben, konsequent in die zuständige hausärztliche Praxis gesteuert werden. Dafür bedarf es eines digitalen HZV-/Primärversorgungskennzeichens.
- Die geplante Möglichkeit zur Abgabe von Medikamenten in Notdienstpraxen muss auch auf den fahrenden Notdienst ausgeweitet werden.

Begründung

Die Notwendigkeit einer Reform der Notfallversorgung ist völlig unstrittig und angesichts der weiterhin hohen direkten Inanspruchnahme von Rettungsdienst und Notaufnahmen dringend geboten, um wirtschaftliche Einsparungen und eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Völlig unterschätzt wird vielfach die tragende Rolle der hausärztlichen Praxen in der Notfall- und Akutversorgung, die im Rahmen der üblichen Öffnungszeiten den Löwenanteil dieser Fälle (i. d. R. abschließend) versorgt. Eine zukunftsfähige Notfallreform muss die knappen personellen Ressourcen im Gesundheitswesen sinnvoll einsetzen. Der Aufbau zusätzlicher Versorgungsstrukturen – also eines Angebotes zur Videosprechstunde sowie eines aufsuchenden Notdienstes zu allen Tages- und Nachtzeiten – schafft keine zusätzlichen Fachkräfte, sondern bindet Personal, das bereits heute in der unmittelbaren Patientenversorgung fehlt. Er verteilt die ohnehin knappen personellen Ressourcen lediglich auf weitere Einrichtungen, die überdies weniger Fälle versorgen als die regulären hausärztlichen Praxen und trägt damit nicht zur Lösung der eigentlichen Probleme bei.

Auch eine digitale Ersteinschätzung kann nur außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten einen sinnvollen Beitrag zur Entlastung der Notfallstrukturen leisten, da im Rahmen der Notfallversorgung immer unbekannte und ungefilterte Patientinnen und Patienten die Versorgung in Anspruch nehmen. Zu den regulären Öffnungszeiten sind demgegenüber die hausärztlichen Praxen wesentlich effizienter und können Patientinnen und Patienten schneller und sicherer entweder abschließend versorgen oder der richtigen Versorgungsebene zuweisen. Von zentraler Bedeutung ist es, dass Patientinnen und Patienten mit nicht dringlichen Versorgungsanliegen auch aus den Strukturen der Notfallversorgung wieder in ihre bestehenden Versorgungsstrukturen zurückgeleitet werden. Patientinnen und Patienten, die sich für eine Teilnahme an der HZV (bzw. künftig auch an anderen Formen der hausärztlichen Primärversorgung) entschieden haben, und deren Anliegen keine medizinische Dringlichkeit aufweist, müssen konsequent in ihre jeweilige hausärztliche Praxis zurückgesteuert werden. Dafür ist ein verbindliches digitales Kennzeichen zur HZV-/Primärversorgungsteilnahme erforderlich, dass auch in den Strukturen der Notfallversorgung genutzt werden kann. Ebenso muss eine digitale Information über die Inanspruchnahme von Notfallstrukturen an die betreuende hausärztliche Praxis erfolgen, damit dies in der weiteren Versorgung berücksichtigt werden kann.



Mit der geplanten Regelung, nach der Notdienstpraxen die Möglichkeit erhalten sollen, Medikamente direkt zu dispensieren, entlastet die Regierungskoalition Patientinnen und Patienten substantiell, da die aufwändige Beschaffung von Medikamenten außerhalb der regulären Apothekenöffnungszeiten entfällt. Diese Möglichkeit muss allerdings auch für den fahrenden Notdienst geschaffen werden, denn es ist widersinnig, wenn eine Patientin/ein Patient, die aufgrund ihrer Immobilität den fahrenden Notdienst beanspruchen muss, bei der Beschaffung der Medikamente vor höhere Hürden gestellt wird als die Person, die in der Lage war, die Notdienstpraxis aufzusuchen.

Eine Notfallreform kann nur erfolgreich sein, wenn sie bestehende hausärztliche Strukturen stärkt, anstatt neue Parallelstrukturen aufzubauen. Ziel muss eine bedarfsgerechte Patientensteuerung sein, die vorhandene Ressourcen effizient nutzt und die Versorgung der Patientinnen und Patienten nachhaltig verbessert.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 7: Telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und AU ab dem vierten Krankheitstag erhalten – Bürokratie vermeiden

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, die Möglichkeit der telefonischen Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit bei in der Praxis bekannten Patientinnen und Patienten und medizinisch geeigneten Fällen dauerhaft zu erhalten.

Eine Verpflichtung zur Vorlage einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab dem ersten Krankheitstag lehnt die Delegiertenversammlung ab. Regelungen, die zu vermeidbaren Arztkontakten und zusätzlicher Bürokratie führen, reduzieren unnötigerweise die verfügbare Zeit für die Versorgung von wirklich kranken Patientinnen und Patienten. Leidtragende einer solchen Regelung wären vor allem die Patientinnen und Patienten, deren medizinisch notwendige Versorgung durch andere, vermeidbare Arztkontakte erschwert würde.

Begründung

Die telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für leichte Erkrankungen bei bekannten Patientinnen und Patienten für maximal fünf Tage hat sich als praxistaugliches Instrument bewährt. Sie entlastet Patientinnen und Patienten, unterstützt deren schnelle Genesung und reduziert Infektionsgefahren für die gesamte Bevölkerung. Sie unterstützt gleichzeitig die hausärztlichen Praxen, denn sie reduziert unnötige Praxisbesuche und ermöglicht den gezielten Einsatz knapper personeller Ressourcen. Die bestehende Regelung zur Telefon-AU muss deshalb zwingend erhalten bleiben.

Ebenso würde eine generelle Verpflichtung zur Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bereits ab dem ersten Krankheitstag zu einer erheblichen zusätzlichen Inanspruchnahme hausärztlicher Praxen führen. Medizinisch nicht notwendige Arztkontakte würden zunehmen, ohne dass hierdurch ein erkennbarer Nutzen für die Versorgung oder eine nachhaltige Senkung des Krankenstandes zu erwarten wäre.

