



Beschlussübersicht

der Delegiertenversammlung des
Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes
am 12./13. April 2024 in Leipzig

Kontakt

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



TOP 3. – Aussprache und Anträge zu TOP 2 (Bericht der Bundesvorsitzenden)	4
Beschluss 10: Bekenntnis des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes zu Toleranz und Vielfalt in unserer Gesellschaft, zu Menschlichkeit, zu einem gemeinschaftlichen Engagement und zum Schutz unserer freiheitlich demokratischen Grundordnung	4
Beschluss 11: Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz jetzt starten	5
Beschluss 21: Primärversorgungszentren	6
Beschluss 13: Umsetzung von HÄPPI bundesweit fördern	7
Beschluss 12: Sinnvolle Reform der stationären und intersektoralen Versorgungsstrukturen	8
Beschluss 7: Krankenhausreform	9
Beschluss 31: Beteiligung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes an der Reform des Notfalldienstes	10
Beschluss 33: Finanzierung der Vorhaltekosten des ärztlichen Notdienstes	11
Beschluss 34: Transparenz der Kosten im Not- und Rettungsdienst	11
Beschluss 40: Befreiung des Bereitschaftsdienstes von der Sozialversicherungspflicht	11
Beschluss 24: Hybrid-DRG	12
Beschluss 1: Zusätzliche Vergütung bei Ambulantisierung	13
Beschluss 25: Entlassmanagement	13
Beschluss 4: Konzept zur Förderung des Berufsbildes Primary Care Managerin (PCM)	14
TOP 4. – Bericht aus den Foren des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes: Forum Hausärztinnen, Forum Weiterbildung	15
Beschluss 26: Verhinderung von Gewalt gegen Frauen	15
TOP 8. – 128. Deutscher Ärztetag 2024 (07.-10.05.2024 Mainz), verschiedene Themen	16
Beschluss 8: Nachwuchssicherung im hausärztlichen Bereich	16
TOP 9. – Digitalisierung	18
Beschluss 9: Bessere Digitalisierung der Praxen durch gute Arzt-Informationen-Systeme	18
Beschluss 14: Medikationsmanagement in der ePA von der Versorgung her gestalten	19
Beschluss 15: Das E-Rezept und die TI müssen funktionieren	20
Beschluss 16: Den Start der „ePA für alle“ richtig vorbereiten	21
Beschluss 17: Alle (staatlichen) Organisationen müssen eAU empfangen können	22
Beschluss 18: HZV-Kennzeichen in die Versichertenstammdaten aufnehmen	23
Beschluss 19: KI-Positionspapier	23
Beschluss 3: Digitale Gesundheitsanwendungen	24
Beschluss 22: Aussetzung der kostenfreien Abgabe der PA	25



TOP 10. – Anträge zu anderen Themen und Verschiedenes	26
Beschluss 2: Bz-Teststreifen	26
Beschluss 5: Inklusive Medizin in Studium und Weiterbildung	26
Beschluss 6: Pandemie	27
Beschluss 23: Hitzeaktionspläne hausärztlich begleiten	28
Beschluss 27: Kardiorespiratorische Polygraphie gehört in hausärztliche Hände	28
Beschluss 29: Pharmasponsoring der Frühjahrstagung	29
Beschluss 43: Fortführung des Programms der Nationalen Versorgungsleitlinien	29
Beschluss 30: Bereitstellung von Umweltdaten für nachhaltige Produkte	29
Beschluss 41: Förderung der Verordnung von Pulverinhalatoren	31
Beschluss 32: Präventionsprogramme müssen die Cannabislegalisierung begleiten	31
Beschluss 35: Gesundheitskompetenz mit nichtmedikamentösen Maßnahmen erhöhen	32
Beschluss 36: Vorrang für evidenzbasierte Leitlinien in der hausärztlichen Routine	32
Beschluss 37: Ressourcenschonung durch Deprescribing/Absetzstrategien	33
Beschluss 38: Kodex Anstellung	33



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

Beschluss 10: Bekenntnis des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes zu Toleranz und Vielfalt in unserer Gesellschaft, zu Menschlichkeit, zu einem gemeinschaftlichen Engagement und zum Schutz unserer freiheitlich demokratischen Grundordnung

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes bekennt sich klar zu Toleranz, Menschlichkeit und Vielfalt und tritt ein für den Schutz unserer freiheitlich demokratischen Grundordnung. In hausärztlichen Praxen werden Menschen unabhängig von Herkunft, Glaube, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, sexueller Orientierung oder jeglicher anderer Faktoren hochwertig versorgt.

Mit unseren Patientinnen und Patienten pflegen wir Hausärztinnen und Hausärzte, wie auch unsere Praxisteam, eine oft langjährige, enge Beziehung – vorbehaltlos und respektvoll. Diese vertrauensvolle und vorurteilsfreie Beziehung, wie auch unsere offene Haltung, sind außerdem die Basis unserer Zusammenarbeit mit unseren Kolleginnen und Kollegen, mit unseren Praxisteam und allen anderen Gesundheitsfachberufen; auch hier ist Vielfalt ein selbstverständlicher und geschätzter Teil unseres täglichen Miteinanders.

Nur gemeinsam können wir eine hochwertige Patientenversorgung sicherstellen – nur gemeinsam ist die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in Zeiten von Fachkräftemangel überhaupt noch möglich. Im Dienst der Menschlichkeit stehen wir mit Beginn unserer ärztlichen Arbeit und verpflichten uns dazu mit der Deklaration von Genf. Mit diesem Gelöbnis sprechen wir uns ganz bewusst – gerade auch im Wissen um unsere Verantwortung im historischen Kontext und im Besonderen im Wissen um die menschenverachtende Rolle der deutschen Ärzteschaft im Nationalsozialismus – für Respekt und Offenheit gegenüber jedem menschlichen Leben und gegen Ausgrenzung jeglicher Art aus.

Im Sinne dieser Verantwortung treten wir für demokratische Werte und den Erhalt einer freien und weltoffenen Gesellschaft ein. Angesichts der immer offeneren Angriffe gegen unsere freiheitliche Grundordnung, gegen Einzelne und gegen einzelne Gruppen ist es unsere Verpflichtung als diejenigen, die die Versorgung aller Menschen in diesem Land sicherstellen, aufzustehen und uns zu Demokratie, zu Freiheit und Diversität zu bekennen und die Würde jeder und jedes Einzelnen in diesem Land zu verteidigen. Menschenwürde wird nicht gewährt – sie ist ein Lebensrecht. Für Hausärztinnen und Hausärzte endet die Verantwortung nicht beim Medikamentenplan – sie reicht weit über unsere Praxistüren hinaus. Hierzu bekennen wir uns.

Begründung

Siehe oben

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 11: Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz jetzt starten

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordert den Gesetzgeber auf, jetzt den Gesetzgebungsprozess für das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) einzuleiten. Die Krise der hausärztlichen Versorgung ist immanent und erzwingt sofortiges politisches Handeln. Politische Untätigkeit verschärft die Krise immer weiter und wird letztlich den schleichenden, aber unumkehrbaren Zusammenbruch der hausärztlichen Versorgung nach sich ziehen.

Der aktuell kursierende Entwurf des GVSG greift wesentliche Elemente des Eckpunktepapiers zum Krisengipfel hausärztliche Versorgung auf. Trotz einiger dringend erforderlicher Nachbesserungen im Detail hat dieser Gesetzesentwurf das Potenzial, die Situation der hausärztlichen Praxen zu verbessern und die hausärztliche Versorgung insgesamt zu stabilisieren.

- Die Entbudgetierung des hausärztlichen Versorgungsbereichs sorgt für Kalkulations-sicherheit in den Praxen.
- Der HZV-Bonus für Patientinnen und Patienten schafft weitere Anreize für die Einschreibung und stärkt damit eine primärärztlich gesteuerte Versorgung, die nachweislich eine bessere Versorgung als der Kollektivvertrag leistet.
- Die Jahrespauschale kann die Praxen von den ökonomischen Zwängen der sogenannten „Verdünnerefälle“ entlasten und schafft damit Zeit für die Versorgung der wirklich Kranken. Sie ist überdies essentielle Vorbereitung der Praxen auf Veränderungen durch die weitere Digitalisierung der ambulanten Versorgung und ermöglicht die Nutzung bestehender Prozessvereinfachungen in der Versorgung, wie beispielsweise die Verordnung von Dauermedikation (bis zu vier Quartale) frei von ökonomischen Zwängen in den Praxen. Für Menschen mit komplexen chronischen Erkrankungen und dadurch erhöhtem Behandlungsbedarf muss zur Abbildung der aufwändigen Versorgung die bisherige quartalsweise Honorierung aus Grund- und Chronikerpauschale erhalten bleiben. Eine Jahrespauschale würde in diesen Fällen das Morbiditätsrisiko bei den versorgenden Praxen lassen.
- Die Vorhaltepauschale kann Praxen, die ihren hausärztlichen Versorgungsauftrag vollumfänglich wahrnehmen, stärken und eine stabile Finanzierung sichern. Überzogene Forderungen, wie die Einrichtung einer regelhaften Samstagssprechstunde, sind vehement abzulehnen.
- Durch das Anheben der Bagatellgrenze bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf 300 Euro, können künftig rund 80 bis 90 Prozent der Regresse entfallen, sodass auch hausärztliche Praxen deutlich entlastet werden.

