



## Beschlussübersicht

# der Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverband am 21./22. September 2023 in Berlin

### Kontakt

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.  
Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln  
☎ 02203 56 57-0  
✉ [info@haev.de](mailto:info@haev.de)  
🌐 [www.haev.de](http://www.haev.de)



<b>TOP 2. - Bericht der Bundesvorsitzenden</b>	<b>4</b>
Beschluss 11: Angemessene Finanzierung und Vergütung	4
Beschluss 8: Reform der Versorgungsstrukturen – Quartale abschaffen, mehr Steuerung, Beziehungsmedizin fördern!	6
Beschluss 10: HZV als Präventionsleistung fördern!	7
Beschluss 9: Moderne Teamstrukturen in Praxen fördern!	8
Beschluss 28: Digitalisierung darf Versorgung nicht gefährden	9
Beschluss 12: Änderung der ÄApprO muss kommen!	10
Beschluss 29: Zusammenfassung unserer Forderungen	12
Forderungen des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes	12
Beschluss 18: Strukturreform im Gesundheitswesen zur Effizienzsteigerung an Stelle Verteilungsdiskussion	19
Beschluss 13: Sicherung und Stärkung des hausärztlichen Praxisteam	20
Beschluss 23: Keine Gesundheitswarnungen durch Kassen an Versicherte	21
Beschluss 20: Das e-Rezept muss einfach und reibungslos funktionieren!	22
Beschluss 24: Medikationsmanagement in der „ePA für alle“	22
Beschluss 21: Elektronische Patientenakte praktikabel umsetzen	24
Beschluss 19: Quote für telemedizinische Leistungen anpassen	24
Beschluss 26: Geeignete Rahmenbedingungen für Fernbehandlungen schaffen	26
Beschluss 25: Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit beibehalten und auf Kinder-AU erweitern	26
Beschluss 31: Echten Mehrwert aus Digitalisierung generieren	27
Beschluss 22: Eine Nationale Agentur für Digitale Medizin, die die Digitalisierung im Gesundheitswesen erfolgreich mitgestalten kann	28
Beschluss 16: Entschädigung für Ausfall / Störung der Telematikinfrastruktur	29
Beschluss 27: Einführung klimasensible Beratung im EBM	30
Beschluss 30: Bürokratie-Wahnsinn mit dem BüFoG stoppen	30
Beschluss 33: Sofortmaßnahmen zum Bürokratieabbau – mehr Zeit für Patientenversorgung!	31
Beschluss 34: Beanstandung der Ersteinschätzungsrichtlinie für Notfälle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) betreffend die Rücküberweisung von Patientinnen und Patienten in den ambulanten Bereich aufheben	32
Beschluss 35: Sicherstellung der primären hausärztlichen Versorgung	33
Beschluss 37: Antrag Maßnahmen zur Honorarentwicklung	33



<b>TOP 10. - Bericht aus den Foren des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes: Forum Hausärztinnen, Forum Weiterbildung - Bericht aus dem Institut für hausärztliche Fortbildung - Bericht aus der Stiftung Perspektive Hausarzt</b>	<b>34</b>
Beschluss 7: Perspektive Hausarzt	34
<b>TOP 11. - Anträge zu anderen Themen und Verschiedenes</b>	<b>35</b>
Beschluss 14: Arbeitsgruppe angestellte Ärztinnen und Ärzte	35
Beschluss 36: Gründung der AG Klima und Gesundheit im Hausärztinnen- und Hausärzteverband	35
Beschluss 38: Bekenntnis zu unabhängigen Leitlinien	36



## TOP 2. - Bericht der Bundesvorsitzenden

### Beschluss 11: Angemessene Finanzierung und Vergütung

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordern vom Gesetzgeber und der Selbstverwaltung:

- Die Entbudgetierung: Die „MGV+“ im hausärztlichen Bereich ist den Hausärztinnen und Hausärzten von der Politik versprochen worden und muss nun endlich (2023!) beschlossen werden. Da der aktuelle EBM die tatsächlichen Aufwände der hausärztlichen Teams nicht angemessen abbildet, gefährdet ein reines EGV-System die Finanzierung der Praxen
- Eine umgehende und grundlegende EBM-Reform mit folgenden zentralen Inhalten:
  - Hausärztliche Versorgung konkretisieren, stärken und aktiv finanziell fördern
  - Mehr continuity of care und weniger Einzelleistungen
  - Steuerung insbesondere von multimorbiden Menschen im EBM abbilden und fördern
  - Angemessene Finanzierung der Hausbesuche
  - Kalkulation aller hausärztlichen Leistungen (Mix von Ärztlicher Leistung (AL) und technischer Leistung (TL)) angepasst an die hausärztliche Arbeitsweise
  - Inflationsausgleich über eine faire Steigerung des Orientierungspunktwerts (OPW)
  - Kopplung der Lohnkosten für Praxismitarbeitende eins zu eins an die Entwicklung im stationären Sektor.

#### Begründung

Hausärztinnen und Hausärzte sind die Hauptsäule des deutschen Gesundheitswesens. Sie sind für Patientinnen und Patienten erste Ansprechpartner bei allen gesundheitlichen Problemen. Sie leisten damit einen enormen Beitrag zur Gesundheitsversorgung und bieten insbesondere eine sprechende und patientenzugewandte Medizin. Gerade in unserer modernen digitalen Zeit, wird die Bedeutung der sprechenden Medizin, wie sie die Hausärztinnen und Hausärzte erbringen, wichtiger und förderungswürdiger. Sie nehmen sich Zeit, um ihren Patientinnen und Patienten zuzuhören, Gesundheitsprobleme zu besprechen und maßgeschneiderte individuelle Lösungen zu finden. Damit ermöglichen sie eine ganzheitliche Betrachtung der Gesundheitsprobleme ihrer Patientinnen und Patienten. Sie bieten so nicht nur medizinische Hilfe, sondern auch emotionale Unterstützung und Beratung. Dennoch ist in der aktuellen Vergütungssystematik ihre Leistung unterfinanziert und muss dringend besser honoriert werden.

Die aktuelle Vergütungssystematik im EBM ist zudem insuffizient und führt auch regional zu heterogenen Vergütungen in den unterschiedlichen KV-Regionen. Deshalb ist es notwendig, dass die Entbudgetierung nach dem Beispiel der Kinder- und Jugendärzte erfolgt, da nur so bestehende regionale Differenzen in der Vergütung angemessen ausgeglichen werden können.

Im Koalitionsvertrag vom 07. Dezember 2021 haben die Koalitionäre festgelegt, dass die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich aufgehoben werden soll. Ebenso haben die Bundesregierung und der Bundesgesundheitsminister in den vergangenen Monaten immer wieder betont, auch die hausärztlichen Leistungen zeitnah entbudgetieren zu wollen. Es ist es wichtig, dass dieses Versprechen eingelöst wird, um die hausärztliche Versorgung zu fördern und auch für den Nachwuchs weiterhin attraktiv zu gestalten. Nur so kann auch zukünftig eine hochwertige und individuelle Gesundheitsversorgung aufrechterhalten werden.



Darüber hinaus bedarf es einer grundlegenden und strategischen EBM-Reform. Dabei müssen die hausärztliche Versorgung konkretisiert und der hausärztliche Versorgungsauftrag klarer formuliert werden. Die hausärztliche Versorgung und die sprechende, patientenzugewandte Medizin müssen gestärkt und aktiv finanziell gefördert werden. Bei der Definition der hausärztlichen Leistungen muss die Kontinuität der Versorgung im Vordergrund stehen (Stichwort: Pauschalvergütung) und nicht das Dokumentieren ärztlicher Tätigkeit auf Basis von Einzelleistungen. Nur durch die Kontinuität der Versorgung ist es der Hausärztin/dem Hausarzt möglich, die medizinische Geschichte ihres / seines Patientin / Patienten zu kennen und zu bewerten, was eine umfassendere und ganzheitlichere Betreuung ermöglicht. Die Steuerung insbesondere von multimorbiden Menschen muss im EBM angemessen abgebildet und gefördert werden. Um zu verhindern, dass Hausbesuche zum wirtschaftlichen Minusgeschäft für die Praxen werden, muss dieses wichtige Versorgungselement der hausärztlichen Versorgung angemessen finanziert oder sogar aktiv gefördert werden. Bei der Kalkulation aller hausärztlichen Leistungen im EBM muss die besondere hausärztliche Arbeitsweise berücksichtigt finden. Dies bedeutet auch, dass der Mix aus ärztlicher Leistung (AL) und technischer Leistung (TL) hier ggf. gesondert vom übrigen EBM zu betrachten ist.

Die aktuellen Inflationsraten führen in den Hausarztpraxen zu Kostensteigerungen an allen Ecken und Enden (Energiekosten, Mieten, Gehälter, Technik etc.), die bisher durch keine systematische Steigerung der Einnahmen kompensiert wird. Für eine stabile Versorgung der Versicherten ist die angemessene Honorierung der hausärztlichen Arbeit in den Praxen jedoch zwingend erforderlich. Die Basis der ambulanten Versorgung sind die hausärztlichen Praxen. Ihre Leistungen dürfen nicht gekürzt werden. Eine Erhöhung des Orientierungspunktwerts ist deshalb notwendig, um die steigenden Kosten im Gesundheitswesen auszugleichen, die durch Inflation und allgemeine Kostensteigerungen entstehen.

Die nachhaltige Finanzierung des gemeinsamen Solidarsystems bleibt eine der großen Herausforderungen unserer Zeit. Zentrale Voraussetzung für eine solide Finanzierung ist, dass mit den Versichertenbeiträgen ausschließlich die Solidaraufgaben finanziert werden und keine Quersubventionierung staatlicher Aufgaben stattfindet. Dies ist im Moment nicht sichergestellt und verschärft zunehmend die Unterfinanzierung der Gesundheitsversorgung und hier insbesondere des ambulanten Versorgungsbereichs. Daher ist ein in der Höhe angemessener Steuerzuschuss notwendig, um jene Aufgaben zu finanzieren, die die Krankenkassen im Auftrag des Staates wahrnehmen.

Die Lohnkosten für Praxismitarbeitende müssen eins zu eins an die Entwicklung im stationären Sektor gekoppelt werden. Für den stationären Sektor wurde die Tarifsteigerung der Lohnkosten im Pflegepersonalstärkungsgesetz vollständig finanziert. Dies muss auch für die ambulanten Praxen gelten. Damit bleiben sie wettbewerbsfähig, können qualifiziertes Personal halten und anziehen und geraten nicht in den Strudel eines Fachkräftemangels.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



## **Beschluss 8: Reform der Versorgungsstrukturen – Quartale abschaffen, mehr Steuerung, Beziehungsmedizin fördern!**

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordern vom Gesetzgeber und der Selbstverwaltung:

- Die Abschaffung der starren Quartalslogik im ambulanten Bereich, die in ihrer aktuellen Form Fehlanreize in der Versorgung setzt
- Auskömmliche, quartalsübergreifende Struktur- oder Vorhaltepauschalen (analog Krankenhaus), um Einrichtung und Erhalt allseits verfügbarer Praxisstrukturen einfach und nachhaltig zu finanzieren
- Die Umsetzung des Primats „Versorgung am Bedarf nicht an Bedürfnissen“ im Zuge der Reform der Notfallversorgung. Bei der Erarbeitung von Reformvorschlägen sind alle an der (Notfall-) Versorgung teilnehmenden Gruppen zu beteiligen
- Berücksichtigung der Empfehlungen des Sachverständigenrats Gesundheit (SVR) „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ (Gutachten 2018) sowie der WHO-Empfehlung aus 2008, wonach die Orientierung von Gesundheitssystemen stärker auf die gesundheitliche Primärversorgung ausgerichtet werden muss.

### **Begründung**

Die zeitlichen Ressourcen, die für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen, sind begrenzt. Sie müssen deshalb jenen Patientinnen und Patienten zuteilwerden, die diese wirklich brauchen. Nicht notwendige, ungesteuerte und rein administrative Kontakte von Patientinnen und Patienten mit den (haus)ärztlichen Praxisteams müssen daher deutlich reduziert werden. Für eine hochwertige und effiziente Versorgung der Patientinnen und Patienten im komplexen deutschen Gesundheits- und Sozialsystem bedarf es mehr Steuerung und Orientierung durch die Hausärztinnen und Hausärzte.