Für die öffentlich geäußerte Annahme, dass die telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder der Zeitpunkt der Vorlagepflicht maßgeblich für den Krankenstand verantwortlich sind, fehlt eine



belastbare wissenschaftliche Evidenz. Statt zusätzlicher Bürokratie braucht die hausärztliche Versorgung Freiräume und effiziente Prozesse für die Behandlung der Patientinnen und Patienten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 8: Hausärztlichen Nachwuchs fördern – Niederlassung stärken

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber und die zuständigen Akteure auf, die Gewinnung von hausärztlichem Nachwuchs und die Niederlassung in der hausärztlichen Versorgung zu einer gesundheitspolitischen Priorität zu machen. Grundlage für die Gewinnung von hausärztlichem Nachwuchs sind v. a. die Eckpunkte des Masterplans Medizinstudium 2020, der von der Politik trotz vieler Versprechungen weiterhin nicht umgesetzt wurde. Dies umfasst u. a.:

- Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium
- Mehr ambulante und praxisnahe Ausbildung
- Förderung der hausärztlichen Tätigkeit im ländlichen Raum
- Stärkere Patientenorientierung und Kommunikationskompetenz

Darüber hinaus bedarf es attraktiver Rahmenbedingungen für Weiterbildung und Niederlassung ebenso wie die Förderung moderner Praxis- und Kooperationsformen.

Ziel muss es sein, die hausärztliche Medizin nicht nur im Studium zu stärken, sondern auch die Qualität der hausärztlichen Versorgung durch gute Weiterbildungsstrukturen zu sichern und die Niederlassung durch gute Arbeitsbedingungen attraktiv zu machen.

Begründung

Die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung wird eine zentrale Aufgabe der kommenden Jahre. Der demografische Wandel, zahlreiche altersbedingte Praxisabgaben und der steigende Versorgungsbedarf verschärfen den Nachwuchsmangel. Ein leistungsfähiges Primärversorgungssystem setzt ausreichend Hausärztinnen und Hausärzte voraus. Strukturreformen allein reichen daher nicht aus. Sie müssen mit einer konsequenten Förderung des hausärztlichen Nachwuchses und attraktiven Rahmenbedingungen für die Niederlassung verbunden werden.

Insbesondere mit Blick auf das Medizinstudium wurden mit dem Masterplan Medizinstudium 2020 bereits im März 2017 wesentliche Eckpunkte vereinbart. Vor Erreichen des 10. Geburtstags des Masterplans muss die Politik hier Handlungsfähigkeit demonstrieren und dessen Inhalte zeitnah umsetzen. Zur Stärkung der Weiterbildung und damit verbunden zur Qualitätssicherung der hausärztlichen Versorgung der Zukunft ist der weitere Ausbau und die Stärkung der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin sowie die Stärkung und Förderung der Weiterbildung an den jeweiligen Weiterbildungsstätten notwendig.

Neben der Förderung in Studium und Weiterbildung gehören dazu auch moderne Arbeits- und Kooperationsformen ebenso wie verlässliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen und der Abbau unnötiger bürokratischer Belastungen. Nur so kann die hausärztliche Versorgung langfristig gesichert und weiterentwickelt werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 21: Stationäre Weiterbildungsstellen

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, die Auswirkungen der aktuellen Krankenhausreform auf die Anzahl der für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin von den Krankenhäusern zur Verfügung gestellten Weiterbildungsstellen zu überprüfen und kurzfristig geeignete Maßnahmen in die Wege zu leiten, den gerade auch in städtischen Regionen spürbar zunehmenden Mangel an entsprechenden Weiterbildungsstellen entgegenzuwirken.

Begründung

Die stationäre Weiterbildung ist ein wichtiger und unverzichtbarer Bestandteil der Weiterbildung zur Fachärztin / zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Es zeichnet sich deutlich ab, dass infolge der aktuellen Krankenhausreform und deren finanziellen Auswirkungen auf die Krankenhäuser immer mehr entsprechende stationäre Weiterbildungsstellen gestrichen werden. Dies erschwert die schnelle und strukturierte Weiterbildung zur Fachärztin / zum Facharzt für Allgemeinmedizin und stellt eine Gefahr für die Sicherung der künftigen wohnortnahen hausärztlichen Primärversorgung dar. Die umfassenden Bemühungen der vergangenen Jahre seitens Politik, Körperschaften und Verbänden, die Zahl der abgeschlossenen Weiterbildungen zu Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin kontinuierlich zu steigern und damit auch einen wesentlichen Beitrag zur flächendeckenden wohnortnahen hausärztlichen Versorgung für die Bürgerinnen und Bürger zu leisten, haben gerade in den letzten drei Jahren deutlich Früchte getragen. Diese positive Entwicklung wird durch den zunehmenden Mangel an stationären Weiterbildungsstellen konterkariert. Kurzfristige Maßnahmen des Gesetzgebers, die diesem Negativtrend entgegenwirken und für eine ausreichende Anzahl der durch die Krankenhäuser zur Verfügung gestellten Weiterbildungsstellen für die Allgemeinmedizin zu sorgen, sind daher dringend erforderlich.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 9: Einmal begründet reicht – Bürokratie wirksam abbauen

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber und die Selbstverwaltung auf, die hausärztlichen Praxen von vermeidbarer Bürokratie zu entlasten.

Bei langfristig unveränderten medizinischen Indikationen dürfen bereits dokumentierte medizinische Begründungen für Verordnungen nicht wiederholt eingefordert werden. Dies gilt insbesondere für Heilmittel, Hilfsmittel und die häusliche Krankenpflege.

Darüber hinaus ist bei neuen gesetzlichen oder untergesetzlichen Dokumentations- und Nachweispflichten konsequent das Prinzip „One in – one out“ anzuwenden. Für jede neue bürokratische Verpflichtung muss mindestens eine bestehende Bürokratiepflicht entfallen.

Begründung

Hausärztinnen und Hausärzte wenden einen erheblichen Teil ihrer Arbeitszeit für wiederkehrende Dokumentations- und Begründungspflichten auf, obwohl sich die medizinische Situation der Patientinnen und Patienten häufig über Jahre nicht verändert.