Die Ampel-Koalition muss deshalb umgehend die weiteren formalen Schritte des Gesetzgebungs-verfahrens zum GVSG einleiten, damit die konkreten Nachbesserungsbedarfe im weiteren formalen Verfahren adressiert und gelöst werden können und letztlich die dringend erforderlichen Maßnahmen zur Stabilisierung und Stärkung der hausärztlichen Versorgung endlich in den Praxen ankommen.



Begründung

Die Situation in den Hausarztpraxen ist so angespannt wie seit sehr langer Zeit nicht mehr. Wir erleben eine Krise der hausärztlichen Versorgung – sowohl finanziell als auch systemisch. Darunter leiden die Hausärztinnen und Hausärzte, die Praxisteam und die Patientinnen und Patienten. Die Gründe hierfür sind seit vielen Jahren bekannt: Die Unterfinanzierung der hausärztlichen Versorgungsebene, die fehlende Patientensteuerung in der Regelversorgung, der eklatante Fachkräftemangel sowie die immer weiter zunehmende Bürokratiebelastung gefährden das Fundament der Versorgung. Es besteht unmittelbarer Handlungsbedarf, um den schleichenden Zusammenbruch der wohnortnahen, hausärztlichen Versorgung zu stoppen.

Nach den erfolgreichen Protesten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes im Dezember hat das BMG, im Rahmen des Krisengipfels zur hausärztlichen Versorgung im Januar, diese Probleme anerkannt und in einem Eckpunktepapier Lösungsvorschläge zur Stabilisierung und Stärkung der hausärztlichen Versorgung unterbreitet. Seitdem warten die Hausärztinnen und Hausärzte auf die konkrete Umsetzung dieser Vorschläge in einem Gesetzgebungsverfahren. Seit Ende März kursiert ein Entwurf des GVSG, der erstmals konkrete Formulierungsvorschläge zur Umsetzung dieser Eckpunkte im Gesetz macht.

Ogleich in vielen Details weiterhin Nachbesserungsbedarf besteht, unterstreicht dieser Vorschlag die Intention des BMG, die hausärztliche Versorgung zu stabilisieren und die Verschärfung der oben beschriebenen hausärztlichen Versorgungskrise zu verhindern. Weiterhin steht jedoch die formale Einleitung des Gesetzgebungsverfahrens aus. Dies verhindert zum einen, dass der legitime Änderungsbedarf des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes nicht adressiert werden kann. Vor allem birgt es das Risiko, dass in der aktuellen Legislatur das Gesetzgebungsverfahren nicht mehr erfolgreich abschließen werden kann.

Eine weitere jahrelange Untätigkeit wird jedoch irreparable Schäden in der hausärztlichen Versorgung hinterlassen, weil immer mehr hausärztliche Praxen frühzeitig aus der Versorgung ausscheiden, ohne Nachfolger geschlossen werden und die verbleibenden hausärztlichen Praxen unter dem dadurch entstehenden Versorgungsdruck zusammenbrechen.

Die Ampel-Koalition muss deshalb JETZT die weiteren Schritte des Gesetzgebungsverfahrens zum GVSG einleiten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 21: Primärversorgungszentren

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordert die politisch Verantwortlichen und die Krankenkassen dazu auf, hausärztliche Primärversorgungszentren, die für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung notwendig sind, zu ermöglichen. Die für die Transformierung von Hausarztpraxen zum PVZ notwendigen Gelder, sowie Mittel für das umfassende Versorgungsangebot sind zusätzlich zur bisherigen Finanzierung bereitzustellen.

Als Mindeststandard der personellen Ausstattung eines hausärztlichen Primärversorgungszentrums gehört mindestens eine Hausärztin oder ein Hausarzt mit einem vollen hausärztlichen Versorgungs-



auftrag. Im Team der nichtärztlichen Mitarbeiterinnen sollte eine akademisch geschulte Mitarbeiterin sein.

Wünschenswert wäre dabei eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis und ein Studium, das auf die primärärztliche Versorgung zugeschnitten ist (z. B. PCM oder hausärztlich qualifizierter PA).

Begründung

Die Versorgung der Bevölkerung erfordert zunehmend einen sparsamen Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitswesens. Die Steuerung und Koordinierung von Leistungen ist deswegen ein Gebot der Stunde und muss durch sinnvolle strukturelle Maßnahmen ermöglicht werden.

Auch hausärztliche Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften erfüllen vollumfänglich diese Aufgaben. In der Zukunft wird es darüber hinaus aber notwendig werden, auch - aber nicht nur - in ländlichen Bereichen größere Einrichtungen wie Primärversorgungszentren zu ermöglichen, um verschiedene Gesundheitsberufe zusammenzuführen und die Versorgung in einer Region sicherzustellen.

Ein Primärversorgungszentrum kann nur unter hausärztlicher Leitung diese Anforderungen erfüllen und in Kooperation mit Fachärztinnen und Fachärzten sowie Kommunen eine ressourcenschonende, strukturierte und patientennahe Versorgung sicherstellen. Wichtig dabei ist, dass die formalen Anforderungen zur Gründung eines Primärversorgungszentrums nicht zu hoch sind.

Die Bindung eines Patienten oder einer Patientin an ein Primärversorgungszentrum durch Teilnahme an einem HZV-Vertrag erleichtert seine oder ihre Steuerung und Koordinierung bei Inanspruchnahme weiterer medizinischer Berufsgruppen oder Einrichtungen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 13: Umsetzung von HÄPPI bundesweit fördern

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordert den Gesetzgeber und die Kostenträger auf, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass flächendeckend das Versorgungskonzept "HÄPPI" (Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell) des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes umgesetzt werden kann.

Begründung

Die hausärztliche Versorgung steht vor verschiedenen Herausforderungen, insbesondere der steigende Versorgungsdruck macht den Praxen zu schaffen. Das HÄPPI-Konzept bietet hier innovative Ansätze zur Bewältigung dieser Probleme. Zentrale Aspekte des Konzepts sind die stärkere Einbindung des Praxispersonals in die Patientenversorgung unter ärztlicher Supervision sowie die Nutzung digitaler Tools zur Verbesserung des Praxismanagements.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 12: Sinnvolle Reform der stationären und intersektoralen Versorgungsstrukturen

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordert den Gesetzgeber auf:

- Eine konsequente Strukturreform der stationären Versorgung zügig umzusetzen, anstatt immer weiter Milliarden von Finanzmitteln der Solidargemeinschaft in die Aufrechterhaltung ineffizienter Krankenhausstrukturen zu stecken.
- Jegliche Vorschläge, stationäre Versorgungseinrichtungen – sogenannte intersektorale Zentren – für die hausärztliche Versorgung zu öffnen, um damit die hausärztliche Versorgung vor Ort zu stabilisieren, abzulehnen. Sie verkennen die Versorgungsrealitäten der Krankenhäuser und den dortigen Mangel an qualifiziertem Personal und missverstehen überdies den besonderen hausärztlichen Versorgungsauftrag vollkommen. Stattdessen kann es sinnvoll sein, wenn Hausärztinnen und Hausärzte die Mitbetreuung kurzstationärer Einrichtungen übernehmen. Dies sollte in regionalen Projekten erprobt und ggf. weiter konkretisiert werden.
- Die Reform der Notfallversorgung zeitnah entsprechend der gemeinsamen Eckpunkte von KBV, Marburger Bund und Hausärztinnen- und Hausärzterverband umzusetzen. Im Zentrum muss dabei die klare und verbindliche Steuerung der Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebenen stehen.

Begründung

Unter Fachleuten herrscht Einigkeit darüber, dass die aktuellen Strukturen der stationären Versorgung einer grundlegenden Reform bedürfen. Damit ist nach aller Voraussicht ein Konzentrationsprozess in der Krankenhauslandschaft verbunden. Die Aufrechterhaltung der aktuellen, an vielen Stellen ineffizienten Krankenhausstrukturen kostet Milliarden von Euro der Solidargemeinschaft, die besser genutzt werden könnten.