Das Quartalsystem im Gesundheitswesen diente in Deutschland lange Zeit als organisatorische Grundlage zur Abrechnung und Vergütung von Gesundheitsleistungen. Allerdings ist es starr und unflexibel. Es berücksichtigt nicht die Tatsache, dass Gesundheitsbedürfnisse und -leistungen über das Jahr variieren können. Dennoch erfordern viele EBM-Leistungen (z. B. Chronikerpauschale) mindestens einen Arzt- Patienten-Kontakt pro Quartal, der aus medizinischer Sicht vielfach verzichtbar ist. Ein Aufheben der Quartalslogik würde deshalb näher an den tatsächlichen Versorgungsbedürfnissen liegen. Zudem erfordern die Verwaltung und Durchführung des Quartalsystems einen erheblichen bürokratischen Aufwand. Leistungserbringer müssen umfangreiche Dokumentationen führen und sich an komplexe Abrechnungsverfahren halten, was Ressourcen verschwendet, die besser für die Patientenversorgung verwendet werden könnten.

Die Fokussierung auf eine patientenzentrierte Versorgung macht quartalsübergreifende Struktur- oder Vorhaltepauschalen (analog Krankenhaus) notwendig, damit die Finanzierung der Hausarztpraxen nicht ausschließlich über möglichst viele Patientenkontakte gesichert werden kann. Gerade in krisenhaften Zeiten, kann so eine stabile Vergütung der hausärztlichen Praxen, die überdies an Struktur- und Versorgungsparameter geknüpft sein kann, gewährleistet werden.

Mit Blick auf die laufenden Diskussionen zu einer Reform der Notfallversorgung ist zu berücksichtigen, dass Hausärztinnen und Hausärzte oft die ersten Anlaufstellen für Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem sind. Sie haben umfassende Erfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akuten Gesundheitsproblemen und können wertvolle Einblicke in die



Bedürfnisse und Herausforderungen im Notfallbereich bieten. Aufgrund ihrer diagnostischen Kompetenz sind Hausärztinnen und Hausärzte in der Lage, die Dringlichkeit von Notfällen besser zu bewerten und Patientinnen und Patienten an die geeignete Einrichtung oder die geeignete Spezialistin / den geeigneten Spezialisten zu überweisen. Dies trägt zur effizienten Nutzung von Ressourcen im Gesundheitssystem bei. Eine Beteiligung der Hausärztinnen und Hausärzte bei den inhaltlichen Vorbereitungen der Notfallreform ist deshalb unerlässlich.

Jegliche Strukturreformen des deutschen Gesundheitswesens müssen überdies den Empfehlungen der WHO Rechnung tragen, die die Bedeutung von Steuerung im Gesundheitswesen betont. Das Gesundheitssystem muss deshalb auf eine gesundheitliche Primärversorgung ausgerichtet werden, damit Patientinnen und Patienten von Hausärztinnen und Hausärzten besser auf den Behandlungspfaden gesteuert und Ressourcen innerhalb des Systems optimaler genutzt werden können.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

### **Beschluss 10: HZV als Präventionsleistung fördern!**

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordern vom Gesetzgeber und dem Bundesministerium für Gesundheit, dass

- die Teilnahme an der HZV auch formal durch den Gesetzgeber als Präventionsleistung anerkannt und durch die Krankenkassen, im Rahmen ihrer Präventions- und Bonusprogramme für die Patientinnen und Patienten bonifiziert wird.
- auch die Krankenkassen davon profitieren, wenn ihre Versicherten mehr hausärztliche Steuerung in Anspruch nehmen und sich darauf aufbauend die Inanspruchnahme gebietsfachärztlicher und stationärer Versorgung am Versorgungsbedarf orientiert.

### **Begründung**

Die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) ist mit etwa neun Millionen eingeschriebenen Versicherten ein fester Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems. Diverse Untersuchungen haben überdies positive Ergebnisse für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Primär-, Sekundär-, Tertiär- und Quartärprävention nachgewiesen. HZV-Patientinnen und -Patienten sind besser versorgt, haben höhere Impfquoten, weniger Inanspruchnahmen von Notfallstrukturen etc. Mit der Einschreibung in die HZV leisten Patientinnen und Patienten deshalb einen wichtigen Beitrag für ihre Gesundheitsprävention.

Für die HZV konnte bei der Auswertung von Daten wissenschaftlicher Evaluationen der Universitäten Heidelberg und Frankfurt am Main sowie in Untersuchungen von Krankenkassen für alle vier Präventionsebenen eine Überlegenheit gegenüber der Regelversorgung nachgewiesen werden.

So zeigte sich auf der primären Ebene eine höhere Impfquote in der HZV bezüglich Influenza, insbesondere für Versicherte ab 65 Jahren und für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner. Der Anteil Pneumokokken- und Herpes-Zoster-Impfungen war bei HZV-Versicherten signifikant höher. Ferner bestätigte eine aktuelle Analyse der GWQ+: „Die durchschnittliche Impfquote erhöht sich aufgrund der Einschreibung dauerhaft und stabil. Es wird deutlich, dass der Effekt auch mit



fortschreitender Teilnahmedauer bestehen bleibt. Die Strukturen der Hausarztzentrierten Versorgung bewähren sich in der Prävention.“ Die Einschreibung in die HZV führt im Durchschnitt zu einer Steigerung der Impfquote um 10 % im Vergleich zur Regelversorgung.

Auf der sekundären Ebene zeigte sich in der HZV frühe Kodierungen von frühen mikrovaskulären Folgen (Nephropathie, Retinopathie) bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ2 im Vergleich zur Regelversorgung und damit eine größere Präventionsmöglichkeit von makrovaskulären Komplikationen. Dazu lagen Statin-Verordnungen bei Patientinnen und Patienten mit Lipidstoffwechselstörungen und Verordnungen mit ACE-Hemmern/At1 -Blockern bei Patientinnen und Patienten mit KHK in der HZV höher.

Auf der tertiären Ebene konnte bei den Auswertungen eine niedrigere Fünf-Jahres-Sterblichkeit bei Patientinnen und Patienten festgestellt werden, die an der HZV teilnahmen, als bei einer vergleichbaren Kohorte von nicht teilnehmenden Patientinnen und Patienten.

Ferner belegten die Daten auf der quartären Ebene, dass die HZV-Teilnahme mit einer deutlich geringeren Anzahl an unkoordinierten Facharztkontakten, einer geringeren Verordnung von potenziell inadäquaten Medikamenten und einer geringeren Inanspruchnahme des Notdienstes einhergeht.

Die Teilnahme an der HZV stellt somit eine Leistung zur Verminderung von Krankheitsrisiken dar. Vor diesem Hintergrund ist aus Sicht des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes eine Novellierung des § 20 SGB V im Sinne einer Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes um die Aufnahme der Teilnahme an der HZV als Präventionsleistung notwendig und wissenschaftlich gerechtfertigt. Daneben sollten auch die Krankenkassen davon profitieren, wenn ihre Versicherten mehr hausärztliche Steuerung in Anspruch nehmen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

## **Beschluss 9: Moderne Teamstrukturen in Praxen fördern!**

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordern vom Gesetzgeber und der Selbstverwaltung

- Die finanzielle Stärkung der wertvollen Arbeit der Praxisteams im EBM, etwa in Form eines längst überfälligen fairen Teampraxis-Zuschlages
- Keine Zersplitterung der Versorgung mit immer neuen Schnittstellen (zum Beispiel Gesundheitskiosk), sondern Stärkung der bestehenden Teams und Praxen und ein klares Bekenntnis zur hausarztzentrierten, multiprofessionellen Teampraxis (HÄPPI) mit hybrider (digital und analog) persönlicher, patientenzentrierter Versorgung.

### **Begründung**

Die Versorgung der älter werdenden Bevölkerung wird u. a. aufgrund der rückläufigen Versorgungskapazitäten im hausärztlichen Bereich künftig nicht mehr überall in den bestehenden Praxisstrukturen und -prozessen erfolgen können. Unsere Praxen, und damit der gesamte ambulante ärztliche Versorgungsbereich, leben von Teamarbeit und angemessener Bezahlung aller.





Durch die Zusammenarbeit verschiedener qualifizierter Professionen werden Aufgaben und Verantwortlichkeiten besser verteilt werden. Dies kann zu einer effizienteren Nutzung von Ressourcen führen und die Wartezeiten für Patienten verkürzen. Dabei muss die zentrale und koordinierende Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte im Versorgungsgeschehen beibehalten werden. Sie haben oft eine langfristige Beziehung zu ihren Patientinnen und Patienten und kennen ihre medizinische Geschichte am besten. Als primäre Ansprechpartner/innen kann die Hausärztin / der Hausarzt sicherstellen, dass die Versorgung durch und mit dem Team kontinuierlich und auf die individuellen Bedürfnisse der Patientin / des Patienten abgestimmt ist.

Multiprofessionelle Teams mit qualifizierten Gesundheitsfachberufen ermöglichen eine umfassendere und koordinierte Versorgung der Patientinnen und Patienten. Hausärztinnen und Hausärzte sowie andere Fachkräfte können ihre unterschiedlichen Kompetenzen und Fähigkeiten kombinieren, um Patientinnen und Patienten ganzheitlich und strukturiert zu behandeln.

Solche Teams sind darüber hinaus besser positioniert, um Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderung zu betreiben. Zudem ist bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen eine enge Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachkräften entscheidend. Zudem können diese Teams die Koordination verbessern und sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten die notwendige Versorgung erhalten.

Im Gegensatz zu den geplanten Gesundheitskiosken steuern sie damit einer Fragmentierung der Versorgung entgegen. Gesundheitskioske führen zu einer Zersplitterung der Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten, da sie verschiedene Behandlungspfade für unterschiedliche Gesundheitsprobleme aufsuchen müssen, anstatt eine kontinuierliche Betreuung bei einer Hausärztin oder einem Hausarzt zu erhalten. Somit fehlt es an Kontinuität, die gerade auch multiprofessionelle Teams sicherstellen können, da sie eine beständige und koordinierte Versorgung sicherstellen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

## **Beschluss 28: Digitalisierung darf Versorgung nicht gefährden**

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands fordern den Gesetzgeber, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie die gemeinsame Selbstverwaltung auf:

- Es ist sicherzustellen, dass die TI (Telematikinfrastruktur), deren Anwendungen und deren Komponenten vor einem Roll-Out unter Realbedingungen flächendeckend getestet wurden und fehlerlos funktionieren.
- Prozesse sind vollständig zu digitalisieren. Unvollständige Teildigitalisierung lehnen wir ab.
- Die hausärztlichen Praktikerinnen und Praktiker sind eng in alle technischen Entwicklungen und Konzeptionen einzubeziehen.
- Die Digitalisierung darf nicht per Zwangsmaßnahmen eingeführt und erzwungen werden.
- Es sind Mechanismen zu erarbeiten, die die Betreiber der TI sowie die Hersteller/Anbieter von TI- Anwendungen, TI-Komponenten und PVS-Herstellern in die Haftung nehmen und die Praxen im Falle von Fehlern und Ausfällen entschädigen.



## **Begründung**

Die anhaltenden Probleme mit der TI verursachen dauerhaft und nachhaltig hohe Zeit- und Personalaufwände in den hausärztlichen Praxen, welche dann nicht für die notwendige Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. Dabei ist Zeit eine der wichtigsten und knappsten Ressourcen in den Hausarztpraxen und im Gesundheitssystem. Die Hausärztinnen und Hausärzte begrüßen deshalb die weitere Digitalisierung der Versorgungsprozesse. Sie soll Entlastung schaffen, Ressourcen schonen und Mehrwerte in der Versorgung bieten. Dazu gehört auch ein weiterer Ausbau der telemedizinischen Versorgung, die aber eng an bestehende hausärztliche Versorgungsstrukturen angebunden sein muss.

Grundvoraussetzung aller Maßnahmen rund um die Digitalisierung ist aber im ersten Schritt, dass die digitale Technik die Prozesse vollständig und nicht teilweise digitalisiert, dass sie störungsfrei funktioniert und eine Performanz bietet, die die eng getakteten Prozesse in den hausärztlichen Praxen beschleunigt und unterstützt, anstatt sie zu stören und damit zu verlangsamen.