So müssen beispielsweise bei chronischen Erkrankungen regelmäßig identische medizinische Begründungen für Heilmittelverordnungen dokumentiert werden. Gleiches gilt für zahlreiche Hilfsmittel oder die Verordnung häuslicher Krankenpflege, obwohl eine dauerhafte und unveränderte Indikation bereits eindeutig festgestellt wurde.

Diese wiederkehrenden Dokumentationspflichten binden personelle Ressourcen, ohne einen erkennbaren Mehrwert für die Versorgungsqualität oder die Patientensicherheit zu schaffen. Bürokratieabbau muss daher konkret an den täglichen Arbeitsabläufen in den Praxen ansetzen. Wo medizinische Sachverhalte bereits nachvollziehbar dokumentiert sind und sich die Indikation nicht geändert hat, dürfen dieselben Begründungen nicht immer wieder neu verlangt werden.

Gleichzeitig müssen neue gesetzliche Dokumentationspflichten konsequent auf ihre Notwendigkeit überprüft werden. Zusätzliche Bürokratie darf nur eingeführt werden, wenn bestehende Belastungen mindestens im gleichen Umfang entfallen.

Jede vermiedene Dokumentationspflicht schafft Zeit für die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten. Bürokratieabbau ist deshalb kein Selbstzweck, sondern eine Voraussetzung für eine leistungsfähige hausärztliche Versorgung.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 5: Gesundheitssystem evidenzbasiert weiterentwickeln

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, gesundheitspolitische Strukturreformen künftig systematisch wissenschaftlich zu begleiten und auf Grundlage belastbarer Evidenz weiterzuentwickeln. Dies gilt insbesondere für die Einführung eines hausärztlichen Primärversorgungssystems.

Neue Versorgungsformen und gesetzliche Reformen müssen frühzeitig evaluiert werden. Gleichzeitig ist die unabhängige Versorgungsforschung nachhaltig personell zu stärken, um die Auswirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen auf Versorgungsqualität, den Patientennutzen und den Ressourceneinsatz transparent bewerten zu können. Voraussetzung dafür sind aber auch strukturierte und für alle Beteiligten zugängliche anonymisierte Daten, die im Rahmen der Versorgung erhoben werden und die eine fundierte wissenschaftliche Bewertung von Versorgungseffekten ermöglichen. Um Versorgungseffekte sinnvoll zu erfassen, müssen diese Daten sowohl den ambulanten als auch den stationären Versorgungsbereich umfassen ebenso wie den Bereich Arzneimittel und veranlasste Leistungen.

Erfolgreiche Versorgungsmodelle - wie die HZV - dürfen nicht bei einer positiven Evaluation stehen bleiben, sondern müssen auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse konsequent weiterentwickelt und skaliert werden.

Begründung

Die vergangenen Jahre haben gezeigt, dass gesundheitspolitische Reformen häufig beschlossen werden, ohne ihre tatsächlichen Auswirkungen systematisch zu überprüfen. Gleichzeitig liegen für einzelne Versorgungsangebote wie die HZV belastbare wissenschaftliche Erkenntnisse vor, die in politischen Entscheidungen bislang nicht ausreichend berücksichtigt werden.



Die hausärztliche Versorgung verfügt mit der Hausarztzentrierten Versorgung, den HÄPPI-Praxen und weiteren innovativen Versorgungsformen bereits heute über Versorgungsangebote, deren Nutzen wissenschaftlich untersucht werden kann und deren Erkenntnisse konsequent in die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems einfließen sollten.

Versorgungsforschung schafft die Grundlage, Reformen anhand objektiver Kriterien zu bewerten und gesundheitspolitische Entscheidungen stärker am tatsächlichen Nutzen für Patientinnen und Patienten auszurichten.

Dies gilt insbesondere für neue Formen der Primärversorgung, interprofessionelle Teampraxen, digitale Versorgungsangebote und innovative Versorgungsverträge. Erfolgreiche Modelle – wie beispielsweise HÄPPI oder die Hausarztzentrierte Versorgung – müssen wissenschaftlich begleitet, evaluiert und auf Basis der Ergebnisse weiterentwickelt werden.

Eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik stärkt die Qualität der Versorgung, erhöht die Akzeptanz von Reformen und ermöglicht einen zielgerichteten Einsatz begrenzter Ressourcen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



TOP 7. – Anträge zu anderen Themen und Verschiedenes

Beschluss 10: Digital gestütztes Medikationsmanagement – Vision 2030+

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, den gesamten Prozess des digitalen Medikationsmanagements neu zu konzipieren. Hierbei fordern wir einen Prozess zu initiieren, der die aktuell bestehenden Strukturen, Prozesse und Verantwortlichkeiten im Rahmen des Medikationsmanagements kritisch hinterfragt und an die (digitalen) Möglichkeiten des Jahres 2030 und darüber hinaus anpasst (Vision 2030+). Im Kern geht es darum, das Medikationsmanagement (Verordnung, Management, ATMS etc.) sowie alle weiteren Verordnungen substantiell zu entbürokratisieren und dafür die Möglichkeiten der Digitalisierung zu nutzen.

Für diese Vision 2030+ sind dann die gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie die konsekutiven Regelungen der Selbstverwaltung anzupassen. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband ist dabei eng einzubeziehen, um die zentrale Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte im Medikationsmanagement abzubilden.

Begründung

Wer schlechte Prozesse digitalisiert, erhält schlechte digitale Prozesse. Die Erfahrungen aus der Digitalisierung des E-Rezepts zeigen, dass dadurch lediglich der Prozess für die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in die digitale Welt überführt wurde. Eine weitergehende Digitalisierung und kritische Reflektion des Gesamtprozesses des Medikationsmanagements ist damit bisher nicht verbunden. Deshalb müssen Ärztinnen und Ärzte auch künftig Arzneimittel verordnen und parallel Medikationspläne pflegen, die wiederum von automatisch generierten Medikationslisten abweichen können. All dies während die Verantwortlichkeiten (und damit auch Haftungsfragen) sich weiterhin im Wesentlichen auf die Verordnung von einzelnen Medikamenten beziehen.