Eine Reform muss eine weitere Ambulantisierung der Versorgung forcieren, indem sie bestehende ambulante Strukturen weiter stärkt und ausbaut. Gute interdisziplinäre ambulante Versorgungsstrukturen – insbesondere im hausärztlichen Bereich – sind Voraussetzung dafür, dass Standortkonzentrationen im Krankenhausbereich ambulant abgedeckt werden können. Völlig realitätsfremd ist demgegenüber die Umwandlung oder Öffnung von stationären Strukturen für die hausärztliche Versorgung, wie beispielsweise der neue § 116a Absatz 3 im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz sie vorsieht. Zum einen ignorieren diese Vorschläge die bereits bestehenden Personaldefizite in Krankenhäusern, die gar nicht in der Lage sind, zusätzliche Aufgaben zu stemmen. Zum anderen wird darin aber auch die Unkenntnis der Besonderheiten der hausärztlichen Versorgung deutlich, die von der oft lebenslangen Begleitung und dem damit verbundenen Vertrauensverhältnis zwischen Hausarzt/-ärztin und Patientinnen und Patienten geprägt ist, die in stationären Strukturen nicht angemessen abgebildet werden kann.

Weiter ausstehendes gleichwohl zentrales Element einer Reform der stationären Versorgung ist die grundlegende Reform der Notfallversorgung. Hierzu haben KBV, Marburger Bund und Hausärztinnen- und Hausärzterverband konkrete Eckpunkte aus Sicht der Praktiker erarbeitet, die auch vom SpiFa und dem BVKJ mitgetragen werden. Im Zentrum dieser Notfallreform muss demnach die klare und verbindliche Steuerung der Patientinnen und Patienten auf Grundlage eines verbindlichen und validierten Triage-Systems in die angemessene Versorgungsebene stehen.



Beschluss 7: Krankenhausreform

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordern den Gesetzgeber auf, bei der anstehenden Krankenhausreform die gewachsenen und bewährten hausärztlichen Strukturen nicht zu gefährden und die Ermächtigungen von Krankenhäusern für den hausärztlichen Bereich – wenn überhaupt – nur in unterversorgten Gebieten zeitlich begrenzt und abhängig vom Versorgungsgrad zuzulassen.

Begründung

§ 116a SGB V des Entwurfs des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) sieht Regelungen zur ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser vor:

„§ 116a Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

(1) Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

(2) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der drohenden Unterversorgung erforderlich ist.

(3) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf deren Antrag zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen.“

Diese geplanten gesetzlichen Regelungen zur Erteilung von Ermächtigung von Krankenhäusern für den hausärztlichen Bereich lassen auch angesichts der Vielzahl der damit noch ungeklärten Probleme befürchten, dass gewachsene Versorgungsstrukturen in den Regionen durch diese Neuregelungen zerstört und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, deren ambulante Zeit derzeit in den Praxen des hausärztlichen Versorgungsbereichs durchlaufen werden muss, stärker stationär ausgerichtet sein wird.

Der Wunsch nach einer Niederlassung in einer hausärztlichen Praxis könnte dadurch noch weiter geschwächt und sich die Nachwuchssituation im ambulanten hausärztlichen Bereich weiter verschärfen.

An Krankenhäuser und „sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ müssen für eine Zulassung zwingend die gleichen Qualitätskriterien angelegt werden, wie sie auch für Praxen gelten. Es muss sichergestellt werden, dass alle Bereiche der hausärztlichen Versorgung, auch die



aufwändigen Bereiche wie Chronikerbetreuung, Hausbesuche inclusive Palliativbetreuung, Heimversorgung, Akutsprechstunde, Psychosomatische Grundversorgung, Versorgung komplex behinderte Menschen, durch die, die Zulassung begehrenden Krankenhäuser / Institutionen abgedeckt werden. Eine Beschränkung des Versorgungsspektrums des Krankenhauses / der Institution auf wirtschaftlich dienliche „ambulante Fälle“ ist abzulehnen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 31: Beteiligung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes an der Reform des Notfalldienstes

Die Bundesdelegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverband fordert die Gesundheitsminister des Bundes und der Länder auf, den Hausärztinnen- und Hausärzteverband an den Überlegungen und der Ausgestaltung der Reform der Notfallversorgung auf Bundes- und Landesebene zu beteiligen.

Dabei sind folgende Aspekte im Interesse der Hausärzteschaft für geordneten Sicherstellung der Patientenversorgung zu berücksichtigen:

1. Patientinnen und Patienten sind vor Fehlversorgung zu schützen und im Rahmen einer einheitlichen Ersteinschätzung (Triage) dem richtigen und notwendigen Versorgungsweg zuzuführen.
2. Der Erwartungshaltung der Bevölkerung, eine Routineversorgung 24/7 auch unter Inanspruchnahme der Kliniken erhalten zu können, muss politisch entgegengewirkt werden.
3. Während der regulären Praxisöffnungszeit ist eine zusätzliche Routineversorgung von Notfällen in integrierten Notfallzentren 24/7 nicht notwendig.
4. Das Gesundheitsbewusstsein und die Gesundheitsaufklärung in der Bevölkerung zu schärfen, ist dringend geboten, um die Notdienstkapazitäten vor überflüssiger Inanspruchnahme zu schützen.

Begründung

Der Bundesgesundheitsminister stellte am 16.01.2024 seine Eckpunkte zu Reform des Notfalldienstes vor. Diese sehen unter anderem eine engere Vernetzung der 116117 und der 112 sowie den Aufbau von integrierten Notfallzentren vor. Mit der bundesweiten Reform soll der Sicherstellungsauftrag zur notdienstlichen Akutversorgung durch die KVen noch einmal konkretisiert werden.

Die KVen sollen verpflichtet werden, rund um die Uhr eine telemedizinische Versorgung sowie einen 24-stündigen Versorgungsdienst für die Hausbesuche bei immobilen Patientinnen und Patienten anzubieten. Dieses soll durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gewährleistet werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 33: Finanzierung der Vorhaltekosten des ärztlichen Notdienstes

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordert den Gesetzgeber auf, dass die Finanzierung des ärztlichen Notdienstes nicht mehr zu Lasten der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) erfolgen darf und stattdessen aus eigenen Förderungstöpfen finanziert werden muss.

Begründung

Die Weiterentwicklung des Notdienstes hat zu einem erheblichen Kostenanstieg in den letzten drei Jahrzehnten geführt. Die Ausgestaltung des Notdienstes wird sich weiter fortsetzen durch die flächendeckende Einführung von zentralen Portalpraxen, INZ und externem Fahrdienst. Dies kann nicht zu Lasten der Regelversorgung gehen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 34: Transparenz der Kosten im Not- und Rettungsdienst

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordert den Gesetzgeber auf, die Landesministerien zu verpflichten, quartalsweise die Entwicklung der Kosten des Notdienstes, des Rettungsdienstes, der Krankenhausambulanzen und des KV-Bereitschaftsdienstes zu erfassen und zu veröffentlichen. Eine Auflistung der jeweiligen Kosten, die auch die Kostenstruktur der einzelnen Notfallpraxen nachvollziehbar macht, ist in einem halbjährlichen Benchmark-Bericht für die einzelnen Versorgungsregionen zu veröffentlichen.

Begründung

Die Ausuferungen der Inanspruchnahme im Rettungsdienst und außerhalb der Regelversorgung in Krankenhäusern und Notfallpraxen ist seit Jahren steigend. Die hierfür notwendigen Ressourcen werden aber durch den demographischen Wandel bei gleichzeitiger Abnahme der Personalstärke in der bisherigen Form nicht mehr umsetzbar sein. Zudem findet eine Umverteilung der Finanzmittel aus der Regelversorgung in den Notdienst statt. Hierdurch kommt es zu einer Schieflage im System mit falschen Leistungsanreizen.

Die Einführung einer Benchmark mit halbjährlichen Berichterstattungen ermöglicht eine Analyse und auf deren Grundlage eine Gegensteuerung bei Fehlentwicklungen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 40: Befreiung des Bereitschaftsdienstes von der Sozialversicherungspflicht

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, umgehend gleichrangig und analog zu Notärztinnen und Notärzten im Rettungsdienst im § 23c Absatz 2 SGB IV die Tätigkeit im allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst auch als Befreiungstatbestand von Sozialversicherungspflicht aufzunehmen.



Begründung

Der allgemeine ärztliche Bereitschaftsdienst ist analog und identisch zum notärztlichen Rettungsdienst essentieller Bestandteil der Daseinsfürsorge und direkte Erfüllung einer hoheitlichen Aufgabe.

Analog der damaligen Gesetzesbegründung bei der Ergänzung des Absatz 2 im § 23c SGB IV ist es nun erforderlich, zur aktuellen und zukünftigen Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Notfallversorgung die Ärztinnen und Ärzte, die am organisierten allgemeinen Bereitschaftsdienst teilnehmen, mit im § 23c Absatz 2 SGB IV aufzunehmen.