Dazu muss die Entwicklung technischer Anwendungen in enger Abstimmung mit Praktikerinnen und Praktikern an der Basis der Versorgung erfolgen und umfassend unter Realbedingungen getestet werden. Die daraus entstehenden Anwendungen werden dann von allein eine entsprechend breite Nutzerschaft finden und müssen nicht durch Zwangsmaßnahmen eingeführt werden. Jegliche Sanktionen gegen die Ärzteschaft lehnen wir ab.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

## **Beschluss 12: Änderung der ÄApprO muss kommen!**

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordern vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als Verordnungsgeber sowie den Landesministerien für Gesundheit und Wissenschaft:

- Die Allgemeinmedizin muss entsprechend dem Konsens zum Masterplan Medizinstudium 2020 endlich in der Approbationsordnung gestärkt werden. Dafür ist mindestens die Reform der Approbationsordnung für Ärzte nach den mit den Ländern abgestimmten Vorschlägen des BMG zeitnah umzusetzen. Der Referentenentwurf „Verordnung zur Neuregelung der Ärztlichen Ausbildung“ des Bundesministeriums für Gesundheit, vom 15. Juni 2023, ist unverändert zu beschließen
- Die Einrichtung zusätzlicher Studienplätze der Humanmedizin darf erst nach Umsetzung der neuen Approbationsordnung für Ärzte erfolgen
- Die Ausbildung muss darüber hinaus viel stärker ambulant erfolgen, um dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung gerecht zu werden. Es ist für ein funktionierendes Gesundheitssystem nicht sinnvoll, mehr Geld in ein ungesteuertes Ausbildungssystem zu geben.

## **Begründung**

Die aktuelle Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte – mehr als ein Drittel ist älter als 60 Jahre – verdeutlicht in hohem Maße, dass ein massiver Bedarf für Nachbesetzungen der hausärztlichen Arztsitze besteht, wenn das aktuelle Versorgungsniveau aufrechterhalten werden



soll. Die universitären Ausbildungsstrukturen scheitern jedoch weiter daran, ausreichend hausärztlichen Nachwuchs auszubilden.

Die Reform der ärztlichen Approbationsordnung in der vorliegenden Form ist ein wichtiger Schritt, um das Fachgebiet Allgemeinmedizin in den Universitäten und damit der Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner zu stärken. Die in der Vergangenheit vorgebrachten Befürchtungen, dass nicht ausreichend Lehrpraxen zur Verfügung stehen, um die in der Verordnung vorgesehene Stärkung der Allgemeinmedizin umzusetzen, sind nicht stichhaltig. Die Tatsache, dass nun vorgesehen ist, dass die praktischen Anteile der Vermittlung des Faches Allgemeinmedizin auch in Lehrpraxen stattfinden kann, die nach Paragraph 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, erweitert die Zahl der Lehrpraxen erheblich.

Die Delegiertenversammlung wendet sich allerdings entschieden dagegen, das Fachgebiet Allgemeinmedizin aus der Approbationsordnung zu streichen und durch den Begriff „hausärztliche Versorgung“ zu ersetzen. Alle hausärztlichen Praxen, unabhängig ob sie allgemeinmedizinisch, internistisch oder pädiatrisch versorgen, tragen zur hausärztlichen Versorgung bei. Völlig unabhängig davon ist allerdings das Fachgebiet Allgemeinmedizin nicht mit dem sozialrechtlichen Begriff der hausärztlichen Versorgung gleichzusetzen. Im Übrigen gibt es in den medizinischen Fakultäten keinerlei Strukturen, die die hausärztliche Versorgung abbilden, stattdessen ist die gesamte medizinische Ausbildung nach Fachgebieten organisiert.

Es ist jetzt an der Zeit zu handeln und die Approbationsordnung für Ärzte nach den mit den Ländern abgestimmten Vorschlägen des BMG umzusetzen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



# Forderungen des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes

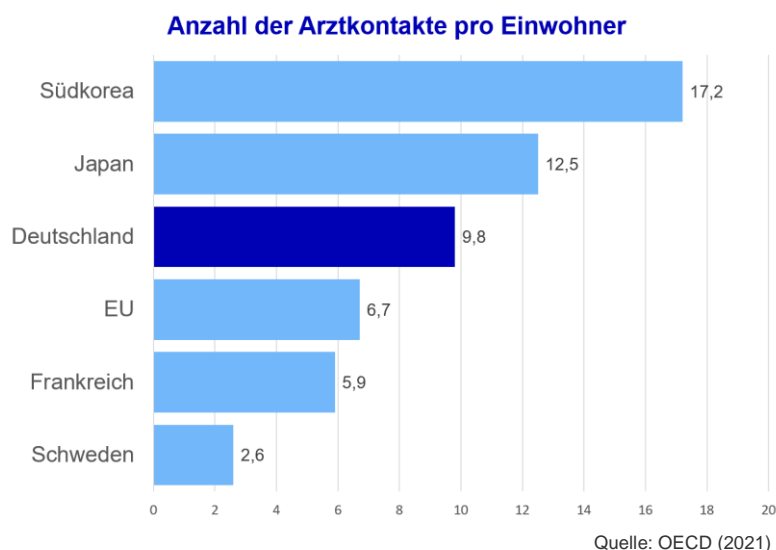
- 1 **Reform der Versorgungsstrukturen**
- 2 **Moderne Teamstrukturen in Praxen fördern  
und Versorgungsressourcen schonen**
- 3 **Angemessene und faire Finanzierung**
- 4 **HZV als Präventionsleistung fördern**
- 5 **Digitalisierung, die funktioniert**
- 6 **Reform der Approbationsordnung**

Das Forderungspapier mit sechs zentralen Punkten finden Sie [hier](#) zum Download als PDF.



## 1 Reform der Versorgungsstrukturen

Die zeitlichen Ressourcen, die für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen, sind begrenzt. Sie müssen deshalb jenen Patientinnen und Patienten zuteilwerden, die diese wirklich brauchen. Nicht notwendige, ungesteuerte und rein administrative Kontakte von Patientinnen und Patienten mit den (haus)ärztlichen Praxisteams müssen daher deutlich reduziert werden. Für eine hochwertige und effiziente Versorgung der Patientinnen und Patienten im komplexen deutschen Gesundheits- und Sozialsystem bedarf es mehr Steuerung und Orientierung durch die Hausärztinnen und Hausärzte.



Die bedeutet u. a.

- Abschaffung der starren Quartalslogik im ambulanten Bereich, die in ihrer aktuellen Form Fehlanreize in der Versorgung setzt
- Auskömmliche quartalsübergreifende Struktur- oder Vorhaltepauschalen (analog Krankenhaus), um Einrichtung und Erhalt allseits verfügbarer Praxisstrukturen einfach und nachhaltig zu finanzieren
- Umsetzung des Primats „Versorgung am Bedarf nicht an Bedürfnissen“ im Zuge der Reform der Notfallversorgung. Bei der Erarbeitung von Reformvorschlägen sind alle an der (Notfall-)Versorgung teilnehmenden Gruppen zu beteiligen
- Berücksichtigung der Empfehlungen des Sachverständigenrats Gesundheit (SVR) „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ (Gutachten 2018) sowie der WHO-Empfehlung aus 2008, wonach die Orientierung von Gesundheitssystemen stärker auf die gesundheitliche Primärversorgung ausgerichtet werden muss.



## 2 Moderne Teamstrukturen in Praxen fördern und Versorgungsressourcen schonen

Die Versorgung der älter werdenden Bevölkerung wird u. a. aufgrund der rückläufigen Versorgungskapazitäten im hausärztlichen Bereich künftig nicht mehr überall in den bestehenden Praxisstrukturen und -prozessen erfolgen können. Unsere Praxen, und damit der gesamte ambulante ärztliche Versorgungsbereich, leben von Teamarbeit und angemessener Bezahlung aller.

Deshalb benötigen wir u. a.

- ▶ Die finanzielle Stärkung der wertvollen Arbeit der Praxisteams im EBM, etwa in Form eines längst überfälligen fairen Teampraxis-Zuschlages
- ▶ Keine Zersplitterung der Versorgung mit immer neuen Schnittstellen (Gesundheitskiosk, Community Health Nurse etc.), sondern Stärkung der bestehenden Teams und Praxen und ein klares Bekenntnis zur hausarztzentrierten, multiprofessionellen Teampraxis (HÄPPI) mit hybrider (digital und analog) persönlicher, patientenzentrierter Versorgung.

**11.139**

nicht besetzte  
MFA-Stellen  
im Januar 2022

Quelle: Verband der medizinischen Fachberufe (vmf)



### 3

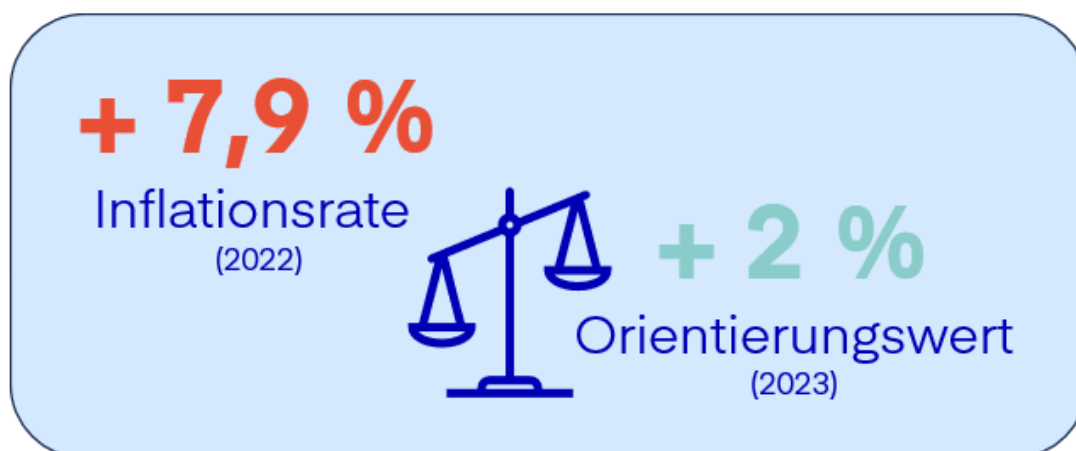
## Angemessene und faire Finanzierung

Die nachhaltige Finanzierung des gemeinsamen Solidarsystems bleibt eine der großen Herausforderungen unserer Zeit. Die aktuellen Inflationsraten führen in den Hausarztpraxen zu Kostensteigerungen an allen Ecken und Enden (Energiekosten, Mieten, Gehälter, Technik etc.), die bisher durch keine systematische Steigerung der Einnahmen kompensiert wird.

Für eine stabile Versorgung der Versicherten ist die angemessene Honorierung der hausärztlichen Arbeit in den Praxen jedoch zwingend erforderlich. Die Basis der ambulanten Versorgung sind die hausärztlichen Praxen. Ihre Leistungen dürfen nicht gekürzt werden.

Das bedeutet:

1. *Entbudgetierung*: Die „MGV+“ im hausärztlichen Bereich ist den Hausärztinnen und Hausärzten von der Politik versprochen worden und muss nun endlich (2023!) beschlossen werden. Da der derzeitige EBM die tatsächlichen Aufwände der hausärztlichen Teams nicht angemessen abbildet, gefährdet ein reines EGV-System die Finanzierung der Praxen.
2. *Umgehende und Grundlegende EBM-Reform* mit folgenden zentralen Inhalten:
  - ▶ Hausärztliche Versorgung konkretisieren, stärken und aktiv finanziell fördern
  - ▶ Mehr continuity of care und weniger Einzelleistungen
  - ▶ Steuerung insbesondere von multimorbiden Menschen im EBM abbilden und fördern
  - ▶ Angemessene Finanzierung der Hausbesuche
  - ▶ Inflationsausgleich über eine faire Steigerung des Orientierungswerts (OPW)
  - ▶ Kalkulation aller hausärztlichen Leistungen (Mix AL und TL) angepasst an die hausärztliche Arbeitsweise
  - ▶ Kopplung der Lohnkosten für Praxismitarbeitende eins zu eins an die Entwicklung im stationären Sektor.