Für ein Medikationsmanagement das Ärztinnen und Ärzte bei der Versorgung entlastet, Patientinnen und Patienten bei der Therapie unterstützt und gleichzeitig ein hohes Maß an Arzneimitteltherapiesicherheit gewährleistet bedarf es einer Revision der bestehenden Prozesse, Strukturen und Verantwortlichkeiten. Dabei muss vor allem die Entbürokratisierung im Vordergrund der Bemühungen stehen. Während die technischen Möglichkeiten dafür bereitstehen, muss nun auch der regulative Rahmen weiterentwickelt werden. Dieser Prozess muss spätestens jetzt beginnen.

Hausärztinnen und Hausärzte als zentrale koordinierende Instanz eines gesteuerten hausärztlichen Primärversorgungssystems werden künftig auch im Medikationsmanagement eine zentrale Rolle spielen. Deshalb fordert der Hausärztinnen- und Hausärzteverband eine grundlegende Reform und bei der er aktiv einzubeziehen ist.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 11: Elektronische Überweisung praxistauglich ausgestalten

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber, die Selbstverwaltung und die gematik auf, die Einführung der elektronischen Überweisung so auszugestalten, dass sie die Zusammenarbeit



zwischen hausärztlichen und fachärztlichen Praxen verbessert und die Patientensteuerung unterstützt.

Die elektronische Überweisung muss über eine reine Digitalisierung des bisherigen Papierformulars hinausgehen. Sie soll strukturierte medizinische Informationen, digitale Rückmeldungen und transparente Behandlungsprozesse ermöglichen. Gleichzeitig sind verbindliche Standards für Rückmeldungen, Terminprozesse und den elektronischen Informationsaustausch zwischen Hausarzt- und Facharztpraxen zu schaffen. Insbesondere bedarf es folgender Elemente, um eine erfolgreiche elektronische Überweisung zu ermöglichen:

- Im Zuge der Einführung der E-Überweisung und der parallelen Etablierung eines hausärztlichen Primärversorgungssystems müssen unbürokratische Prozesse etabliert werden, die auch eine längerfristige Mit- und Weiterbehandlung ermöglichen (Stichwort: Jahresüberweisung z. B. zur fachärztlichen Mit- und Weiterbehandlung von komplexen Patientinnen und Patienten über einen längeren Zeitraum), um medizinische unnötige Praxiskontakte zu reduzieren.
- Die E-Überweisung muss neben dem differenzierten Versorgungsanliegen auch die Erfassung und Weiterleitung der Dringlichkeit abbilden, die für Patientinnen und Patienten ebenso wie annehmende Ärztinnen und Ärzte verbindlich sind.
- Mit der Einführung der E-Überweisung sollte ein digitales Monitoring des Überweisungs-Status etabliert werden (z. B. erstellt, angenommen, durchgeführt, weitere Schritte), damit eine bessere Steuerung der Versorgung unterstützt wird.
- Die überweisungsannehmenden Praxen müssen bereits vor dem Termin vollen Zugriff auf die Überweisung sowie alle damit verbundenen Dokumente (sowie ggf. auch die ePA) erhalten.
- Die E-Überweisung muss interoperabel und schnittstellenoffen gestaltet sein, um durch unterschiedliche Systeme und Versorgungskontexte nutzbar zu sein, u. a. im Zuge eines systemoffenen Terminservices.
- Grundlage für die ungerichtete Kommunikation im Rahmen der E-Überweisung können weder KIM- noch TIM-Dienste in der TI sein. Auch die ePA als patientengeführte Akte scheidet dafür aus. Stattdessen muss beispielsweise der E-Rezept-Fachdienst zu einem Versorgungs-Fachdienst weiterentwickelt werden, auf dem neben der eigentlichen Überweisung auch die damit verbundenen Dokumente sicher übermittelt werden können.
- Mittel- und langfristig ist zu hinterfragen, ob die Unterscheidung zwischen ärztlicher Überweisung und Verordnung von Leistungen, die durch andere Gesundheitsfachberufe (Pflege, Physiotherapie etc.) erbracht werden, aufrechtzuerhalten ist oder stattdessen durch eine gemeinsame Instanz zur Versorgungssteuerung zu ersetzen ist.

Begründung

Die elektronische Überweisung bietet die Chance, die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt- und Facharztpraxen grundlegend zu verbessern. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass bestehende papiergebundene Prozesse nicht lediglich digital abgebildet, sondern sinnvoll weiterentwickelt werden.

Aus hausärztlicher Sicht muss die elektronische Überweisung ein Instrument der koordinierten Versorgung sein. Sie sollte strukturierte Informationen zum Überweisungsauftrag, zur Dringlichkeit und zur Fragestellung enthalten sowie digitale Rückmeldungen der weiterbehandelnden Praxis



ermöglichen. Dadurch können Doppeluntersuchungen vermieden, Behandlungsprozesse beschleunigt und die Koordinierungsfunktion der Hausarztpraxis gestärkt werden.

Die elektronische Überweisung muss deshalb Bestandteil einer durchgängigen digitalen Zusammenarbeit zwischen Hausarzt- und Facharztpraxen werden. Nur wenn Überweisung, Terminvergabe, Rückübermittlung von Befunden und Abschluss des Behandlungsauftrags sinnvoll miteinander verzahnt werden, kann sie ihr Potenzial für eine bessere Patientenversorgung entfalten. Sie darf nicht nur ein digitales Formular sein. Sie muss zum zentralen Kommunikations- und Koordinierungsinstrument einer hausärztlich gesteuerten Primärversorgung werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 12: Digitale Patientensteuerung hausärztlich ausgestalten

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, die aktuellen Pläne zur weiteren Digitalisierung der Versorgung im Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) konsequent an den Erfordernissen eines hausärztlichen Primärversorgungssystems auszurichten.

Hierzu gehört insbesondere die Einführung einer HZV-Kennzeichnung (Teilnahme + Praxis), damit HZV-Versicherte im Rahmen digitaler Versorgungssteuerungsangebote regelhaft an ihre gewählte Hausarztpraxis geleitet werden.

Im Zuge der weiteren Digitalisierungsbemühungen gilt es darüber hinaus die Interoperabilität der Daten weiter zu stärken und dadurch die Mehrfachdokumentation konsequent zu reduzieren. Die ePA muss so weiterentwickelt werden, dass sie die hausärztliche Behandlung effektiv unterstützt. Dies schließt auch die Nutzung von KI als Assistenz in der Versorgung sowie die strukturierte Kommunikation mit ein.