Das am 24.10.2023 ergangene BSG-Urteil (B 12 R 9/21 R) zum zahnärztlichen Bereitschaftsdienst lässt Fragen zum ambulanten Bereitschaftsdienst unbeantwortet, so dass hier dringender Klärungsbedarf besteht, wenn die flächendeckende Notfallversorgung weiterhin erhalten bleiben soll.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 24: Hybrid-DRG

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (SpiBu) wird nachdrücklich aufgefordert, die postoperative Leistungskomponente im Rahmen von Hybrid-DRG Eingriffen den tatsächlichen erforderlichen hausärztlichen Aufwand mit einem gestuften System realitätsnah abzubilden:

- Stufe 1: Befundbesprechung, einmaliger Verbandswechsel
- Stufe 2: Mehrfacher Verbandswechsel und Wundkontrollen (max. 3x)
- Stufe 3: Komplexe, wiederholte Verbandswechsel (>3), Debridement, Wundkontrollen, Drainagenentfernung

Des Weiteren sind für postoperative operationsbedingte nicht-chirurgische Komplikationen, die bisher in den Tagen des Krankenhausaufenthaltes dort behandelt worden wie z. B. Thrombose bzw. Thromboseausschluss, Luftnot, Harnwegsinfekt, Durchgangssyndrom, Hypertensive Entgleisungen, Übelkeit, Sturzneigung, cerebrale Ischämien, Exsikkose, Harnverhalt, VHF usw. Abrechnungsmodalitäten mit speziellen Ziffern zu etablieren.

Ebenso ist vor der Durchführung der OP verbindlich zu klären, wer die geplante sowie die ungeplante (z. B. Hausbesuchsanforderung bei Lungenembolieverdacht usw.) Nachbetreuung übernimmt.

Begründung

Im Rahmen der neu zu erbringenden operativen Eingriffe der so genannten Hybrid-DRG sehen die Regelungen sowohl für präoperative Untersuchungen als auch für postoperative Behandlungen derzeit EBM-Abrechnungen vor.

Während im präoperativen Bereich die Positionen 31010 bis 31013 altersentsprechend mit 36-49 € vergütet werden, gibt es eine erhebliche Diskrepanz der Vergütung zum Aufwand im postoperativen Bereich.



Hier sieht die Regelung die Abrechnung der postoperativen Behandlung nach GOP 31600 mit einer Vergütung von circa 19 € vor. (Einmalig in 21 Tagen) Die parallele Abrechnung von weiteren chirurgischen Maßnahmen, Wundversorgung, Punktionen oder die Abrechnung der Versorgung von chronischen Wunden ist nicht möglich.

Die sektorgleich vergüteten Operationen von beispielsweise Hernien, Eingriffen am Fuß oder auch bei Sinus pilonidalis begründen oft mehrfache postinterventionelle Behandlungen durch uns Hausärzte. Dies reicht von Verbandswechseln, dem Entfernen von Fäden, Klammern oder Drainagen bis zur Wundkontrolle im Hausbesuch und wiederholten komplizierten Verbandswechseln und Nekroseabtragungen bei sekundär heilenden Wunden.

Des Weiteren können operationsbedingt postoperativ nicht-chirurgische (internistisch, urologisch, psychiatrisch, neurologisch usw.) Komplikationen auftreten. Bei diesen Problemen, die ansonsten in der Zeit des Krankenhausaufenthaltes behandelt wurden, ist nicht geklärt, wer diese behandelt und wie dies organisiert werden soll. Ungeplante „Notfall-Hausbesuche“ bei frisch operierten Patienten sind durch Hausarztpraxen im Regelfall organisatorisch nicht zu gewährleisten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 1: Zusätzliche Vergütung bei Ambulantisierung

Wir fordern, die bei der Ambulantisierung stationärer Leistungen automatisch für den hausärztlichen Bereich entstehende Mehrarbeit durch eine zusätzliche extrabudgetäre Vergütung angemessen zu honorieren.

Begründung

Die weitere Ambulantisierung stationärer Maßnahmen ist wirtschaftlich notwendig und wird verbandsseitig völlig unterstützt. Natürlich entstehen dabei aber im ambulanten Bereich auch für Hausärztinnen und Hausärzte zusätzliche Aufgaben bei Vor- und Nachversorgung der Patienten. Da diese Tätigkeiten zur bisherigen Arbeit hinzukommen, muss der zusätzlichen Arbeit auch zusätzliches Geld folgen. Eine Behandlung dieser Fälle innerhalb der derzeitigen Vergütungsregelung ist indiskutabel.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 25: Entlassmanagement

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wird aufgefordert, bei Ihren Mitgliedsverbänden auf die Umsetzung des Entlassmanagements, insbesondere für Personengruppen mit komplexen Versorgungsbedarfen, hinzuwirken. Die Regelungen nach § 39 Abs. 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement zwischen GKV- Spitzenverband, KBV und DKG) sind mindestens anzuwenden bzw. zu verschärfen.



Begründung

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG 2015) wurde das Entlassmanagement umfassend reformiert.

Zum einen wurden die bisher begrenzten Möglichkeiten der Krankenhäuser ausgedehnt, Nachbehandlungen zu veranlassen und Leistungen zu verordnen. Verantwortliche Krankenhausärztinnen und -ärzte können nunmehr Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen Übergangszeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen sowie Arbeitsunfähigkeit bescheinigen.

Leider stellen wir Hausärzte häufig fest, dass sich während des stationären Aufenthaltes wenig Gedanken über die anschließende Versorgung in der Häuslichkeit gemacht werden. Wir Hausärzte haben dann beispielsweise an einem Freitagnachmittag oft nur ungenügende Möglichkeiten, eine adäquate Versorgung der Bürger mit komplexen Versorgungsbedarfen sicherzustellen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 4: Konzept zur Förderung des Berufsbildes Primary Care Managerin (PCM)

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes bitten den Gesamtvorstand (Geschäftsführenden Vorstand plus Landesvorsitzende) des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes bis zur nächsten Delegiertenversammlung im Rahmen des Hausärztinnen- und Hausärztetages im September 2024 in Berlin, ein umfassendes Konzept zum Berufsbild der PCM (Primary Care Managerin) vorzulegen, welches neben möglichen finanziellen Förderangeboten (Stipendien, Reisezuschüsse etc.) des Bundesverbandes und / oder der Landesverbände auch Konzepte zur wissenschaftlichen Evaluation der Tätigkeit der Absolventinnen des ersten Studienjahrganges in der Praxis und einer gezielten Werbekampagne für den Studiengang in Zusammenarbeit mit der FOM enthalten sollte.

Begründung

Seit September 2022 bietet die FOM-Hochschule in Kooperation mit dem Hausärztinnen- und Hausärzteverband ein berufsbegleitendes Studium für Medizinische Fachangestellte zur PCM (Primary Care Managerin – ehemals Akademisierte VERAH®) an. Die ersten Absolventinnen werden im Wintersemester 2024/25 ihre Abschlussarbeiten beginnen ablegen.

Diese „hausärztlichen“ Physician Assistants werden eine wesentliche Rolle bei der Umsetzung sog. Teampraxen-Modelle und für die Etablierung des HÄPPI-Konzepts spielen. Derzeit fehlt es im Gegensatz zu den Physician Assistants an einer hinreichenden Sichtbarkeit dieser gut ausgebildeten und dann akademisch qualifizierten Fachkräfte in der Öffentlichkeit.

Konkrete Maßnahmen - wie die kontinuierliche Weiterentwicklung des dem Studium zugrundeliegenden Curriculums in enger Abstimmung mit den Studierenden - bilden einen wesentlichen Baustein für den Erfolg des Studiums und müssen regelhaft in einen Abstimmungsprozess zwischen Hochschule, Studierende und ärztlichen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern überführt werden.



Darüber hinaus ist es dringend erforderlich, im Rahmen eines Gesamtkonzeptes das Berufsbild der PCM (Primary Care Managerin) zu stärken und in der öffentlichen Wahrnehmung sichtbar zu machen. Nur durch positive Berichterstattung, regelmäßigen Austausch zwischen Studierenden und Verband wird sich die Attraktivität des neuen Berufsbildes im Sinne der Hausarztpraxen verfestigen und sich so auch zukünftig genügend Interessierte für den Studiengang finden lassen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

TOP 4. – Bericht aus den Foren des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes: Forum Hausärztinnen, Forum Weiterbildung

Beschluss 26: Verhinderung von Gewalt gegen Frauen

Die Delegierten fordern den Vorstand des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes auf, gezielt auf politischer Ebene und insbesondere gegenüber dem Bundesministerium der Justiz (BMJ) auf Prävention vor allem von Vergewaltigungen durch angemessene Änderung des deutschen Strafrechts hinzuwirken. Damit kann Deutschlands Blockade des Artikel 5, der den Straftatbestand der Vergewaltigung betreffenden EU-Richtlinie aufgehoben und deren zügige Umsetzung für einen umfassenden und effektiven Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt gegen Frauen in allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union erreicht werden.

Begründung

Die Problematik sexualisierter Gewalt in Deutschland rückt mehr und mehr in den Fokus der öffentlichen und politischen Aufmerksamkeit. Als Hausärztinnen und Hausärzte werden wir täglich mit den gravierenden körperlichen und vor allem psycho-sozialen Folgen sexualisierter Gewalt konfrontiert.