Quelle: Statistisches Bundesamt und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)



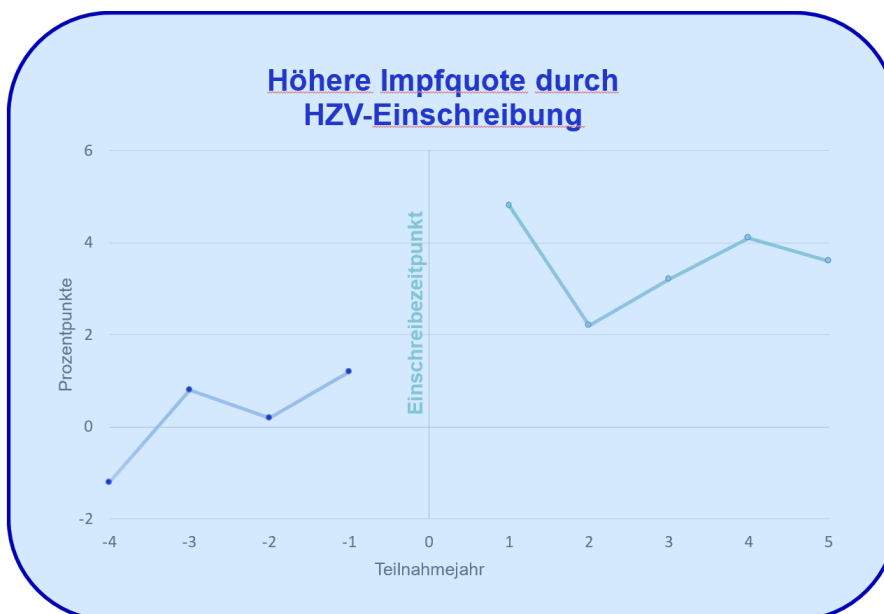
## 4

### HZV als Präventionsleistung fördern

Die HZV ist mit etwa neun Millionen eingeschriebenen Versicherten ein fester Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems. Diverse Untersuchungen haben überdies positive Ergebnisse für die Patientinnen und Patienten im Bereich der Primär-, Sekundär-, Tertiär- und Quartärprävention nachgewiesen. HZV-Patientinnen und -Patienten sind besser versorgt, haben höhere Impfquoten, weniger Inanspruchnahmen von Notfallstrukturen etc.

Mit der Einschreibung in die HZV leisten Patientinnen und Patienten deshalb einen wichtigen Beitrag für ihre Gesundheitsprävention.

- Die Teilnahme an der HZV sollte deshalb auch formal durch den Gesetzgeber als Präventionsleistung anerkannt und durch die Krankenkassen, im Rahmen ihrer Präventions- und Bonusprogramme für die Patientinnen und Patienten, bonifiziert werden
- Auch die Krankenkassen sollten davon profitieren, wenn ihre Versicherten mehr hausärztliche Steuerung in Anspruch nehmen und sich darauf aufbauend die Inanspruchnahme gebietsfachärztlicher und stationärer Versorgung am Versorgungsbedarf orientiert.



Die Einschreibung in die HZV führt zu einer durchschnittlichen **Steigerung der Impfquote von 10 %** im Vergleich zum Zeitraum vor Einschreibung.

Gleich innerhalb des ersten Jahres zeigt sich ein deutlicher Anstieg im Vergleich zur Regelversorgung. Insgesamt sind für jedes Teilnahmejahr signifikante, positive Effekte der Einschreibung in die HZV erkennbar.

Quelle: GWQ Service Plus AG (2015 – 2022)





## 5

### Digitalisierung, die funktioniert

Zeit ist eine der wichtigsten und knappsten Ressourcen im Gesundheitssystem. Die Hausärztinnen und Hausärzte begrüßen deshalb die weitere Digitalisierung der Versorgungsprozesse. Sie soll Entlastung schaffen (Ressourcen schonen) und Mehrwerte in der Versorgung bieten. Dazu gehört auch ein weiterer Ausbau der telemedizinischen Versorgung, die aber eng an bestehende hausärztliche Versorgungsstrukturen angebunden sein muss.

Grundvoraussetzung aller Maßnahmen rund um die Digitalisierung ist aber im ersten Schritt, dass die Technik die Prozesse vollständig und nicht teilweise digitalisiert, dass sie störungsfrei funktioniert und eine Performanz bietet, die die eng getakteten Prozesse in den hausärztlichen Praxen beschleunigt und unterstützt, anstatt sie zu stören und damit zu verlangsamen.



Quelle: Online-Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) · Juli 2023

Dazu muss die Entwicklung technischer Anwendungen in enger Abstimmung mit Praktikerinnen und Praktikern an der Basis der Versorgung erfolgen und umfassend unter Realbedingungen getestet werden. Die daraus entstehenden Anwendungen werden dann von allein eine entsprechend breite Nutzerschaft finden und müssen nicht durch Zwangsmaßnahmen eingeführt werden. Jegliche Sanktionen gegen die Ärzteschaft lehnen wir ab.



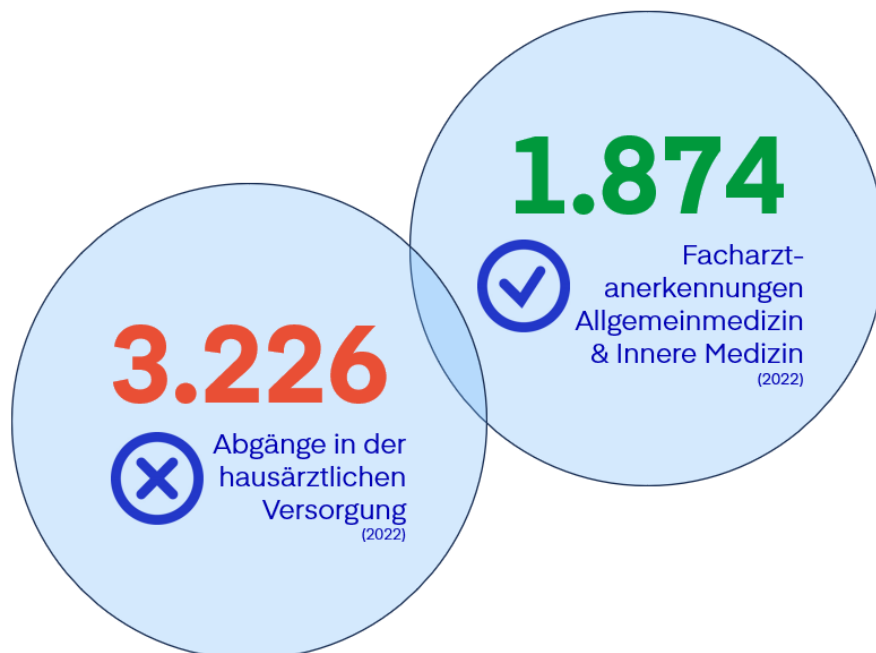
## 6

### Reform der Approbationsordnung

Die aktuelle Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte – mehr als ein Drittel ist älter als 60 Jahre – macht mehr als deutlich, dass massiver Bedarf für Nachbesetzungen der hausärztlichen Arztsitze besteht, wenn das aktuelle Versorgungsniveau aufrechterhalten werden soll. Die universitären Ausbildungsstrukturen scheitern jedoch weiter daran, ausreichend hausärztlichen Nachwuchs auszubilden.

Die Allgemeinmedizin muss deshalb entsprechend dem Konsens zum Masterplan Medizinstudium 2020 endlich in der Approbationsordnung gestärkt werden. Dafür ist mindestens die Reform der Approbationsordnung nach den mit den Ländern abgestimmten Vorschlägen des BMG zeitnah umzusetzen. Die Einrichtung zusätzlicher Studienplätze der Humanmedizin darf erst nach Umsetzung der neuen Approbationsordnung erfolgen.

Die Ausbildung muss darüber hinaus viel stärker ambulant erfolgen, um dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung gerecht zu werden. Es ist für ein funktionierendes Gesundheitssystem nicht sinnvoll, mehr Geld in ein ungesteuertes Ausbildungssystem zu geben.



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK)

**Begründung**  
mündlich.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



## **Beschluss 18: Strukturreform im Gesundheitswesen zur Effizienzsteigerung an Stelle Verteilungsdiskussion**

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordert den Vorstand auf, auf den Gesetzgeber einzuwirken, zeitnah eine grundlegende Strukturreform zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen einzufordern und mit diesen Vorschlägen einer reinen Forderungsdiskussion nach mehr Geld entgegenzutreten.

Folgende Maßnahmen wären zu empfehlen:

- a. Strukturelle Defizite des deutschen Gesundheitswesens zu benennen und konstruktive Veränderungsvorschläge auszuarbeiten
- b. HÄPPI-Konzept\* als strukturelle Antwort auf diese Probleme
- c. Bonifizierung der freiwilligen Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung, z.B. Reduktion der Krankenkassenbeiträge
- d. Schnittstellendefinition und Diskussion, um die vorhandenen Parallelstrukturen zu überdenken und zu optimieren und effizientere Wege durch das Gesundheitswesen aufzuzeigen.

### **Begründung**

In keinem Land der Welt wird so viel Geld ins Gesundheitswesen investiert und dabei so wenig Effizienz erzielt. Wir haben kein Problem der Finanzierung im Gesundheitswesen, aber ein Problem der Kosteneffizienz. Wir haben nicht zu wenig Ärzte in Deutschland, sondern ein Problem der Ärzteverteilung und der Fachwahl (zu viele Gebietsärzte, zu wenig Primärärzte). Es gibt zu viele Krankenhäuser, es wird zu viel stationär gemacht! Die Leistungen im ambulanten Sektor folgen häufiger den Verdienstmöglichkeiten als der tatsächlichen medizinischen Notwendigkeit <sup>(1)</sup>.

Das System begünstigt Patientinnen und Patienten, die viele Leistungen einfordern, viele Prozeduren über sich ergehen lassen, Eigenverantwortung und gesundheitsbewusstes Verhalten finden keine positive Konnotation. Nur wenn diese strukturellen Probleme angegangen werden, wird eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung in Deutschland, vermieden werden und den Beteiligten im Gesundheitswesen eine adäquate Vergütung ausgezahlt werden können.

*\* Ein HÄPPI ist ein zukunftsorientiertes, berufsübergreifendes Versorgungsangebot, das sich durch die kontinuierliche, kooperative und versorgungssteuernde hausärztliche Koordination der umfassenden Grundversorgung auszeichnet.*



### Das Häppi Konzept besteht aus folgenden Strukturelementen:

1. Interprofessionelle Versorgung in der Teampraxis
2. Patientenzentrierung
3. Steuerung durch Gatekeeping und Vernetzung im Gesundheitswesen
4. Digitale Konzepte und hybride Versorgung
5. Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten
6. Fokus auf die Ambulantisierung

Das Gesamtkonzept des Häppi Konzeptes liegt dem Antrag bei als PDF.

<sup>(1)</sup> Quelle: Euro Health Consumer Index 2018; OECD Health Data 2021, Eurostat; BCG-Analyse. DRG-Statistik PEPP-Statistik, Statistisches Bundesamt. Studie #SmartHealthSystems, Bertelsmann Stiftung, 2018

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

## **Beschluss 13: Sicherung und Stärkung des hausärztlichen Praxisteam**

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordern die Krankenkassen auf, die Weiterqualifizierung von nichtärztlichen Mitgliedern des hausärztlichen Teams finanziell zu fördern.

### **Begründung**

Der Mangel an qualifiziertem hausärztlichem Personal ist mittlerweile flächendeckend in fast jeder hausärztlichen Praxis angekommen. Die zukünftige ambulante hausärztliche Versorgung kann nur funktionieren mit engagierten Hausärztinnen und Hausärzten und qualifizierten Teammitgliedern, die zusammen die zukünftige hausarztzentrierte multiprofessionelle Teampraxis (HÄPPI) bilden. Aber auch in Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften sind qualifizierte Mitarbeitende unverzichtbar. Im Moment scheint der Beruf der/des Medizinischen Fachangestellten in der Hausarztpraxis, im Vergleich zu Alternativen (beispielsweise im Krankenhaus), zu unattraktiv zu sein. Um dies zu ändern, müssen Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Perspektiven für diesen Beruf aufgezeigt werden.