Für eine konsequente Steuerung bedarf es überdies einer eindeutigen versorgungs- und versicherungsübergreifenden digitalen Identität der Patientinnen und Patienten (GKV, PKV, Rentenversicherung, Beihilfe etc.), hierfür könnte beispielsweise die bestehende Steuer-ID genutzt werden.

Vehement lehnt die Delegiertenversammlung dabei insbesondere folgende geplanten Inhalte des GeDIG ab:

- Gesundheitsempfehlungen der Kassen auf Basis der Daten der Krankenkassen inklusive des Zugriffs der Krankenkassen auf die ePA
- Etablierung eines digitalen Versorgungszugangs in den ePA-Apps der Krankenkassen
- Einführung einer digitalen Bedarfseinschätzung außerhalb der Notfallversorgung.

Darüber hinaus etabliert das GeDIG eine digitale Bedarfseinschätzung in der Hand des fachärztlich dominierten KV-Systems, sodass zu erwarten und zu befürchten ist, dass die hausärztliche Steuerungsfunktion nicht ausreichend berücksichtigt wird. Digitalisierung muss zu Entlastung in der Versorgung führen und darf diese nicht weiter behindern oder sogar erschweren.



Begründung

Mit dem Gesundheits-Digitalgesetz (GeDiG) werden wesentliche Weichen für die zukünftige digitale Patientensteuerung gestellt. Ziel muss es sein, die hausärztliche Primärversorgung auch im digitalen Raum konsequent abzubilden.

Hierzu gehört insbesondere eine HZV-Kennzeichnung. Versicherte der Hausarztzentrierten Versorgung müssen bei Bedarf auch digital an ihre gewählte Hausarztpraxis geleitet werden. Nur so kann die bestehende Versorgungsstruktur konsequent berücksichtigt werden.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen muss konsequent darauf ausgerichtet werden, echten Nutzen in der Versorgung zu erzeugen. Noch immer binden Medienbrüche, fehlende Interoperabilität und Mehrfachdokumentationen wertvolle ärztliche Arbeitszeit, die für die Versorgung von Patientinnen und Patienten benötigt wird. Eine konsequent weiterentwickelte ePA muss deshalb Informationen sektorenübergreifend strukturiert, vollständig und praxisnah verfügbar machen. Erst auf dieser Grundlage können digitale Anwendungen und KI-gestützte Assistenzsysteme ihr Potenzial entfalten, Behandlungsprozesse unterstützen, die Kommunikation verbessern und die hausärztliche Versorgung spürbar entlasten. Ziel muss sein: weniger Dokumentationsaufwand, mehr Zeit für Patientinnen und Patienten.

Eine versicherungsübergreifende digitale Identität ist die Voraussetzung für die eindeutige Zuordnung von Versorgungs- und Verwaltungsdaten über die Grenzen einzelner Sozialversicherungssysteme hinweg. Die Steuer-ID eignet sich hierfür besonders, da sie bundesweit eindeutig, lebenslang gültig und bereits flächendeckend vorhanden ist. Sie könnte damit die Grundlage für eine effizientere Steuerung, bessere Datenqualität und einen geringeren Verwaltungsaufwand im Gesundheitswesen bilden.

Kritisch sieht die Delegiertenversammlung insbesondere folgende Regelungen im GeDiG:

- Krankenkassen erhalten einen erweiterten Zugriff auf Gesundheitsdaten der elektronischen Patientenakte und sollen darauf aufbauende Gesundheitsempfehlungen an ihre Versicherten übermitteln dürfen. Dies stellt eine substanzielle Grenzüberschreitung der Rolle der Krankenkassen dar, die ihre Versicherten zunehmend in der Versorgung steuern können und sollen. Dabei ist zu erwarten, dass auch ökonomische Erwägungen der Krankenkassen diese Steuerung beeinflussen werden.
- Die kritische Rolle der Krankenkassen wird darüber hinaus noch dadurch verstärkt, dass über die digitalen Versorgungszugänge in ihren ePA-Apps eine neue Steuerungsfunktion eröffnet wird. Künftig muss in jeder ePA-App der Krankenkassen ein Zugang in die 116 117 (Terminservicestelle und digitale Ersteinschätzung) geschaffen werden. Das heißt die Krankenkassen erhalten so indirekte Informationen, wann, welches Versorgungsangebot in Anspruch genommen wird und können nach Belieben eigene Angebote oder Impulse an die Patientinnen und Patienten senden. Dabei wird nicht immer das Wohl der Versicherten, sondern auch die ökonomischen Interessen der Krankenkassen in Rolle spielen.
- Mit dem GeDiG wird eine digitale Bedarfseinschätzung eingeführt, die in der Verantwortung des überwiegend fachärztlich geprägten KV-Systems liegt. Dies lässt befürchten, dass die zentrale Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte bei der Patientensteuerung geschwächt oder nicht angemessen berücksichtigt wird. Gleichzeitig werden die Terminvermittlung über die 116 117 verpflichtend standardisiert und technische Anforderungen an die eingesetzten Terminverwaltungssysteme vorgegeben.



- Verpflichtende technische Vorgaben zur Terminvermittlung schaffen überdies zusätzliche Bürokratie und schränken die Organisationshoheit der Praxen ein.

Digitale Anwendungen können die hausärztliche Versorgung sinnvoll unterstützen. Sie dürfen jedoch nicht dazu führen, dass bestehende Versorgungsstrukturen geschwächt oder neue digitale Parallelstrukturen geschaffen werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 22: Absoluter Schutz für Patientengeheimnis und Arzt- Patienten-Beziehung muss im geplanten Gesetz zur Reform des Nachrichtendienstrechts und Bundesverfassungsschutzgesetz gewährleistet sein

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, im laufenden parlamentarischen Verfahren zur Reform des Nachrichtendienstrechts den absoluten Schutz des Patientengeheimnisses und damit der Arzt-Patienten-Beziehung zu garantieren und die ärztliche Schweigepflicht absolut zu schützen.

Begründung

Der Kabinettsbeschluss zur Reform des Nachrichtendienstrechts vom 12. August 2026 sieht weitreichende operative Befugnisse der Nachrichtendienste vor, zum Beispiel das Abhören von Räumlichkeiten oder den Einsatz von Spähsoftware.