Die Vergewaltigung, als extreme Form der geschlechtsspezifischen Gewalt, bleibt in vielen EU-Staaten ein rechtliches Paradox: in 11 von 16 Mitgliedsstaaten wird eine Vergewaltigung nur dann strafrechtlich verfolgt, wenn Gewalt angewendet oder angedroht wird.

In Deutschland gilt seit 2016 „Nein heißt Nein“. Die Realität zeigt aber, dass Vergewaltigungen häufig durch Partner und in Beziehungen mit deutlichem Machtgefälle zwischen Opfer und Täter stattfinden. Umstände, unter denen ein „Nein“ schwierig sein kann. Zudem wird deutlich, dass Angst oder Schockstarre eine eindeutige Äußerung des Opfers verhindern können. Dieser Umstand untergräbt grundlegend die Würde und die Sicherheit der Opfer. Die EU-Kommission hat sich zum Ziel gesetzt, dieser Herausforderung mit der Richtlinie entgegenzutreten.

Eine Einigung zur EU-Richtlinie zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt ist Anfang Februar im Europaparlament erzielt worden. Nicht aufgenommen wurde der aus dem Europaparlament unterstützte Antrag auf den Straftatbestand der Vergewaltigung bei nicht konsensuellen sexuellen Handlungen („Nur Ja ist Ja“). Die Kontroverse um den Artikel 5, der auf die EU-weite Harmonisierung des Vergewaltigungsstrafatbestandes abzielt, wird von Deutschland und Frankreich angeführt. Begründet wird dies mit „erheblichen Zweifeln“ an der EU-Rechtsgrundlage durch das BMJ.



Die Implementierung des Artikels 5 würde eine einheitliche Definition von Vergewaltigung in den EU-Mitgliedsstaaten etablieren und somit zur Verbesserung des Schutzes vor sexualisierter Gewalt, direktem Zugang der Opfer zu rechtlichen Mitteln und medizinischer sowie psychologischer Hilfe führen. Gleichzeitig wird eine sensiblere und vorurteilsfreie Behandlung durch die Justizsysteme gefördert.

Im Koalitionsvertrag 2021-2025 steht: „Unsere Kriminalpolitik orientiert sich an Evidenz und der Evaluation bisheriger Gesetzgebung im Austausch mit Wissenschaft und Praxis. Wir überprüfen das Strafrecht systematisch auf Handhabbarkeit, Berechtigung und Wertungswidersprüche und legen einen Fokus auf historisch überholte Straftatbestände, die Modernisierung des Strafrechts und die schnelle Entlastung der Justiz.“ (siehe Seite 6).

Hausärztinnen und Hausärzte begleiten ihre Patientinnen und Patienten über lange Zeiträume. Durch das besondere Vertrauensverhältnis spielen wir eine entscheidende Rolle bei der Identifizierung und Unterstützung der betroffenen Personen. Eine eindeutige Rechtslage ermöglicht es uns, präventiv und beratend ärztlich tätig zu werden. Somit muss der Bundesjustizminister mit Unterstützung der Hausärzteschaft ersucht werden, in Einklang mit den Koalitionsvereinbarungen im Austausch mit Wissenschaft und Praxis den im deutschen Strafrecht historisch überholten Straftatbestand der Vergewaltigung im Hinblick auf die Festschreibung der Einvernehmlichkeit zu überprüfen. „Ja ist ja“ ist in Spanien und Schweden bereits Gesetz.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

TOP 8. – 128. Deutscher Ärztetag 2024 (07.-10.05.2024 | Mainz), verschiedene Themen

Beschluss 8: Nachwuchssicherung im hausärztlichen Bereich

Die Delegiertenversammlung fordert die politisch Verantwortlichen auf, alles dafür zu tun, um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung mit der Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung für die Zukunft zu sichern. Hierzu ist die Sicherung einer ausreichenden Menge von Hausärztinnen und Hausärzten eine unabdingbare Voraussetzung. Dies zeigt auch das IGES-Gutachten vom November 2023, welches Erfolgsfaktoren zur Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses in anderen Ländern identifizierte.

Die Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik des Bundes und der Länder sind aufgefordert, diese Erkenntnisse zu nutzen und die vorhandenen Ansätze konsequent umzusetzen:

- Umsetzung der Reform der Approbationsordnung zur Stärkung und Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin während der medizinischen Ausbildung durch Änderung der Reform der ÄApprO (Umsetzen des konsentierten Masterplans 2020)
- Weiterentwicklung der Praxen und Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch klare Definition als primärärztliches Versorgungszentrum und damit als der am besten geeignete Ort der Koordination und Steuerung der Patientinnen und Patienten



- Ermöglichung arbeitsteiliger Form der Berufsausübung in Primärversorgungszentren gegründet durch Hausärztinnen und Hausärzte (HÄPPI) und unter Einbeziehung arztentlastender akademischer Teammitglieder sowie weitere versorgender Berufsgruppen unter hausärztlicher Supervision.

Begründung

Das Förderprogramm Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V hat in den letzten 10 Jahren zu einer spürbaren Steigerung der Facharztanerkennungen in der Allgemeinmedizin geführt (+ 57 %). Die altersbedingten Abgänge aus dem hausärztlichen Bereich können aber dadurch nicht kompensiert werden. Deshalb ist es notwendig, weitere Maßnahmen zu ergreifen, um alles dafür zu tun, dass die hausärztliche Versorgungsebene auch in Zukunft den Patientinnen und Patienten in ausreichendem Umfang zur Verfügung steht.

Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen hat 2023 ein Gutachten bei IGES in Auftrag gegeben, um die Erfolgsfaktoren für eine zahlenmäßig ausreichende Gewinnung von Hausärztinnen und Hausärzten in europäischen Ländern zu evaluieren.

Neben der guten und strukturierten Weiterbildung der Allgemeinmedizin, die durch das Förderprogramm unter anderem durch die Kompetenzzentren sichergestellt wird, werden als weitere starke Erfolgsfaktoren genannt:

- die Stärkung hausärztlicher Inhalte während der Ausbildung,
- eine Gatekeeper-Rolle von Hausärztinnen und Hausärzten in der Versorgung und kooperative und arbeitsteilige Form der Berufsausübung.

Für alle diese Erfolgsfaktoren gibt es in Deutschland bereits Ansätze. Die politischen Verantwortlichen werden aufgefordert, diese Ansätze zu realisieren. Dazu gehören insbesondere

- das Umsetzen des Masterplans (Reform der ÄApprO),
- Stärkung der Hausarztpraxis als zentraler Ort für die primärmedizinische und koordinierende Versorgung der Patientinnen und Patienten und schließlich
- die Ermöglichung primärmedizinischer Versorgungszentren unter hausärztlicher Gründung, wie sie bereits im HÄPPI-Konzept beschrieben sind.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



TOP 9. – Digitalisierung

Beschluss 9: Bessere Digitalisierung der Praxen durch gute Arzt-Informationssysteme

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordert den Gesetzgeber auf, die bestehenden Vorgaben zur Reglementierung und Zertifizierung von AIS deutlich zu verschärfen. Die bedeutet u. a.

- KBV und gematik bedürfen klarer und umfassender gesetzlicher Prüfaufträge hinsichtlich der Funktionen, die AIS umsetzen müssen, inklusive einer angemessenen Usability und Performance im Praxisalltag.
- Diese Prüfaufträge müssen verbunden sein mit der Verpflichtung der KBV und der gematik, diese auch entsprechend umzusetzen; Sichtprüfungen und Eigenerklärungen genügen dafür in der Regel nicht.
- Ein klarer Prüfauftrag erfordert auch die Möglichkeit von Sanktionen, die die AIS-Anbieter direkt treffen (z. B. Strafzahlungen o. ä.).
- Die AIS müssen verpflichtet werden, sich für andere digitale Anwendungen im Gesundheitswesen zu öffnen, Schnittstellen zur Verfügung zu stellen und eine maximale Interoperabilität sowie Wechselmöglichkeit zwischen diversen PVS zu gewährleisten.
- Voraussetzung für funktionierende AIS ist allerdings, dass Komponenten der TI stabil und sicher funktionieren und dass die gesetzlichen Fristen, die Anpassungen in den AIS erfordern, realistisch gesetzt werden.

Begründung

Die Hausärztinnen und Hausärzte erfahren in ihren Praxen weiterhin Tag für Tag eine massive Diskrepanz zwischen den Erwartungen, die sie mit der Digitalisierung verbinden und der erlebten Realität. Auch die Versprechungen der Industrie und das User-Erlebnis im hausärztlichen Praxisalltag stimmen leider viel zu selten überein. Das zentrale System zur Umsetzung der Digitalisierung in den hausärztlichen Praxen ist das jeweilige Arzt-Informationssystem (AIS).