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband hat in der Vergangenheit auf Bundes- und auf Landesebene Initiativen angestoßen, um den Medizinischen Fachangestellten in den hausärztlichen Praxen Weiterqualifizierungsmöglichkeiten zu öffnen. Zu nennen sind hier in erster Linie die Qualifizierung zur Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH) sowie darauf aufbauend ein Bachelor-Studium „Primärmedizinisches Versorgungs- und Praxismanagement“.

Es wurden außerdem Projekte begonnen, die den Quereinstieg aus anderen Berufen in die hausärztliche Praxis fördern sollen, sowie die Einführung eines Dualen Studiums, das sich insbesondere an Abiturientinnen und Abiturienten richtet, die eine praktische Tätigkeit in einer hausärztlichen Praxis mit einem Studium verbinden wollen.

Alle vorgenannten Qualifizierungsmaßnahmen tragen dazu bei, die hausärztlichen Teams zu sichern und zu stärken. Bislang wurde der Aufwand für die Qualifizierung von MFA ausschließlich von den hausärztlichen Praxen getragen. In Zukunft müssen die Krankenkassen dazu finanziell beitragen, um durch Zuschüsse für die VERAH-Qualifikation, das VERAH-Studium oder das duale



Studium, aber auch für alle anderen sinnvollen Weiterqualifizierungen für MFA, die finanziellen Belastungen für die hausärztlichen Praxen zu verringern.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

### **Beschluss 23: Keine Gesundheitswarnungen durch Kassen an Versicherte**

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordern den Gesetzgeber auf, die im Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) geplante automatisierte Verarbeitung von Daten zu Zwecken des Gesundheitsschutzes (§ 25b SGB V\_neu) zu streichen.

#### **Begründung**

Die Regelung in § 25b SGB V (neu) soll den Kranken- und Pflegekassen zukünftig die automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten der Versicherten ohne deren konkrete Einwilligung ermöglichen, wenn eine akut oder potenziell schwerwiegende Gesundheitsgefährdung droht, die im regelhaften Versorgungskontext ansonsten nicht oder erst deutlich später erkennbar wäre. Sofern eine konkrete Gesundheitsgefährdung erkannt wird, sind Kranken- und Pflegekassen dazu verpflichtet, die davon betroffenen Versicherten auf geeignetem Weg unverzüglich zu informieren und die Kontaktaufnahme mit einem geeigneten Leistungserbringer zu empfehlen.

Diese Regelung lehnen wir ab!

Abgesehen davon, dass die Verwendung von Gesundheitsdaten für solche Zwecke die Privatsphäre der Versicherten erheblich beeinträchtigen könnte, sind Gesundheitsdaten äußerst sensibel und sollten mit größter Vorsicht behandelt werden. Ein Algorithmus, der diese Daten analysiert, könnte unberechtigten Zugriff oder Missbrauch ermöglichen.

Ferner sind Algorithmen nicht per se fehlerfrei und können falsche Warnungen auslösen oder Hinweise übersehen. Grund hierfür ist auch, dass die Krankenkassen ihre Versicherten und deren individuelle Situation weder so gut kennen, geschweige denn medizinisch einschätzen können, wie die Hausärztinnen und Hausärzte. Dies wird zu unnötiger Besorgnis oder Fehlalarmen führen, die unnötige Arztbesuche und Untersuchungen nach sich ziehen.

Die Verantwortung für die Überwachung der Gesundheit und die Entscheidung zur ärztlichen Untersuchung liegt in erster Linie bei den Versicherten und ihren Ärztinnen und Ärzten. Das Verschieben dieser Verantwortung auf Algorithmen und Kranken- und Pflegekassen wirft massive ethische Fragen auf.

Stattdessen sollten Maßnahmen ergriffen werden, um die Gesundheitsversorgung für alle zugänglicher zu machen. Dies kann die Förderung von präventiven Vorsorgeuntersuchungen, das Bereitstellen von Informationen über gesunde Lebensführung und die Unterstützung bei der Früherkennung von Krankheiten beinhalten. Die Nutzung von Gesundheitsdaten sollte stets transparent und mit Zustimmung der betroffenen Personen erfolgen, um Datenschutz und Privatsphäre zu gewährleisten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



## **Beschluss 20: Das e-Rezept muss einfach und reibungslos funktionieren!**

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordern den Gesetzgeber, die Selbstverwaltung und die PVS-Hersteller auf, die Funktionalität des e-Rezeptes innerhalb des Praxisablaufes zu verbessern. Dabei darf die Ausstellung eines e-Rezeptes den Praxisalltag nicht behindern. Bei Problemen der Funktionalität sind die PVS-Anbieter in die Verantwortung zu nehmen. Im Rahmen der Gesetzgebung zum Digitalisierungsgesetz ist auf die geplanten Sanktionen gegen die Ärzteschaft zu verzichten. Überdies muss die Versorgung von Pflegeheimen mit Medikamenten auch im E-Rezept sinnvoll und ohne zusätzlichen Aufwand möglich sein.

### **Begründung**

Die Erstellung eines e-Rezeptes ist in vielen Praxen zurzeit mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden und belastet dadurch den Workflow. Um das e-Rezept massentauglich zu machen, muss dieser Prozess deutlich schneller werden, weil sonst ab der verpflichtenden Nutzung wertvolle Zeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten fehlt.

Die Implementierung digitaler Prozesse im Umfeld des e-Rezeptes kann aufgrund technischer und organisatorischer Herausforderungen problematisch sein. Es ist wichtig dafür zu sorgen, dass diese Probleme nicht auf Kosten der Leistungserbringer gelöst werden sollten. Die einfache Lösung, das Honorar pauschal zu kürzen, um die Nutzung digitaler Systeme zu fördern, ist unangemessen und würde die Leistungserbringer bestrafen, selbst wenn die Probleme außerhalb ihrer Kontrolle liegen.

Stattdessen sollte darauf abgezielt werden, alternative Anreize und Unterstützungsmechanismen bereitzustellen, um die Nutzung des e-Rezeptes zu fördern. Dies könnte Schulungen, technische Unterstützung oder monetäre Anreize für Ärztinnen und Ärzte beinhalten. Das Ziel des Gesetzgebers sollte darin bestehen, Ärztinnen und Ärzte zu motivieren, das e-Rezept aus eigenem Antrieb und im besten Interesse ihrer Patientinnen und Patienten zu nutzen, anstatt sie dazu zu zwingen.

Weiterhin ist die Versorgung von Pflegeheimen im E-Rezept noch nicht hinreichend gelöst. Hier müssen Gesetzgeber, BMG und gematik praktikable Lösungen entwickeln.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

## **Beschluss 24: Medikationsmanagement in der „ePA für alle“**

Als eine der ersten Anwendungen der „ePA für alle“ ist im „Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens“ (DigiG) die Einführung eines Medikationsmanagements geplant. Dieses soll die Übersicht und damit die Sicherheit in der Versorgung mit Medikamenten deutlich verbessern. Dies unterstützt der Hausärztinnen und Hausärzterverband ausdrücklich. Gerade bei der Komplexität muss die Ausgestaltung dieses Medikationsmanagements einfach, praxistauglich und die Verantwortlichkeiten klar geregelt sein. Daher fordert die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes den Gesetzgeber auf, bei der Einführung des Medikationsmanagements in der „ePA für alle“ folgende Punkte sicherzustellen:



1. Das Medikationsmanagement muss deutlich unterscheiden zwischen einer Medikationsliste und einem Medikationsplan.
2. Die Medikationsliste, also eine aktuelle Übersicht aller ärztlich verordneter, vom Apotheker dispensierter und vom Patienten selbstständig eingenommener Medikation, ist für die medizinische Behandlung hilfreich. Weiterhin sind zusätzliche Daten (Unverträglichkeiten, vergangene Verordnungen, Hinweise) möglich. Diese sich größtenteils selbstständig aktualisierende, umfangreiche elektronische Medikationsliste muss einfach und schnell einsehbar sein. Die Umsetzung im Praxisalltag ist durch PVS- Hersteller zu gewährleisten, so dass die Nutzung ohne technische Probleme und Zeitverlust möglich ist.
3. Davon abzugrenzen ist der hausärztlich erstellte Medikationsplan. Dieser zeigt die hausärztlich angeordnete Einnahme von Dauer- und Bedarfsmedikamenten an. Nur dieser Medikationsplan ermöglicht es, bei der Vielzahl von Verordnungen und Leistungserbringern die Übersicht und damit die Einnahmesicherheit zu gewähren. Hierfür ist eine klare Regelung im Gesetz notwendig.
4. Dieser Medikationsplan, muss sich inhaltlich, semantisch und syntaktisch eng am bisherigen elektronischen Medikationsplan (bzw. dem Bundesmedikationsplan BMP) orientieren bzw. müssen alternativ die bisherigen technischen Formate des elektronischen Medikationsplans weiterverwendet werden. Die Rechte zur Änderung der ärztlichen Anweisungen zur Medikation sind auf die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu beschränken bzw. so eng wie im aktuellen elektronischen Medikationsplan zu fassen.
5. Der Austausch zwischen der elektronischen Medikationsliste und dem hausärztlichen Medikationsplan ist perspektivisch auszubauen. Dabei muss aus Gründen der Sicherheit und der Verantwortung aber darauf geachtet werden, dass dies ohne technische Probleme und Widersprüche und inhaltlich eindeutig geschieht.

### **Begründung**

Mit dem Medikationsmanagement wird die „ePA für alle“ als erste Anwendung einen relevanten Bereich der Versorgung adressieren. Gleichzeitig handelt es sich hierbei jedoch auch um ein sehr komplexes Versorgungsgeschehen, in welchem Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Rollen und Rechten agieren. Erhöht wird die Komplexität noch dadurch, dass künftig im Rahmen der Anwendung des Medikationsmanagements erstens die Daten des ärztlichen Medikationsplans, zweitens eine Dispensierliste auf Grundlage der administrativen Daten der E-Rezepte sowie drittens Eigenangaben der Patientinnen und Patienten zur Medikation berücksichtigt werden sollen. Um hier weiterhin im Sinne der Patientensicherheit eine Übersicht und Verbindlichkeit der Prozesse zu gewährleisten, ist sicherzustellen, dass die vorgenannten Anforderungen in der neuen Anwendung umgesetzt werden. Dabei geht es zum einen darum, die unterschiedlichen Bereiche (hausärztlich kuratierter Medikationsplan versus administrative Dispensierdaten und Eigenangaben) klar voneinander zu trennen. Gleichzeitig muss zum zweiten sichergestellt sein, dass der neue Medikationsplan in der ePA möglichst keine Veränderungen oder Umstellungen in den Praxen auslöst. Dies betrifft sowohl die Inhalte, die technische Umsetzung als auch die Governance rund um den Medikationsplan (z. B. wer darf unter welchen Umständen welche Informationen verändern).

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



## Beschluss 21: Elektronische Patientenakte praktikabel umsetzen

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordert den Gesetzgeber auf, im aktuellen „Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens“ (DigiG) darauf zu achten, dass die gesetzlichen Vorgaben zur „ePA für alle“ folgende Punkte sicherstellen:

- Die „ePA für alle“ muss einfach sein. Das heißt, es bedarf keiner weitergehenden Schulungen oder Informationen, oder Erklärungen für die Ärztin / den Arzt, die Praxismitarbeitenden oder die Patientinnen und Patienten. Die Akte muss intuitiv in den Versorgungsalltag integrierbar sein.
- Die „ePA für alle“ muss nutzbar sein. Das heißt:
  - sie muss so performant betrieben werden, dass beispielsweise Uploads, Downloads oder Sicherheitskontrollen die Versorgung in den Praxen nicht verlangsamen. Massenprozesse, bei denen die Technik länger als drei Sekunden in Anspruch nimmt, sind ein Klotz am Bein der Versorgung und kosten effektiv Zeit für die Versorgung der Patientinnen und Patienten.
  - darüber hinaus sind strukturierte Daten Voraussetzung dafür, dass die Daten der ePA für die alltägliche Arbeit genutzt werden, weil nur so die richtigen Daten überhaupt gefunden werden können.
  - die Synchronisation relevanter Daten aus dem PVS muss automatisiert erfolgen. Jegliches aktive Management der Inhalte von der ePA ins PVS oder vice versa würden die ohnehin kaum verfügbaren zeitlichen Ressourcen der Hausärztinnen und Hausärzte überfordern.
  - auch die Zugriffsrechte dürfen keinen Aufwand in den Praxen auslösen. Zugriffsrechte für Hausärztinnen und Hausärzte müssen so gestaltet sein, dass auch passive Nutzer der ePA davon profitieren. Das bedeutet, Hausärztinnen und Hausärzte müssen unbefristet Zugriff auf die Akten ihrer Patientinnen und Patienten erhalten.