Die ärztliche Schweigepflicht und das Patientengeheimnis sind unverzichtbare Voraussetzungen für ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis. Dieses Vertrauensverhältnis ist verfassungsrechtlich besonders geschützt und bildet die Grundlage jeder erfolgreichen Diagnostik und Therapie.

In ihren Stellungnahmen zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform des Nachrichtendienstrechts fordern die Bundesärztekammer und die KBV zu Recht einen absoluten Schutz der Arzt-Patienten-Beziehung vor nachrichtendienstlichen Überwachungsmaßnahmen. Die im Referentenentwurf vorgesehene Abwägungslösung, nach der der Schutz ärztlicher Berufsgeheimnisträger im Einzelfall zurücktreten kann, wird dem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie ihren Patientinnen und Patienten nicht gerecht.

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband teilt ausdrücklich die Stellungnahme der Bundesärztekammer und fordert den Gesetzgeber auf, im Verlauf des parlamentarischen Verfahrens Regelungen zu treffen, durch die Ärztinnen und Ärzte den zeugnisverweigerungsberechtigten Berufsgruppen der Seelsorger, Verteidiger und Abgeordneten sowie der Rechtsanwältinnen, Rechtsanwälte und Kammerrechtsbeistände gleichgestellt und vor Maßnahmen der Nachrichtendienste absolut geschützt werden. Die sogenannte Abwägungslösung für ärztliche Berufsgeheimnisträger ist unzureichend und daher ersatzlos zu streichen.

Der aktuelle Kabinettsbeschluss bezieht Ärztinnen und Ärzte ausdrücklich nicht in den Kreis der absolut geschützten Berufsgeheimnisträgerinnen und Berufsgeheimnisträger ein. Diese Differenzierung ist nicht sachgerecht, denn sie beeinträchtigt nachhaltig das Vertrauensverhältnis zwischen den ärztlichen Berufsgeheimnisträgerinnen und Berufsgeheimnisträgern und ihren Patientinnen und Patienten.



Gerade Hausärztinnen und Hausärzte begleiten Menschen häufig über viele Jahre hinweg und sind erste Ansprechpersonen bei körperlichen, psychischen und sozialen Erkrankungen. Bereits die Möglichkeit staatlicher Überwachungsmaßnahmen kann das notwendige Vertrauen beschädigen und Patientinnen und Patienten davon abhalten, sich offen an ihre Ärztin oder ihren Arzt zu wenden. Wenn Patientinnen und Patienten fürchten müssen, dass intimste medizinische oder psychische Informationen nicht vertraulich bleiben, gefährdet dies letztlich auch ihre medizinische Versorgung.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 26: Schutz der ärztlichen Schweigepflicht und des Arzt- Patienten-Verhältnisses

Die Bundesregierung, der Deutsche Bundestag und der Bundesrat werden aufgefordert, die ärztliche Schweigepflicht, das Arzt-Patienten-Verhältnis und das Patientengeheimnis in der Reform des Nachrichtendienstrechts uneingeschränkt zu schützen. Ärztinnen und Ärzte sind den absolut geschützten Berufsheimnisträgern gleichzustellen und Arztpraxen von Überwachungsmaßnahmen auszunehmen.

Insbesondere fordert die Bundesdelegiertenversammlung:

- keine nachrichtendienstlichen Überwachungsmaßnahmen in Arztpraxen, die das geschützte Arzt-Patienten-Verhältnis beeinträchtigen können – dies gilt auch für den verdeckten Zugriff auf Praxisverwaltungssysteme;
- die vollständige Gleichstellung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit den absolut geschützten Berufsheimnisträgern, insbesondere Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten – in § 32 des Bundesverfassungsschutzgesetzes ebenso wie in § 22 des Bundesnachrichtendienstgesetzes.

Begründung

Das Vertrauensverhältnis zwischen Patientinnen und Patienten und ihren Ärztinnen und Ärzten ist eine unverzichtbare Grundlage einer funktionierenden medizinischen Versorgung. Schon der Zweifel an der Vertraulichkeit gefährdet die Grundlage jeder ärztlichen Behandlung: die vollständige Offenheit der Patientinnen und Patienten.

Die am 12. August 2026 vom Bundeskabinett beschlossene Reform des Nachrichtendienstrechts sieht weitreichende Befugnisse für die Nachrichtendienste vor, unter anderem das heimliche Abhören privater Gespräche und das für die Ärztin oder den Arzt nicht erkennbare Betreten von Geschäftsräumen zur Installation von Abhör- und Spähtechnik. Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, Geistliche sowie Journalistinnen und Journalisten werden davor absolut geschützt. Für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gilt lediglich eine Abwägungslösung: Maßnahmen sollen zulässig sein, sofern sie „zur Aufklärung wenigstens erheblich beobachtungsbedürftiger Bedrohungen“ erfolgen und keinen Nachteil herbeiführen, der „erkennbar außer Verhältnis zu dem beabsichtigten Erfolg besteht“.

Dies ist nicht hinnehmbar.



Die geplante Differenzierung ist verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen, denn die Geheimnisträgerstellung von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten sowie Geistlichen beruht auf demselben Rechtsgedanken wie die der Ärztinnen und Ärzte – dem Schutz der Intimsphäre als Abwehrrecht gegenüber dem Staat.

Der Verweis des Bundesinnenministeriums auf § 160a StPO trägt nicht: Die Norm regelt den Schutz von Berufsgeheimnisträgern bei strafprozessualen Ermittlungen und setzt einen konkreten Tatverdacht, Richtervorbehalt und nachträgliche Benachrichtigung voraus – Sicherungen, die im Nachrichtendienstrecht fehlen.

Die Sicherheitsinteressen des Staates werden durch unsere Forderung nicht beeinträchtigt – Ärztinnen und Ärzte sind bereits heute zur Anzeige verpflichtet, wenn sie von der Planung bestimmter schwerer Straftaten erfahren (§ 138 StGB), und dürfen bei unmittelbarer Gefahr die Schweigepflicht im Rahmen des rechtfertigenden Notstands durchbrechen (§ 34 StGB).