Leider sind die AIS in vielen Praxen eher Teil des Problems als der Lösung. Funktionalitäten, die eigentlich umzusetzen wären, stehen nicht oder verspätet zur Verfügung oder sind in Untermenüs des AIS versteckt und damit nicht direkt zugänglich und nutzbar. Die bestehenden Systeme zur Zertifizierung der AIS durch die KBV und die gematik versagen regelhaft, weil sie auf Selbstauskünften oder kursorischen Sichtprüfungen basieren und Fragen der Usability nicht berücksichtigen. Selbst in Fällen, in denen das AIS nachweislich Anforderungen nicht umsetzt, ist die einzig mögliche Sanktion, der Entzug der Zulassung für die vertragsärztliche Abrechnung. Dies trifft jedoch letztlich nur die nutzenden Ärztinnen und Ärzte, die im schlimmsten Fall ohne zugelassenes AIS dastehen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 14: Medikationsmanagement in der ePA von der Versorgung her gestalten

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordert den Gesetzgeber und die Gematik auf:

- In der elektronischen Patientenakte die Anwendungen „elektronische Medikationsliste“ und „Medikationsplan“ zeitgleich anzubieten, um Ärztinnen und Ärzten, die für die Entscheidungen zur Pharmakotherapie notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen und damit die Patientensicherheit zu erhöhen.
- Für den Medikationsplan in der ePA ein klares Verständnis und transparentes Rollen-Rechte-Konzept zu erarbeiten und umzusetzen, das klarstellt, wer in welcher Form Zugriff und Änderungsbefugnisse im Medikationsplan hat.

Begründung

Die erste praktische Anwendung der sogenannten „ePA für alle“ wird ein neues Medikationsmanagement sein. Dazu soll bereits ab Start der „ePA für alle“ die sogenannte elektronische Medikationsliste (eML) eingeführt werden. In dieser werden automatisch alle verordneten und zulasten der GKV dispensierten Medikamente erfasst und OTC und andere Präparate können von den Patientinnen und Patienten ergänzt werden. Ab Mitte 2025 soll dann auch der ärztlich kuratierte Medikationsplan (MP) in der „ePA für alle“ verfügbar gemacht werden. Anstatt des bisher bekannten Bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP) bzw. des alten elektronischen Medikationsplans (eMP) soll der Medikationsplan dann in der ePA direkt verfügbar sein.

Der geplante zeitversetzte Start beider Anwendungen (eML und MP) ist aus Versorgungssicht nicht sinnvoll, da Ärztinnen und Ärzte zumindest beide Informationen benötigen, um auf dieser Grundlage valide Therapieentscheidungen treffen zu können. Die eML sollte deshalb erst mit dem Start des MP verfügbar gemacht werden.

Weitgehend unklar oder zumindest unscharf ist überdies die Governance und Administration des Medikationsplans in der ePA. Bislang ist der Medikationsplan vor allem ein Instrument der Hausärztinnen und Hausärzte, um die medikamentösen Therapieentscheidungen zu dokumentieren, gegenüber Gebietsärzten, Apotheken und z. B. Pflegeeinrichtungen zu kommunizieren und den Patientinnen und Patienten klare Handlungsanweisungen zur Einnahme etc. zu vermitteln. Der ungesteuerte Zugriff und die Veränderung innerhalb des Medikationsplans durch weitere Akteure des Gesundheitswesens sind mit erheblichen Risiken für Patientinnen und Patienten verbunden. Deshalb muss vor der Einführung des MP in der ePA ein klares Verständnis und ein transparentes Rollen-Rechte-Konzept bestehen, wer in welcher Form Zugriff und Änderungsbefugnisse im Medikationsplan hat. Letztlich wird dies bei vielen Therapieentscheidungen auch mit Haftungsfragen verknüpft werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 15: Das E-Rezept und die TI müssen funktionieren

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes stellt nachfolgende Forderungen an den Gesetzgeber und die Gematik:

- Die Einführung von künftigen digitalen Massenanwendungen bedarf ausreichender Test- und Erprobungsphasen, um den sicheren flächendeckenden Betrieb zu gewährleisten. Nur so kann verhindert werden, dass bestimmte Versorgungskonstellationen bei der Konzeption völlig unbeachtet bleiben.
- Die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen oder mit ambulanten Pflegediensten mit E-Rezepten ist weiterhin nicht zufriedenstellend möglich. Hier müssen umgehend die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die Zuweisung des E-Rezepts entweder an den Pflegedienst oder die Apotheke technisch und rechtlich ermöglicht wird.
- Flächendeckende Ausfälle von Komponenten der TI müssen künftig vollständig unterbunden werden, weil sie eine unzumutbare Belastung der hausärztlichen Praxen bedeuten.
- Die ärztliche Verordnung muss für alle Versorgungskontexte per E-Rezept ermöglicht werden. D. h. Privatversicherte und Heilfürsorgeberechtigte müssen E-Rezepte erhalten. Die Verordnung von Betäubungsmitteln, Praxisbedarf und Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln etc. müssen per E-Rezept ermöglicht werden.

Begründung

Das elektronische Rezept (E-Rezept) ist die erste flächendeckende digitale Massenanwendung der Telematik-Infrastruktur (TI) mit Inhalten, die – anders als das Versichertenstammdatenmanagement – für die Versorgung relevant und deren Ausfall im Zweifel für die Patientinnen und Patienten kritisch ist. Leider sind die Erfahrungen in den hausärztlichen Praxen an vielen Stellen mehr als ernüchternd. Patientinnen und Patienten mussten mehrheitlich in den hausärztlichen Praxen über die neuen Prozesse informiert werden, was Zeit und Nerven insbesondere in Hochzeiten der Infektsaison gekostet hat. Die Umsetzung in vielen AIS-Systemen war und ist, insbesondere was die Umsetzung der Komfortsignatur angeht, nicht zufriedenstellend und praxistauglich und z. T. mit viel zu langen Wartezeiten verbunden. Ganze Versorgungskonstellationen, wie die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen oder mit ambulantem Pflegedienst, wurden nicht bedacht und vorbereitet. Hier fehlte eine angemessene Testphase, in der solche Defizite hätten erkannt werden können. Es besteht hier auch dringender Handlungsbedarf, dass die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen und mit ambulantem Pflegedienst zeitnah ermöglicht wird.

Neben einzelnen Ausfällen der TI, die an sich schon intolerabel sind, fielen im März fast drei Wochen lang regelhaft zentrale Komponenten der TI aus, sodass die E-Rezepte in den Praxen und Apotheken nicht genutzt werden konnten. Solche dauerhaften systematischen Ausfälle sind vollkommen inakzeptabel und müssen durch umfassende Testung und Zertifizierung zentraler Komponenten der TI von vornherein unterbunden werden. Mit der immer weitergehenden Digitalisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland können Ausfälle der TI nicht nur die ohnehin frustrierten Nutzenden weiter demotivieren, sie können auch echten medizinischen Schaden anrichten, wenn beispielsweise die Versorgung mit Arzneimitteln deshalb nicht mehr gewährleistet werden kann.

Mit der Einführung des E-Rezepts für Arzneimittel wurde zwar ein erster Massenprozess in den Praxen digitalisiert, eine wirkliche Entlastung in den hausärztlichen Praxen wird aber erst spürbar,



wenn alle Verordnungsprozesse vollständig digitalisiert sind. Im Moment müssen Praxen jedes Mal differenzieren, ob es sich um ein Arzneimittel, ein Heil- oder Hilfsmittel, Praxisbedarf o. ä. handelt und ob die Patientin/der Patient GKV- oder PKV-Versichert oder Empfänger/in der Heilfürsorge ist etc. Dies ist kurzfristig verständlich, weil nicht alle Prozesse gleichzeitig umgestellt werden können, muss nun aber schnell angepasst werden, um die Praxen zu entlasten und mögliche Vorteile der Digitalisierung spürbar zu machen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 16: Den Start der „ePA für alle“ richtig vorbereiten

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordert den Gesetzgeber und die gematik auf:

- Es muss zwingend sichergestellt werden, dass die ePA zum Start im Januar 2025 hochperformant in den AIS umgesetzt wird. Der Zugriff auf die ePA, der Up- und Download von Dokumenten und Daten, sowie die Nutzung von Funktionalitäten, wie z. B. die Medikationsliste und der Medikationsplan, müssen ohne Zeitverzug in den Praxen ermöglicht werden. Dafür müssen die AIS und die Anwendungen der TI sauber ineinandergreifen und abgestimmt funktionieren. Alle technischen Komponenten müssen selbstverständlich zu 100 % laufsicher sein.
- Die Einführung der „ePA für alle“ muss mit umfangreichen Informations- und Aufklärungskampagnen durch das BMG und die Krankenkassen begleitet werden. Die Aufgabe ist in den Praxen, zumal mitten im Januar, in der Infekt-Zeit nicht zu leisten.
- Mit dem Start der „ePA für alle“ müssen den Hausärztinnen und Hausärzten Grundfunktionalitäten jeder digitalen Anwendung zur Verfügung stehen. Eine davon ist die Volltextsuche in der ePA, die zwingende Voraussetzung dafür ist, dass die ePA und die Vielzahl der dort enthaltenen Informationen überhaupt sinnvoll verarbeitet werden können.
- Hausärztinnen und Hausärzte benötigen dauerhaften Zugriff auf die ePA ihrer Versicherten, zumindest der Patientinnen und Patienten, die in der HZV eingeschrieben sind.