### Begründung

Die Hausärztinnen und Hausärzte fordern seit langem eine „ePA für alle“, die die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert und vereinfacht. Als zentraler Ansprechpartner für die gesundheitlichen Belange der Patientinnen und Patienten verbinden die Hausärztinnen und Hausärzte mit der „ePA für alle“ die Erwartung, relevante Informationen zur Gesundheitsversorgung leichter und schneller zu erhalten, zu verteilen und zu verarbeiten und ihrer koordinativen Rolle dadurch noch besser gerecht werden zu können.

Die „ePA für alle“ muss allerdings den oben genannten hohen Anforderungen in der Usability der Akte genügen, um dieses Ziel erreichen zu können.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

## Beschluss 19: Quote für telemedizinische Leistungen anpassen

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordern den Gesetzgeber auf, die Festlegung von Quote für telemedizinische Leistungen wie im Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) geplant, in die Gestaltungshoheit der Partner des





Bundesmantelvertrags zu überführen. Ebenso fordern die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes die Selbstverwaltung auf, angemessene arztgruppenindividuelle Quoten für telemedizinische Leistungen zu vereinbaren (z. B. für den hausärztlichen Versorgungsbereich maximal 50%). Der Gesetzgeber wird überdies aufgefordert, die Möglichkeit der Erbringung telemedizinischer Leistungen außerhalb der Praxisräume auch innerhalb der Pflichtstunden zu ermöglichen.

### **Begründung**

Die Abschaffung der Quote für telemedizinische Leistungen verbessert den Zugang zu ärztlicher Versorgung, insbesondere für Patientinnen und Patienten in ländlichen Gebieten oder solche, die Schwierigkeiten haben, persönlich zur Ärztin / zum Arzt zu gelangen. Dies stärkt erheblich die Gesundheitsversorgung für Menschen, die aufgrund von Entfernungen oder physischen Einschränkungen einen eingeschränkten Zugang haben. Daher ist diese Förderung zu begrüßen.

So sehr die Förderung telemedizinischer Versorgungsangebote befürwortet wird, muss jedoch zeitgleich darauf geachtet werden, dass die telemedizinische Versorgung für sich betrachtet, nicht die abschließende und vollumfängliche Behandlung eines Gesundheitsproblems gewährleisten kann.

Unverzichtbarer Bestandteil dieser Leistung muss es sein, eine strukturierte Anschlussversorgung sicherzustellen: Im Nachgang zu der in Anspruch genommenen Videosprechstunde muss sich zwingend die Versorgung durch die / den von der / dem Versicherten gewählten (Haus-)Ärztin/-Arzt anschließen. Um dies sicherzustellen, ist die Festlegung von Maximalquoten notwendig. Für den hausärztlichen Versorgungsbereich wäre deshalb eine Steigerung der Quote von derzeit 30% auf 50% völlig ausreichend.

Der Gesetzesentwurf sieht derzeit vor, der Selbstverwaltung entsprechenden Gestaltungsspielraum einzurichten.

Auch die Schaffung der Möglichkeit telemedizinische Leistungen außerhalb der Praxisräume anbieten zu dürfen, wird begrüßt. Denn, wenn Ärztinnen und Ärzte die Option haben, telemedizinische Konsultationen außerhalb ihrer Praxisräume anzubieten, können sie flexibler auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten reagieren. Dies ist besonders wichtig für Patientinnen und Patienten, die in abgelegenen Gebieten leben oder Schwierigkeiten haben, die Praxis persönlich aufzusuchen. Es erhöht auch die Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten, die außerhalb der üblichen Geschäftszeiten medizinische Hilfe benötigen.

Allerdings sollte für Ärztinnen und Ärzte auch die Möglichkeit geschaffen werden, diese innerhalb ihrer Pflichtstunden anzubieten. So lässt sich nicht nur die Ausübung des Arztberufes flexibler und familienfreundlicher gestalten, sondern gerade für junge Ärztinnen und Ärzte die Work-Life-Balance wahren.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



## **Beschluss 26: Geeignete Rahmenbedingungen für Fernbehandlungen schaffen**

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, geeignete Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, die ambulante hausärztliche Versorgung im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung zu stärken und nicht durch Anbieter ausschließlich telemedizinischer Dienstleistungen/alleiniger Fernbehandlungen zu schwächen und so die ambulante Versorgungssicherheit der Bevölkerung nachhaltig zu gefährden.

### **Begründung**

Seit der Neufassung des § 7 Abs. 4 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) durch den Deutschen Ärztetag 2018 und die nachfolgende Umsetzung in den Berufsordnungen der Landesärztekammern liegt eine ausschließliche Behandlung oder Beratung über Kommunikationsmedien per Definition dann vor, wenn Behandlung oder Beratung über Kommunikationsmedien ohne vorherigen physischen Erstkontakt zwischen Arzt und Patient stattgefunden hat.

Die MBO-Ä erlaubt diese Fernbehandlung „im Einzelfall“, wenn dies ärztlich vertretbar ist, die ärztliche Sorgfalt „insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt“ und die Patientin / der Patient über die Besonderheiten dieser Form der Behandlung oder Beratung aufgeklärt wird.

Infolge dieser Änderungen und der Öffnung des Fernbehandlungsverbotes drängen bereits und drängen weiterhin immer mehr Anbieter telemedizinischer Dienstleistungen auf den deutschen Gesundheitsmarkt. Der Markenkern bzw. Geschäftsmodell dieser Telemedizinanbieter fußt auf einer möglichst weitgehenden fehlenden kontinuierlichen Arzt-Patienten-Bindung und zielt aus Kostengründen ausschließlich auf die Fernbehandlung und -beratung von Patientinnen und Patienten ab (z.B. Teleclinic, Fernarzt oder Medicamendo, um nur einige wenige Anbieter zu nennen). Die Anbieter eint, dass sie den Patientinnen und Patienten mit Hilfe von Videosprechstunden Hilfe bei medizinischen Problemen oder nur nach Ausfüllen eines Fragebogens die Verordnung von Folge Rezepten anbieten.

Die damit einhergehende, zunehmend fehlende Bindung der Patientinnen und Patienten an eine Hausärztin / einen Hausarzt bzw. an eine Hausarzt-Praxis birgt jedoch vielfältige Gefahren. So führt die zunehmende Zersplitterung des Gesundheitssystems zu immer mehr Versorgungsbrüchen und geht einher mit mangelnder Therapiesicherheit und Therapieerfolg. Gerade die begleitende Behandlung einer Patientin / eines Patienten über viele Jahre hinweg ermöglicht die hausärztliche Versorgung auf dem nachgewiesenermaßen hohen Niveau wie in Deutschland. Auch aus Kostengründen ist eine stärkere Reglementierung von Telemedizinanbietern kurzfristig vorzusehen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

## **Beschluss 25: Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit beibehalten und auf Kinder-AU erweitern**

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird aufgefordert, die aktuellen Regelungen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach telefonischer Anamnese unverändert beizubehalten und die bis zum 31. Januar 2024 zu treffenden Regelungen entsprechend vorzubereiten. Darüber hinaus fordern wir



den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, die Kind-AU mit gleichen Kriterien analog zu diesen Vorgaben zu regeln.

### **Begründung**

Derzeit kann bei Patientinnen und Patienten, die der Praxis aufgrund früherer Behandlung persönlich bekannt sind, die Arbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Videosprechstunde festgestellt werden. Dabei ist eine erstmalige Krankschreibung per Video für maximal sieben Kalendertage möglich. Danach muss der Patient die Praxis aufsuchen, falls er weiterhin arbeitsunfähig sein sollte. In der Videosprechstunde ist eine Folgeverordnung dann möglich, wenn der Patient bereits zuvor wegen derselben Krankheit persönlich in der Praxis gewesen ist und deshalb eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt wurde. Weitere Folgebescheinigungen sind dann grundsätzlich auch ohne erneuten Praxisbesuch möglich.

Diese Regelung sollte unverändert beibehalten und nicht auf die ausschließliche Videosprechstunde durch Telemedizinanbieter ausgedehnt werden, in der eine Arbeitsunfähigkeit von maximal drei Tagen möglich ist.

Im Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln (ALBVVG) vom 19. Juli 2023 wurde festgelegt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Januar 2024 Regelungen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit nach telefonischer Anamnese beschließen soll.

Gemäß Artikel 2 4b ALBVVG soll Voraussetzung für eine Krankschreibung am Telefon sein, dass die Patientin oder der Patient in der jeweiligen ärztlichen Praxis bekannt ist und keine schweren Symptome bestehen. Denn letztendlich kann eine telefonische Krankschreibung (oder eine Krankschreibung per Video) den persönlichen Austausch mit der Ärztin / dem Arzt und Präsenzuntersuchungen nicht ersetzen. Mit allen fünf Sinnen mit dem Patienten kommunizieren zu können, führt in der Regel zu einer exakteren Diagnose und bleibt insofern der Goldstandard der Arzt-Patienten-Beziehung.

Gleiches muss für die Krankschreibung leicht erkrankter Kinder gelten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

### **Beschluss 31: Echten Mehrwert aus Digitalisierung generieren**

Die Delegiertenversammlung fordert die Politik, die Ärztekammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie weitere Leistungserbringer (z. B. Apotheken, Betreiber von Pflegeheimen) auf, Maßnahmen zu ergreifen, die einen echten Mehrwert und Nutzen aus den vorhandenen digitalen Strukturen bieten.

Hierzu haben wir zwei konkrete Vorschläge, die zügig umzusetzen sind.

1. Wir fordern automatisierte Prüfverfahren beim Einlösen von Rezepten in Apotheken. Diese dürfen bei Annahme keinen Regress zur Folge haben.
2. Der Bundeseinheitliche Medikationsplan (bzw. zukünftig die digitale Version) muss verpflichtend so in die digitalen PflegeVerwaltungsSysteme integriert sein, dass eine direkte



(und zukünftig auch digitale) Übermittlung im Austausch mit den Arztpraxen sicher und ohne Zeitverzug möglich ist.

### **Begründung**

Die Forderungen sind als Sofortmaßnahmen gedacht, um endlich Schritte in Richtung einer sinnvollen Digitalisierung mit Mehrwert für die Hausarztpraxen und deren Patientinnen und Patienten zu generieren. Sie sind vergleichsweise einfach umsetzbar und wirken sich unmittelbar positiv auf den Arbeitsaufwand und die Geschwindigkeit des Datenaustausches aus.

Weitere Begründungen mündlich.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

### **Beschluss 22: Eine Nationale Agentur für Digitale Medizin, die die Digitalisierung im Gesundheitswesen erfolgreich mitgestalten kann**

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes begrüßt den geplanten Umbau der Strukturen, Prozesse und Verantwortlichkeiten bei der Entwicklung und beim Betrieb der digitalen Infrastruktur im deutschen Gesundheitswesen. Sie fordert das BMG auf, den Umbau der gematik in eine Nationale Agentur für Digitale Medizin so zu gestalten, dass diese erfolgreich die Digitalisierung im Gesundheitswesen mitgestalten kann. Dies setzt insbesondere voraus:

- Die neue gematik muss eng mit den hausärztlichen Praxen zusammenarbeiten und deren Bedürfnisse und Anforderungen verstehen und umsetzen.
- Die neue gematik muss die Prozesse vor Ort verstehen und z. B. durch umfassende Hospitationen Praxiserfahrung sammeln.
- Die neue gematik darf nur Anwendungen ins Feld lassen, die abschließend entwickelt sind und vor dem Start umfangreich erprobt wurden, damit sie im Roll-Out stabil funktionieren.
- Die neue gematik muss Fehlermeldungen und Störungen offen und transparent kommunizieren, damit Praxen vor Ort darauf reagieren können. Sie muss Verantwortung für Prozesse und Fehler übernehmen und klare und transparente Kommunikationsketten für die Praxen sicherstellen, wenn dort Fehler oder Systemausfälle auftreten.
- Die neue gematik darf mit ihren technischen Spezifikationen und Festlegungen nicht den Entscheidungs- und Handlungsspielraum in den Praxen bzw. in der Versorgung einschränken, sondern sollte stattdessen Entscheidungs- und Handlungsspielräume erweitern.