Was Patientinnen und Patienten ihrer Ärztin oder ihrem Arzt im Vertrauen anvertrauen, muss auch gegenüber staatlichem Zugriff besonders geschützt bleiben.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 15: Hitze tötet – verbindlicher Hitzeschutz mit den Hausarztpraxen

Die Delegiertenversammlung fordert Politik und Gesetzgeber auf, den Hitzeschutz in Deutschland verbindlich zu machen und die hausärztliche Versorgung einzubinden. Im Einzelnen:

1. Extreme Hitze als Gefahr anerkennen: Extreme Hitze wird als anerkannte Gefahr im Krisen- und Katastrophenschutz verankert – mit klaren Zuständigkeiten auf allen Regierungsebenen, verlässlicher Lageerfassung und regelmäßigen Übungen.
2. Verbindliche Hitzeaktionspläne: An jede Warnstufe werden konkrete Pflichtmaßnahmen gekoppelt – Aktivierung von Krisenstäben, kühle Zufluchtsorte und Schutz gefährdeter Arbeitsplätze.
3. Verbindlicher Hitzeschutz für Gemeinschaftseinrichtungen und Vereine mit vulnerablen Gruppen: insb. Krankenhäuser, Pflege- und Wohneinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Schulen und Kitas legen bis April 2027 ein verbindliches Hitzeschutzkonzept auf Basis der bestehenden Bundesempfehlungen vor und setzen es spätestens bis zur Hitzesaison 2030 um. Mindestanforderungen: s. Begründung
4. Hausarztpraxen einbinden: Hausarztpraxen werden als Akteure im lokalen Hitzeschutz-Netzwerk eingebunden.

Begründung

Die Delegiertenversammlung unterstützt die Forderung des Bundesvorstands, die dieser im August 2026 gemeinsam mit über 80 europäischen Organisationen – darunter die Bundesärztekammer – erhoben hat: Hitzetote sind vermeidbar. Die Extremhitze Ende Juni 2026 hat den Handlungsbedarf drastisch vor Augen geführt (1). Des Weiteren schließt dieser Antrag an den Antrag (TO) Nr. 16 "Stärkung der ambulanten Versorgung im Hinblick auf Katastrophenschutz, Klimawandel und Anschlagereignisse" vom 09./10.05.2025 – HÄV DV Frühjahr an.



Ausmaß: Das Robert Koch-Institut schätzt die hitzebedingten Sterbefälle in Deutschland für die Jahre 2022 bis 2025 auf jeweils rund 2.600 bis 4.900. Allein die Hitzeperioden im Sommer 2026 führten nach RKI-Schätzung zu etwa 12.500 hitzebedingten Sterbefällen – rund 9.600 davon in der Woche vom 22. bis 28. Juni (2). Überlastete Rettungsdienste, Notaufnahmen und Notdienstpraxen sowie überhitzte Gebäude – darunter Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegeheime, Schulen und Kitas – zeigen die Dringlichkeit. Die Attributionsforschung führt solche Extremereignisse wesentlich auf die menschengemachte Erderwärmung zurück; Hitzephasen nehmen seit Jahrzehnten zu.

Regelungslücke: Ein umfassender Rahmen besteht bereits – der „Hitzeschutzplan für Gesundheit“ des Bundesgesundheitsministeriums (2023) mit Bundesempfehlungen (Musterhitzeschutzpläne für Krankenhäuser und für Pflegeeinrichtungen) sowie die Empfehlungen des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit. Diese sind jedoch überwiegend freiwillig. Das verbindliche Regelwerk schützt bislang vor allem Beschäftigte (Arbeitsstättenregel ASR A3.5 mit Schwellen bei 26, 30 und 35 °C), während für Patientinnen und Patienten und Bewohnerinnen und Bewohner verbindliche Anforderungen fehlen. Forderung 3 macht die bestehenden Empfehlungen verbindlich.

Eckwerte: Die geforderten Werte sind fachlich hinterlegt: Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit empfiehlt für Einrichtungen, tagsüber 26 °C möglichst nicht zu überschreiten und ab 27 °C zu kühlen – für Einrichtungen mit besonders vulnerablen Gruppen setzt der Antrag einen strengeren Zielwert von 25 °C; eine dauerhafte Nachttemperatur über 20 °C ohne Abkühlung gilt als besonders belastend. Daher ist u. a. wirksamer außenliegender Sonnenschutz und nächtliche Auskühlung; eine bei Bedarf aktive Kühlung nötig. Als Trinkrichtwert gelten 1,5–2 Liter täglich, bei starker Hitze mehr – bei Herz- oder Nierenerkrankungen ärztlich angepasst. Es muss eine gesicherte, ausfallsichere Trinkwasserversorgung geben. Ventilatoren, Kühlpacks, Raumthermometer und kühlende Textilien zählen zur empfohlenen Standardausstattung.

Rolle der Hausärzte: Bauliche Hitzeschutz-Investitionen liegen laut Roadmap des Bundesgesundheitsministeriums bislang weitgehend in der Eigenverantwortung der Einrichtungen; ohne verlässliche Förderung ist eine flächendeckende Umsetzung bis 2030 nicht zu erreichen. Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband war bereits Partner der BMG-Schulungen zum Hitzeschutz und bringt die wohnortnahe Versorgungsperspektive ein.

Als Hausärztinnen und Hausärzte sehen wir die gesundheitlichen Folgen der Hitze täglich. Wir bitten die Delegiertenversammlung, diese Forderungen zu unterstützen und den Verband zu beauftragen, sich gegenüber Politik und Gesetzgeber dafür einzusetzen.

Quellen (Auswahl):

- <https://planetaryhealthalliance.org/european-declaration-on-heat-and-health/>
- https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-AZ/H/Hitze/Bericht_Hitzemortalitaet.html
- [Bundesgesundheitsministerium: Hitzeschutzplan für Gesundheit \(2023\)](#)
- [Bundesgesundheitsministerium: Roadmap zur Weiterentwicklung der Hitzeschutzplanung \(2025\)](#)
- [Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit \(BIÖG\): Empfehlungen bei Hitze für Pflege- und Betreuungseinrichtungen](#)
- [Robert Koch-Institut: Wochenbericht zur hitzebedingten Mortalität \(Meldung vom 9. Juli 2026\) - rund 5.100 Sterbefälle in der Hitzeperiode Ende Juni 2026](#)



- [Arbeitsstättenregel ASR A3.5 „Raumtemperatur“ \(BAuA\)](#)

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 24: Klimaresilienz von Hausarztpraxen stärken

Der Bundesvorstand des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes wird beauftragt, sich gegenüber der Bundes- und Landespolitik dafür einzusetzen, dass Hausarztpraxen bei Maßnahmen zur Klimaresilienz des Gesundheitswesens ausdrücklich berücksichtigt werden.