Begründung

Die Erwartungen der Hausärztinnen und Hausärzte, die mit dem Start der ePA für alle verknüpft sind, sind hoch. Mit der flächendeckenden Einführung der ePA sollen relevante Daten für die Versorgung der Patientinnen und Patienten in den hausärztlichen Praxen schneller und leichter verfügbar gemacht werden, sodass die Qualität der Versorgung steigen kann, Doppeluntersuchungen vermieden werden und die Arbeit insgesamt erleichtert wird. Dies setzt allerdings voraus, dass die ePA vollständig und hoch performant in die Arztinformationssysteme integriert ist und keine unnötigen Warte- und Verarbeitungszeiten entstehen, die die Praxisprozesse verlangsamen oder gar vollständig blockieren. Im Rahmen von umfassenden, verbindlichen Tests und Zertifizierungen müssen deshalb die Performanz und Usability der ePA in den AIS sichergestellt werden.

Die aktuellen Erfahrungen mit dem E-Rezept und weiteren Anwendungen der TI lassen Skepsis aufkommen, ob diese Infrastruktur bereits „ready to fly“ ist. Wochenlange Zusammenbrüche von TI-Diensten in den Morgenstunden, Ausfälle und hakelige Prozesse müssen umgehend abgestellt und



für die Zukunft unterbunden werden. Die TI und ihre Anwendungen müssen mit der größer werdenden Bedeutung dieser Infrastruktur für die Praxen 100 % ausfallsicher sein und dürfen kein schlummerndes Risiko für den Praxisbetrieb bedeuten.

Nach den bisherigen Erfahrungen mit der Einführung neuer Funktionalitäten für Patientinnen und Patienten in der TI erfolgt die entsprechende Aufklärung und Information immer in den hausärztlichen Praxen, weil diese der erste Anlauf- und Kontaktpunkt der Patientinnen und Patienten sind. Dies überfordert die Praxen und ihre Teams und ist schlicht nicht leistbar. Das BMG und die Krankenkassen müssen hier ihrer Verantwortung gerecht werden und eigene Informations- und Aufklärungskampagnen durchführen.

Eine ePA ohne Suchfunktion ist wie die sprichwörtliche Suche nach der Nadel im Heuhaufen. Was nützen umfassende und zusätzliche Informationen, wenn sie in den Tiefen von unstrukturierten PDF-Dokumenten „versteckt“ sind? Ab Start der flächendeckenden „ePA für alle“ ist deshalb zwingend erforderlich, dass eine Volltextsuche innerhalb der ePA zur Verfügung steht, die Hausärztinnen und Hausärzte ermöglicht, relevante Informationen in der ePA schlagwortartig zu suchen und zu finden.

Versicherte, die in der HZV eingeschrieben sind, haben sich bewusst für eine besonders vertrauensvolle Beziehung zu ihrer Hausärztin/ihrem Hausarzt entschieden. Sie wollen, dass die Hausärztin/der Hausarzt sie dauerhaft betreut, erste Ansprechpartnerin/erster Ansprechpartner in Gesundheitsfragen ist und die Versorgung koordiniert. Dies setzt voraus, dass die Hausärztinnen und Hausärzte uneingeschränkt und automatisch Zugriff auf die ePA ihrer HZV-Versicherten erhalten. Im Moment ist dies davon abhängig, dass Patientinnen und Patienten ihnen diese Rechte aktiv gewähren – wobei nur wenige Nutzende ihre Zugriffsrechte aktiv managen werden – oder regelmäßig ihre eGK in der Praxis vorlegen (alle 90 Tage). In der Praxis kann dies dazu führen, dass hausärztliche Praxen vorübergehend den Zugriff auf die ePA ihrer Patientinnen und Patienten verlieren. Um dies zu verhindern, wäre ein dauerhafter Zugriff der hausärztlichen Praxen auf die ePA ihrer Versicherten sinnvoll. Mindestens sollte dies aber für diejenigen Patientinnen und Patienten automatisch erfolgen, die sich aktiv für die HZV in einer Praxis entschieden haben.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 17: Alle (staatlichen) Organisationen müssen eAU empfangen können

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordert den Gesetzgeber auf, umgehend alle staatlichen Stellen (Arbeitsagentur, Rentenversicherung, Heilfürsorge etc.) zu verpflichten, digitale Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zu empfangen.

Begründung

Digitalisierung kann dann eine entlastende Wirkung entfalten, wenn Prozesse vollständig digitalisiert und papiergebundene Verfahren vollständig ersetzt werden. Dies ist bei der elektronischen AU (eAU) bisher nicht der Fall, weil weiterhin viele, v. a. staatliche Stellen nicht in der Lage sind, eine eAU zu empfangen. Dies muss schnellstmöglich geändert werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 18: HZV-Kennzeichen in die Versichertenstammdaten aufnehmen

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordert die gematik auf, bei der Weiterentwicklung der sogenannten Versichertenstammdaten künftig auch zu dokumentieren, ob eine Versicherte/ein Versicherter in die HZV eingeschrieben ist und diese aktuelle Information auch allen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen. Der Teilnahmestatus von HZV-Versicherten kann dabei nur sachgerecht durch die HÄVG bestimmt und zur Verfügung gestellt werden.

Begründung

Mit der Einschreibung in die HZV binden sich die Patientinnen und Patienten dauerhaft (mindestens ein Jahr) an eine Hausärztin/einen Hausarzt ihres Vertrauens. Sie verpflichten sich damit auch, bei allen Erkrankungen zuerst die Hausärztin/den Hausarzt aufzusuchen, die/der, sofern erforderlich, eine Überweisung an andere Gebietsärztinnen/-ärzte veranlassen kann. Dennoch kommt es, meist völlig unbeabsichtigt, immer wieder zu sogenannten „nichtvertragskonformen Inanspruchnahmen“ (NVI), bei denen Patientinnen und Patienten ohne Überweisung andere Gebietsärztinnen und -ärzte oder Hausärztinnen und -ärzte aufsuchen. Dies führt regelhaft zu hohem administrativem Aufwand und im schlimmsten Fall zur Ausschreibung der Versicherten aus der HZV. Ohne Kenntnis des HZV-Status, der derzeit nur von den Patientinnen und Patienten mitgeteilt und deshalb häufig vergessen wird, können die empfangenden Praxen die Patientinnen und Patienten auch nicht darauf hinweisen, dass eine direkte Inanspruchnahme im Rahmen der HZV nicht vorgesehen ist.

Deshalb ist es sinnvoll, wenn die HZV-Teilnahme in den Versichertenstammdaten dokumentiert und damit allen Beteiligten im Gesundheitssystem verfügbar gemacht wird.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 19: KI-Positionspapier

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordert den Geschäftsführenden Vorstand auf, gemeinsam mit der AG Digitales ein Positionspapier „KI in der Hausärztlichen Praxis“ zu erarbeiten. Der Gesetzgeber und die IT-Industrie sind dann aufgefordert, bei ihrer Arbeit zur Regulatorik und Anwendungen von Künstlicher Intelligenz (KI) dieses Positionspapier des Hausärztinnen und Hausärzteverbandes zu berücksichtigen.

Begründung

Künstliche Intelligenz wird auch in der Gesundheitsversorgung künftig eine immer wichtigere Rolle spielen. Vor diesem Hintergrund soll die AG Digitales des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes ein Positionspapier „KI in der Hausärztlichen Praxis“ erarbeiten, das erste Überlegungen zu diesem Thema skizziert. Insbesondere soll darin eine erste Bewertung der Chancen und Risiken erfolgen und damit verbunden, die klare Erwartung an den Gesetzgeber, die Chancen dieser neuen Technologie zu nutzen und die Risiken regulatorisch einzudämmen.

Das Papier soll insofern einen Startpunkt für eine weitergehende Diskussion und Befassung im Hausärztinnen- und Hausärzteverband mit diesem Thema darstellen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 3: Digitale Gesundheitsanwendungen

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes fordern den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen Regelung zu den sog. Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in dem Sinne abzuändern, dass die Zulassung von Digitalen Gesundheitsanwendungen erst nach einem vollumfänglichen Nachweis einer wissenschaftlichen Evidenz entsprechend den strengen Zulassungskriterien von Arzneimitteln sowie zeitlich begrenzt erfolgen kann.

Des Weiteren müssen die Erstattungsbeträge für DiGAs zum ersten Tag der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis verhandelt werden, wobei eine Erstattungsobergrenze von 150 Euro pro Quartal gelte und der Nutzen nachgewiesen sein muss.