### **Begründung**

Der im Koalitionsvertrag angekündigte Umbau der gematik in eine Nationale Agentur für Digitale Medizin wird derzeit im BMG vorbereitet. Dabei ist völlig unstrittig, dass viele der aktuellen Defizite in der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens den bisherigen Strukturen und Prozessen bei der Entwicklung und beim Betrieb der digitalen Infrastruktur geschuldet sind.

Für den Umbau der gematik gibt es allerdings einige Voraussetzungen, die sicherstellen sollen, dass die neue Nationale Agentur für Digitale Medizin auch tatsächlich eine Digitalisierung vorantreiben kann, die funktioniert und die hausärztlichen Praxen tagtäglich entlastet.



Von zentraler Bedeutung dafür ist die enge Einbindung der hausärztlichen Praxen bei der (Weiter-) Entwicklung von technischen Anwendungen. Dies heißt auch Hospitationen vor Ort, um die Prozesse und Technik(-probleme) vor Ort kennenzulernen.

Wichtig ist vor allem, dass alle Anwendungen und Updates, die von der gematik ausgerollt werden, vorab umfangreich getestet und in der Praxis erprobt wurden. Ein Ausfall der Versorgung vor Ort, aufgrund von technischen Fehlern in der TI, ist inakzeptabel.

Sofern es doch zu Störungen und Systemausfällen kommt, muss die neue gematik hierzu klar und transparent kommunizieren und muss als Ansprechpartner und Servicedienstleister, der Anliegen bündelt und ggf. den zuständigen Dienstleistern zuweist, zur Verfügung stehen.

Gleichzeitig muss die Rolle der neuen gematik darauf beschränkt werden, dass ihre technischen Vorgaben nicht den Handlungs- und Gestaltungsspielraum im Kollektiv- und in den Selektivverträgen einschränkt.

Das „Was“ und das „Wie“ der Versorgung darf nicht durch technische Vorgaben beschränkt werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

## **Beschluss 16: Entschädigung für Ausfall / Störung der Telematikinfrastruktur**

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands fordern den Gesetzgeber auf, gesetzliche Regelungen zu schaffen, dass die Betreiber der Telematikinfrastruktur, der Anwendungen in der Telematikinfrastruktur sowie der für die Telematikinfrastruktur erforderlichen Komponenten in den ärztlichen Praxen für den Ausfall der notwendigen Technik haften und unmittelbar schadensersatzpflichtig werden.

Dabei sollen die Betreiber, im Sinne einer Beweislastumkehr, nachweisen, dass die von ihnen zur Verfügung gestellte Technik über den gesamten Quartalszeitraum störungsfrei funktioniert hat.

Für Ausfallzeiten durch technische Störungen oder einen fehlenden Nachweis des störungsfreien Betriebs hat der Betreiber eine angemessene Entschädigung, z. B. analog zur Entschädigung bei der Deutschen Bahn, an die betroffenen Praxisinhaber zu zahlen.

### **Begründung**

Zu häufige Ausfälle in der Telematikinfrastruktur führen zu erheblichen Störungen im Ablauf der Hausarztpraxen und haben ein versorgungsgefährdendes Maß erreicht. Der Gesetzgeber muss hier reagieren und die Betreiber der Telematikinfrastruktur unter der Androhung finanzieller Haftung zu einem störungsfreien der Technik verpflichten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



## **Beschluss 27: Einführung klimasensible Beratung im EBM**

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordern den Gesetzgeber und die Selbstverwaltung auf, eine EBM-Position im hausärztlichen Versorgungsbereich für eine klimasensible Beratung im EBM mit zusätzlichem Geld zu schaffen und eine finanzielle Förderung von baulichen Hitzeschutzmaßnahmen in den Praxen zu gewähren.

### **Begründung**

Der Klimawandel hat jetzt schon erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Hitzebelastung, Luftverschmutzung, Naturkatastrophen und die Verbreitung von Krankheiten sind einige der Gesundheitsrisiken, die mit dem Klimawandel einhergehen. Hitzeexposition kann zu Gesundheitsproblemen wie Hitzschlag, Dehydratation und Hitzeerschöpfung führen.

Generell ist künftig beispielsweise von längeren Hitzeepisoden auszugehen, die die Gesundheit insbesondere von vulnerablen Gruppen nachhaltig belasten. Eine klimasensible Beratung kann Patientinnen und Patienten über diese Risiken aufklären und ihnen helfen, sich besser zu schützen. Die daraus folgende selbstständige Anpassung der Patientinnen und Patienten an die Auswirkungen des Klimawandels kann dazu beitragen, Krankheiten zu verhindern bzw. die negativen gesundheitlichen Auswirkungen z. B. von Hitzeepisoden zu reduzieren. Im EBM ist hierfür eine entsprechende Beratungsleistung neu einzuführen, die angemessen zu vergüten ist.

Hausarztpraxen betreuen oft ein breites Spektrum von Patientinnen und Patienten, darunter auch vulnerable Gruppen wie ältere Menschen und Patienten mit chronischen Erkrankungen. Diese Patienten sind im Zuge von Hitzewellen besonders gefährdet. Die von der Bundesregierung geplanten Maßnahmen zu baulichen Anpassungen mit dem Ziel des Hitzeschutzes müssen deshalb insbesondere in den hausärztlichen Praxen ansetzen, weil die Patientinnen und Patienten dort unmittelbar von den Maßnahmen profitieren können. Eine Förderung baulicher Hitzeschutzmaßnahmen in den Hausarztpraxen macht diese für die Patientinnen und Patienten sicherer und trägt insgesamt zur Anpassung der Gesellschaft an die veränderten klimatischen Bedingungen bei.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

## **Beschluss 30: Bürokratie-Wahnsinn mit dem BüFoG stoppen**

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordert die Politik nachdrücklich auf, ein „Bürokratie-Folgeabschätzungsgesetz“ (BüFoG) auf den Weg zu bringen. Dieses ist so auszugestalten, dass es künftig eine gesetzlich verankerte Notwendigkeit wird, vor der Einführung neuer Gesetze und Verordnungen sowohl den Zeitaufwand als auch den Kostenrahmen für die Arztpraxen zwingend zu prüfen und zu veröffentlichen! Zur Bewertung der Ergebnisse des BüFoG sind unabhängige Bürokratiebeauftragte zu benennen, die für die Evaluierung neuer Gesetzesvorhaben im Hinblick auf den zu erwartenden bürokratischen Mehraufwand verantwortlich sind.



## **Begründung**

Zahlreiche Gesetze haben durch eine einseitig verfahrensfixierte Sichtweise zu einem ungewollten bürokratischen Mehraufwand in den Arztpraxen geführt. Es ist daher zwingend erforderlich, eine Bürokratiefolgenabschätzung (analog zu anderen Folgenabschätzungen in Gesetzgebungsverfahren für Umwelt, Kosten etc.) verpflichtend in den Gesetzgebungsprozess einzuführen.

Durch diese gesetzliche Vorgabe und die explizite Benennung von Verantwortlichen kann Bürokratie in zukünftigen Gesetzgebungsverfahren bereits im Vorfeld eingedämmt werden. Zwar ist ein gewisses Maß an Bürokratie für das Funktionieren eines Rechtsstaates unerlässlich. Allzu oft werden jedoch Detailregelungen getroffen, deren Folgen für den weiteren Arbeitsablauf oder den gesamten Kontext nicht bedacht – oder ignoriert werden.

Ein zu hoher Verwaltungsaufwand schränkt die Praxen sowohl in der Versorgung der Patientinnen und Patienten als auch in ihrer Wirtschaftlichkeit ein. Papierkram und unnötige Dokumentationen binden nicht nur das ohnehin knappe Fachpersonal, sondern schrecken auch potenziellen Nachwuchs ab. Dies beeinträchtigt langfristig die ambulante Patientenversorgung insgesamt.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

## **Beschluss 33: Sofortmaßnahmen zum Bürokratieabbau – mehr Zeit für Patientenversorgung!**

Die Delegiertenversammlung appelliert eindringlich an alle politisch Verantwortlichen, an die gesetzlichen Krankenkassen sowie an die ärztlichen Selbstverwaltungen, den vollmundig angekündigten Bemühungen zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen und insbesondere in den Hausarztpraxen endlich sichtbare Taten folgen zu lassen. Konkrete Sofortmaßnahmen sind zum Beispiel:

1. Anhebung der Bagatellgrenze bei unverzichtbaren Prüfverfahren von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auf 500 € pro Praxisärztin bzw. –arzt pro Quartal.
2. Die Beendigung des Missbrauchs von Arztpraxen als externe Gutachter für Versorgungsämter und Gerichte.
3. Die vollständige Abschaffung von Abteilungen bei Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, deren reiner Selbstzweck die Kontrolle bürokratischer Vorgaben ist.

## **Begründung**

Wenn die bürokratischen Nebenschauplätze der hausärztlichen Arbeit endlich reduziert werden, stärkt dies den Fokus auf die Patientenversorgung. Es bleibt mehr Zeit für die Behandlung unserer Patientinnen und Patienten. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftemangels auf allen Ebenen, kann dieses Argument nicht oft genug wiederholt werden. Wenn die ambulante Versorgung zusammenbricht, ist jede Bürokratie ohnehin hinfällig.

Die hier aufgeführten Maßnahmen sind aber nicht nur wirksame Mechanismen zum Abbau unnötiger Bürokratie im hausärztlichen Praxisalltag. Die Umsetzung der Forderungen würde auch zu Effizienzsteigerungen in den Verwaltungsapparaten führen, da die knappen (Personal-)Ressourcen



in effizientere Prozesse und Dienstleistungen eingebunden werden könnten. Kosteneinsparungen auf Seiten der Krankenkassen, der Selbstverwaltung sowie der Gerichte und Behörden wären ebenfalls positive Nebeneffekte.

Die Summe aus 500 € ergibt sich im Regelfall aus dem Verwaltungsaufwand bei Krankenkassen, KVen und Arztpraxen. Noch nicht eingerechnet sind dabei mögliche Rechtsanwalts- und Gerichtskosten, die bei einer Realrechnung die Bagatellgrenze sogar noch erhöhen würden.

Die Reduzierung des Schriftverkehrs zwischen Praxen, Ämtern und Gerichten führt auf allen Seiten zu geringeren Aufwänden, weniger Verzögerungen und beschleunigten Entscheidungsprozessen. Auch die Rechtssicherheit würde erhöht, wenn einmal getroffene Entscheidungen in Rechtsfragen eindeutiger und verlässlicher wären.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

### **Beschluss 34: Beanstandung der Ersteinschätzungsrichtlinie für Notfälle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) betreffend die Rücküberweisung von Patientinnen und Patienten in den ambulanten Bereich aufheben**

Die Delegiertenversammlung fordert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auf, die Beanstandung der Ersteinschätzungsrichtlinie für Notfälle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) betreffend die Rücküberweisung von Patientinnen und Patienten in den ambulanten Bereich aufzuheben.

#### **Begründung**

Die Ergebnisse aus dem Pilotprojekt "DispoAkut" in Rosenheim zeigen eindrücklich, wie eine effektive Steuerung von weniger dringlichen Hilfesuchenden in der Notaufnahme erfolgreich funktioniert. Über eine strukturierte medizinischen Ersteinschätzung sowie einen Gemeinsamen Tresen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern wurde eine hohe Patientenzufriedenheit und eine Entlastung der Notaufnahmen erreicht. Gerade letzteres ist auch das primäre Ziel der geplanten Notfallreform der Bundesregierung.