Insbesondere sollen Förderprogramme für notwendige bauliche, technische und organisatorische Maßnahmen zur Klimaanpassung und zur Sicherstellung des Praxisbetriebs bei Extremwetterereignissen geschaffen bzw. bestehende Förderprogramme für Hausarztpraxen geöffnet werden.

Die Förderung soll praxisnah und unbürokratisch ausgestaltet sein und insbesondere auch kleineren, inhabergeführten Praxen offenstehen.

Begründung

Hausarztpraxen sind für die Bevölkerung in der Regel die erste Anlaufstelle und ein zentraler Bestandteil der wohnortnahen medizinischen Versorgung. Damit gehören sie zur sensiblen Infrastruktur des Gesundheitswesens und müssen auch bei Hitze, Starkregen, Hochwasser oder anderen klimabedingten Belastungen funktionsfähig bleiben.

Hierfür sind zunehmend Investitionen in beispielsweise Hitzeschutz, Kühlung, technische Ausfallsicherheit und Notfallvorsorge erforderlich.

Aufgrund der bereits hohen wirtschaftlichen Belastungen vieler Hausarztpraxen können diese zusätzlichen Investitionen jedoch nicht allein aus den laufenden Praxiseinnahmen finanziert werden.

Klimaanpassung und Versorgungssicherheit sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wer von Hausarztpraxen erwartet, auch in klimabedingten Krisen die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, muss ihnen auch die notwendigen finanziellen Rahmenbedingungen für die entsprechende Anpassung ihrer Praxen ermöglichen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 29 neu: DiGAs stärker regulieren

Die Delegierten fordern den Gesetzgeber auf:

- die unregulierten Preise für Digitale Gesundheitsanwendungen (sog. DiGA) im ersten Jahr abzuschaffen,
- die aktuelle Erprobungsregelung abzuschaffen und
- für die Zulassung der sog. „Apps auf Rezept“ ebenso hohe Anforderungen zum Nachweis des Nutzens wie bei anderen Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)



einzuführen. Künftig soll der G-BA die Bewertung und Einordnung der DiGA vornehmen anstatt der Überprüfung durch das BfArM.

Darüber hinaus sollten:

- ein verpflichtender Testzeitraum für die Nutzung von DiGA eingeführt und
- die Tätigkeit kommerzieller Rezept- und Verordnungsservices unterbunden werden sowie
- eine mögliche Kostenbeteiligung für Versicherte geprüft und ggf. im Anschluss geregelt und
- ferner die hausärztliche Expertise bei der Weiterentwicklung und Zulassung von DiGA stärker als bisher berücksichtigt werden.

Begründung

Die Delegierten schließen sich damit weitgehend den Forderungen des AOK-Bundesverbandes, veröffentlicht Ende August 2026 im Rahmen eines Positionspapiers zur Weiterentwicklung der Digitalen Gesundheitsanwendungen des AOK-Bundesverbandes, an. Kommerzielle Rezept- und Verordnungsservices, die außerhalb eines Behandlungskomplexes agieren und lediglich formale Nachweise generieren, passen nicht in das System der Gesetzlichen Krankenkassen. Den immer stärker steigenden Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherungen für Digitale Gesundheitsanwendungen stehen keine adäquaten Nutznachweise gegenüber. Im Verhältnis zur Höhe der Honorierung ärztlicher Tätigkeit sind die Kosten für die DiGA selbst unverhältnismäßig hoch.

Diese Entwicklung macht deutlich, wie wichtig die umfassende und rechtzeitige Einbeziehung hausärztlicher Expertise in den Prozess der Weiterentwicklung und Zulassung von Digitalen Gesundheitsanwendungen gewesen wäre und weiterhin ist.

Dies gilt gleichsam für den im Bundeskabinett vor der Sommerpause verabschiedeten und den Deutschen Bundestag eingebrachten Entwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovationen im Gesundheitswesen (GeDIG). Auch hier sollten die Einwände der Hausärztinnen und Hausärzte von Beginn an Beachtung und im parlamentarischen Verfahren Berücksichtigung finden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 30 neu: Änderungen der gesetzlichen Vorgaben zur Vorhaltepauschale

Die Delegiertenversammlung fordert den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen Vorgaben der Vorhaltepauschale dahingehend zu konkretisieren, dass bei der Umsetzung in der Selbstverwaltung klar geregelt werden kann, dass sog. Mischfälle nicht berücksichtigt werden.

Begründung

Der Gesetzgeber wollte mit dem Versorgungsstärkungsgesetz unter anderem hausärztliche Versorgerpraxen stärken. Die jetzige Regelung und deren Umsetzung im Bewertungsausschuss führt nun aber zu einer Ungleichbehandlung von hausärztlichen Praxen, die neben dem Kollektivvertrag an der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen. Bei der jetzigen Definition werden alle Fälle berücksichtigt, in denen eine Hausarzt-Leistung des EBM über die KVen abgerechnet werden, somit auch sog. Mischfälle (HZV-Fälle, bei denen eine EBM-Ziffer abgerechnet wurde, z. B. ePa-Befüllung, Organspende).



Die sog. Mischfälle erhöhen bei der Quotenermittlung den Nenner, gleichzeitig können aber die Leistungen aus den verschiedenen Kategorien zur Erfüllung der Vorhaltepauschale nicht über die KVen abgerechnet werden, da sie Bestandteil der HZV sind. Dies führt dazu, dass Versorgerpraxen, die an der HZV teilnehmen, sich schwerer tun als reine KV-Praxen, die Quotenregelungen der Vorhaltepauschale für ihre kollektivvertraglichen Fälle vollständig zu erreichen.

Diese Ungleichbehandlung muss der Gesetzgeber abschaffen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)