Die Beanstandung des BMG der Ersteinschätzungsrichtlinie für Notfälle des G-BA scheint diese Zielsetzung jedoch zu konterkarieren. Gerade die Einschätzung der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs bei Patienten, die kein schwerer Notfall sind, Mithilfe softwaregestützter Verfahren und die daran anschließenden beiden Dringlichkeitsgruppen, wie vom G-BA festgelegt, haben das Potential für eine echte Entlastung der Notaufnahmen. Das eingangs angeführte Rosenheimer Modell hat unter anderem gezeigt, wie eine effektive Steuerung von Patienten aus der Notaufnahme in den ambulanten Bereich über kooperierende Arztpraxen in der Region gelingen kann. Mit der Beanstandung der Ersteinschätzungsrichtlinie kann an solch wirkungsvolle und sich wissenschaftlich bewährte Instrumente nicht mehr angeschlossen werden. Anstatt effektiver Patientensteuerung und Entlastung der Notaufnahmen ist weiterhin eine ungeordnetes Patienten-Fluten stationärer Strukturen zu erwarten.

Vor diesem Hintergrund sollte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seine Beanstandung der Ersteinschätzungsrichtlinie für Notfälle des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)





zumindest punktuell und betreffend die Rücküberweisung von Patientinnen und Patienten in den ambulanten Bereich aufheben.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

### **Beschluss 35: Sicherstellung der primären hausärztlichen Versorgung**

Der Vorstand des Hausärztinnen- und Hausärzteverband soll die KBV auf das Problem aufmerksam machen, dass freie hausärztliche Sitze von Ärztinnen und Ärzten übernommen werden, die dann nur noch im Rahmen einer Subspezialisierung arbeiten (zum Beispiel diabetologisch, kardiologisch, onkologisch, rheumatologisch) und somit diesen Sitz der hausärztlichen Versorgung entziehen.

#### **Begründung**

In größeren Städten kommt es gehäuft vor, dass freie hausärztliche Sitze von Internistinnen und Internisten, MVZs oder Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner übernommen werden, die dann aber nur noch im Rahmen einer Subspezialisierung arbeiten (zum Beispiel diabetologisch, kardiologisch, onkologisch, rheumatologisch).

Dadurch werden die Arztsitze der hausärztlichen Versorgung entzogen und diese verteilt sich auf immer weniger Hausärztinnen und Hausärzten, obwohl faktisch alle Sitze besetzt sind.

Zum anderen wird dadurch der „Hausarzttopf“ der KV durch die Abrechnung dieser nur scheinbar hausärztlich tätigen Kollegen für Leistungen angezapft, die in den Bereich der Gebietsärzte gehören. Zum dritten entsteht in der HZV damit eine nichtvertragskonforme Inanspruchnahme durch die Patientinnen und Patienten einer zweiten Hausarztpraxis (die eigentlich keine ist). Die Folge ist, dass Patientinnen und Patienten dadurch unverschuldet aus der HZV ausgeschrieben werden, weil sie gar nicht erkennen können, dass sie nicht einen Hausarzt, sondern einen Spezialisten aufsuchen. Dem müssen die KVen Einhalt gebieten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

### **Beschluss 37: Antrag Maßnahmen zur Honorarentwicklung**

Der Bundesvorstand wird aufgefordert, auch mit anderen Verbänden und Organisationen geeignete politische Maßnahmen und mediale Kampagne bezüglich der aktuellen Honorarentwicklungen zu entwickeln und umzusetzen.

#### **Begründung**

Eine Steigerung des Orientierungspunktwert (OPW) von 2 % in 2022 und 3,85 % in 2023, ausgehandelt von der KBV und den gesetzlichen Krankenkassen, stößt auf völliges Unverständnis der niedergelassenen Ärzteschaft. Während in anderen Wirtschaftsbereichen zweistellige Prozentsteigerungen und vierstellige Euro-Einmalzahlungen verhandelt werden, spiegeln die Verhandlungsergebnisse bei den Ärzten die mangelnde Wertschätzung der ambulanten medizinischen Versorgung wider.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



## **TOP 10. - Bericht aus den Foren des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes: Forum Hausärztinnen, Forum Weiterbildung - Bericht aus dem Institut für hausärztliche Fortbildung - Bericht aus der Stiftung Perspektive Hausarzt**

### **Beschluss 7: Perspektive Hausarzt**

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes bitten die Landesverbände, die Stiftung Perspektive Hausarzt bekannt zu machen, z. B. durch eine Verlinkung der jeweiligen Landesverbands-Homepage mit der Homepage der Stiftung Perspektive Hausarzt.

### **Begründung**

Die Stiftung Perspektive Hausarzt trägt seit vielen Jahren dazu bei, die Allgemeinmedizin bzw. die hausärztliche Versorgung in den Universitäten zu stärken. Dies wird erreicht durch Förderungen von Projekten, die eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung bzw. des Fachgebietes Allgemeinmedizin zum Ziel haben. Zusätzlich fördert die Stiftung Studierende, die ein Blockpraktikum/Famulatur oder ein PJ- Terial in der Allgemeinmedizin absolvieren. Auf diese Weise konnte die Stiftung allein in den letzten drei Jahren ca. 330 Studierende unterstützen, die sich im Rahmen ihrer Ausbildung für die Allgemeinmedizin interessiert haben.

Es wäre begrüßenswert, wenn die Aktivitäten der Stiftung durch eine Verlinkung der Landesverbände mit ihren Angeboten noch weiter steigen würde.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



## TOP 11. - Anträge zu anderen Themen und Verschiedenes

### Beschluss 14: Arbeitsgruppe angestellte Ärztinnen und Ärzte

Die Projektgruppe Anstellung, die im Mai 2019 beschlossen und 2019 vom Vorstand ins Leben gerufen wurde, soll als bundesweite Arbeitsgruppe Anstellung verstetigt werden mit dem Ziel, die Sichtbarkeit des Verbandes in der Gruppe der angestellten Ärztinnen und Ärzten zu erhöhen und die bundesweiten Aktivitäten besser zu vernetzen.

Die AG Anstellung soll den Bundesvorstand beraten und Projekte wie z. B. Informationsveranstaltungen für angestellte Ärztinnen und Ärzte und Neu-Mitglieder-Werbung entwickeln. Der Vorstand wird damit beauftragt zu prüfen, inwiefern die Gründung eines Forum Anstellung auf Bundesebene dafür sinnvoll ist.

#### Begründung

Bis ins Jahr 2022 ist der Anteil der angestellten Hausärztinnen und Hausärzte nochmals gestiegen auf aktuell 13.808 (davon 9.473 in Praxen und 4335 in „Einrichtungen“ inkl. MVZ). Dies entspricht 25 % aller bei den KV tätigen Hausärztinnen und Hausärzte (gesamt 55.112).

Quelle: <https://www.kbv.de/html/gesundheitsdaten.php>

Der HÄV muss heute die strategischen Weichen dafür stellen, diese Kolleginnen und Kollegen als Mitglieder zu gewinnen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

### Beschluss 36: Gründung der AG Klima und Gesundheit im Hausärztinnen- und Hausärzterverband

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordern den Geschäftsführenden Vorstand auf, eine Arbeitsgruppe „Klimawandel und Gesundheit“ einzurichten.

#### Begründung

Mit dem Beschluss zur Förderung klimaschützender und resilienter Hausarztpraxen der Frühjahrstagung 2023 hat sich die Delegiertenversammlung mehrheitlich dafür ausgesprochen klimaschützende Maßnahmen zu fördern. Diese Thematik ist auch in vielen anderen berufspolitischen Vereinen und Verbänden, bundes- und landespolitischen Gremien und Körperschaften sowie Stakeholdern präsent. Um eine gute einheitliche und Landesverbandsübergreifende Sprachfähigkeit, sowie effiziente Handlungsoptionen zu gewährleisten bietet sich die Etablierung einer Arbeitsgruppe an. Hitzeschutzplan des BMG und die Aktivitäten des Landesverbandes BaWü (klimaresiliente Beratung, klimasensible Praxen) unterstreichen die Relevanz des Themas für die Verbandsarbeit.



Die Arbeitsgruppe kann folgende Aufgaben erfüllen:

- Beratung und Unterstützung des Bundesvorstands und der Landesverbandsvorstände zum Thema Klimawandel und Gesundheit
- Erarbeitung von Vorschlägen zur öffentlichen Positionierung des Verbandes im Themenfeld „Klimawandel und Gesundheit“ (z.B. Positionspapiere, Anträge etc.)
- Vernetzung mit anderen wissenschaftlichen und berufspolitischen Vereinen und Verbänden, bundes- und landespolitischen Gremien und Körperschaften sowie Patientenvertretungen zum Voranbringen des Themas „Klimawandel und Gesundheit“
- Bereitstellung/Erarbeitung fundierten Informationsmaterials für Mitglieder und Patientinnen und Patienten sowie von Fortbildungsangeboten
- Bericht an den Vorstand des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

### **Beschluss 38: Bekenntnis zu unabhängigen Leitlinien**

Die DV des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes bekennt sich zur vorrangigen Gültigkeit der unabhängigen Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL). Diese Leitlinien sollen vorrangige Gültigkeit vor anderen Leitlinien für die Versorgung von Pat. in der GKV haben. Für den Fall, dass die beteiligten Fachgesellschaften (wobei die DEGAM immer mit einzubeziehen ist) bei bestimmten Sachverhalten nicht zu einer gemeinsamen Empfehlung kommen, sollten das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftliche im Gesundheitswesen) oder die AkdÄ (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft) die letzte Entscheidung haben. Die Verantwortung für die Erstellung von Leitlinien sollte bei Autoren und Organisationen liegen, die frei von Interessenkonflikten sind.

#### **Begründung**

Am Beispiel der ESC Leitlinien ist es offensichtlich, dass Therapievorgaben immer noch intensiv von der Pharmaindustrie beeinflusst werden. Dies führt zum einem, zu großen ungerechtfertigten Ausgaben im Gesundheitswesen, zum anderen zu einer ständigen Arbeitsbeanspruchung bezüglich Beratungsleistungen in der Allgemeinmedizin. Die Auseinandersetzung zwischen primärärztlicher und fachärztlicher Ebene über „die richtige Behandlung“ raubt in diesem Kontext große personelle Ressourcen und zerstört Vertrauen zwischen den ÄrztInnengruppen aber auch zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Der Schutz von Integrität und Verlässlichkeit medizinischer Informationen oder Leitlinien ist von essenzieller Bedeutung für die Gesundheitsökonomie, für das Wohlergehen der Gesellschaft und für die Anwendung einer evidenzbasierten Medizin.

Beispiele für intensive konflikträchtige Beratungsanlässe auf Grund widerstrebender Leitlinienvorgaben:

1. Die Treat to target Strategie der ESC Leitlinie bei der Lipidtherapie
2. Die Magic Four Vorgabe in der Behandlung der Herzinsuffizienz
3. Die Verschreibungseuphorie und der „Run“ auf GLP-1-Hemmer zur Gewichtsreduktion (Semaglutid und Liraglutid)
4. Anzahl an Herzkatheter-Untersuchungen und Ablationen
5. Bildgebung
6. Viele orthopädische Prozeduren wie die Spondylodese oder die Versteifungsoperationen der Wirbelsäule



Transparente glaubhafte Leitlinien und im Falle von Uneinigkeit eine klärende Instanz, könnte für eine enorme Arbeitserleichterung in der Allgemeinmedizin führen. Es könnten große Summen fehlgeleiteter Investitionen im Gesundheitswesen besser eingesetzt werden. Es könnte offensichtlicher zu Tage treten, in welchem Bereich Versorgungsforschung notwendig ist um Behandlungsstrategien unabhängig zu bewerten. Der Staat könnte zielgerichtet Effizienz steigernde Versorgungsforschung betreiben und pharmaunabhängig durchführen.

Quellen: AMB Jg. 53, S. 8DB01; Ausgabe 01 / 2019, AMB Jg. 54, S. 65; Ausgabe 08 / 2020, AMB Jg. 53, S. 73; Ausgabe 10 / 2019, AMB Jg. 53, S. 89; Ausgabe 12 / 2019, DtschÄrztebl 2019;116:390-392

[\(zurück zur Übersicht\)](#)