Begründung

Mit dem Inkrafttreten des Digitalen-Versorgung-Gesetzes (DVG) am 19.12.2019 wurde die Versorgung mit Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in § 139 e SGB V in die Gesundheitsversorgung eingeführt. Damit haben nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ca. 73 Millionen Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen Anspruch auf eine Versorgung mit einer „App auf Rezept“. DiGA können von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verordnet und durch die Krankenkasse erstattet werden. Versicherte, die ihrer Krankenkasse einen Nachweis über eine entsprechend vorliegende Indikation vorlegen, erhalten eine gewünschte DiGA auch ohne ärztliche Verordnung.

Um als DiGA anerkannt und damit als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen abrechenbar zu sein, muss für jede Anwendung zunächst ein Antrag beim BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) gestellt werden. Anschließend muss ein Prüfverfahren erfolgreich durchlaufen worden sein und die Anwendung im Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis) gelistet sein. Das Verfahren ist als zügiger „Fast-Track“ konzipiert: Die Bewertungszeit für das BfArM beträgt drei Monate nach Eingang des vollständigen Antrags. Kern des Verfahrens sind die Prüfung der Herstellerangaben zu den geforderten Produkteigenschaften – vom Datenschutz bis zur Benutzerfreundlichkeit – sowie die Prüfung eines durch den Hersteller beizubringenden Nachweises für die mit der DiGA realisierbaren positiven Versorgungseffekt.

Mit Datum vom 11.01.2024 berichten die Parlamentsnachrichten des Deutschen Bundestages, dass der Bundesregierung ein Bericht des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über die Versorgung mit Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) mit einem Überblick zur Entwicklung der DiGAs bis Herbst 2022 als Unterrichtung (Drucksache 20/10007) der Bundesregierung vorliegt. Seit Aufnahme der ersten DiGAs im September 2020 sei der Katalog erstattungsfähiger Anwendungen im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bis Oktober 2022 stetig auf 33 DiGAs angewachsen. Bis zum 30. September 2022 wurden DiGAs 164.000 Mal in Anspruch genommen. Dies entspricht im Berichtszeitraum Leistungsausgaben in Höhe von 55,5 Millionen Euro. Der Unterrichtung zufolge konnten für die Mehrheit der Anwendungen bei Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis keine positiven Versorgungseffekte nachgewiesen werden.



Weitere Informationen siehe unter:

<https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-985830#:~:text=Im%20Durchschnitt%20l%C3%A4gen%20die%20Herstellerpreise,digitale%20%20Anwendungen%20au%C3%9Ferhalb%20des%20Verzeichnisses>

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 22: Aussetzung der kostenfreien Abgabe der PA

Die Delegierten bitten den Vorstand zu prüfen, ob die zur Zeit kostenfreie Abgabe einer ersten Kopie der Patientenakte beispielsweise durch eine seitens der Selbstverwaltung zu schaffende Ziffer im EBM oder andere Mechanismen vergütet werden könnte.

Begründung

Die üblichen Verfahren, die Daten aus dem PVS zu generieren, auszudrucken oder auf einen neuen Datenträger zu sichern, sind zeitaufwändig und binden die knappe Arbeitskraft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Darüber hinaus sollte die Übermittlung auf dem Postweg erfolgen, entstehen Kosten und Wegezeiten. Dafür muss es eine angemessene Honorierung zur Refinanzierung geben.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



TOP 10. – Anträge zu anderen Themen und Verschiedenes

Beschluss 2: Bz-Teststreifen

Wir fordern den G-BA auf, dass die völlig widersinnige Einstufung von Blutzucker-Teststreifen als Arzneimittel zugunsten der einzig logischen Einstufung in die Gruppe der Hilfsmittel geändert wird.

Begründung

Aus nicht nachvollziehbaren Gründen werden Bz-Teststreifen sozialrechtlich in die Gruppe der Arzneimittel eingestuft, was ihre Verordnung zur Belastung des Medikamentenbudgets der verordnenden Ärztinnen und Ärzte inkl. einer potentiellen Regressbedrohung macht.

Unter Arzneimitteln versteht man gemäß Definition Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die angewandt werden, um Krankheiten zu heilen oder zu lindern oder dafür zu sorgen, dass Krankheiten oder Beschwerden gar nicht erst auftreten. Die Substanzen können dabei im Körper oder auch am Körper wirken. Ein Bz-Teststreifen wirkt selbstverständlich überhaupt nicht.

Bei Bz-Teststreifen handelt es sich somit sachlogisch um klassische Hilfsmittel (Definition: Medizinische Hilfsmittel sind Gegenstände, die erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen).

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 5: Inklusive Medizin in Studium und Weiterbildung

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes unterstützen die Forderungen des Positionspapiers, das von der AG Inklusive Medizin des Bayerischen Hausärzteverbandes unter Leitung von Dr. Ute Schaaf erarbeitet und von den Mitgliedern des Landesvorstandes des Bayerischen Hausärzteverbandes im Rahmen ihrer Sitzung am 09.02.2024 verabschiedet wurde:

Jeder Arzt und jede Ärztin in der patientennahen Versorgung sollte über Basiswissen und Basiskompetenzen verfügen, die zur Behandlung von erwachsenen Menschen mit geistiger und komplexer Behinderung notwendig sind. Folgende Punkte sollten daher bereits im Studium vermittelt werden:

1. Kommunikation mit Menschen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit
 1. Prinzipien der einfachen Sprache, unterstützte Sprache, Braille, Gebärdensprache, Sprachcomputer, basale Kommunikationsformen
 2. Besonderheiten der partizipativen Entscheidungsfindung bei Menschen mit gesetzlicher Betreuung, Rolle der begleitenden Person (professionelle Unterstützer)
2. Schmerzerkennung bei Menschen ohne oder mit deutlich reduzierter Verbalsprache; Tools zur Schmerzerfassung benennen und nichtärztliches Fachpersonal einweisen in den Umgang



3. Recherchekompetenz zur raschen effektiven Wissensfindung zu seltenen Syndromen (insbesondere Akut- und Notfallversorgung)
4. Wissen zur sozialrechtlichen Situation
 1. Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfB) – Konsequenz für Sozialversicherung, z.B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Krankheitsfall
 2. Allgemeines zu Heil- und Hilfsmittelverordnung
 3. Unterschied Einrichtungen der Eingliederungshilfe vs. Pflegeheim, UN-Behindertenrechtskonvention
5. Kenntnisse über häufige Fallstricke in der (Akut-)Behandlung
 1. Übersehene Frakturen durch Nichterkennen von Schmerzen
 2. Schwere Koprostase, paradoxe Diarrhoe
 3. Organische Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten
 4. Aspirationspneumonien, Reflux, Schluckstörung
 5. Medikamenteninteraktionen
 6. Erschwerte Compliance in der Therapie und Umgang damit
6. Ärztliche Haltung (Methodik zur Entwicklung: Fallbesprechungen, reale Begegnung mit komplex behinderten Menschen, hierdurch Abbau von Berührungängsten)
7. Basiskennnisse über medizinische Versorgungsstrukturen (Medizinisches Zentrum für Menschen mit Behinderung - MZEB, spezialisierte Stationen und therapeutische Netzwerke)

Begründung

mündlich

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 6: Pandemie

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes fordern die Bundesregierung auf, die hausärztliche Expertise – sowohl auf Basis der Erfahrungen aus den Hausarztpraxen als auch aus wissenschaftlicher Sicht – bei der retrospektiven Betrachtung der Corona-Pandemie mit einzubeziehen und daher sowohl den Hausärztinnen- und Hausärzteverband als auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) bei möglichen Expertenkommissionen zur Corona-Pandemie von Beginn an mit einzubeziehen.

Begründung

Am 7. April 2023, vor gut einem Jahr, lief nach gut drei Jahren der rechtliche Rahmen für die Corona-Schutzmaßnahmen aus; die letzten noch verbliebenen Maßnahmen – wie das Tragen einer FFP2-Maske beim Besuch eines Krankenhauses oder Pflegeheimes – fielen weg.

Der Verlauf der Pandemie hat gezeigt, wie wichtig sowohl die hausärztlichen Praxisteams als auch die wissenschaftliche Begleitung der getroffenen Maßnahmen aus hausärztlicher Sicht bei der Bewältigung der Pandemie gewesen sind.

Um aus der Corona-Pandemie die richtigen Schlüsse für die Bewältigung künftiger Pandemien abzuleiten, ist es daher dringend erforderlich, hausärztliche Expertise aus praktischer und wissenschaftlicher Sicht einzubeziehen.



Beschluss 23: Hitzeaktionspläne hausärztlich begleiten

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes beauftragen den geschäftsführenden Vorstand gemeinsam mit der AG Klima, ein Papier zu erarbeiten, welches Städte und Gemeinden aus hausärztlicher Sicht bei der Gestaltung von Hitzeaktionsplänen unterstützt. Hiermit können die Landesverbände auf die Städte und Kommunen zugehen bzw. deren Anfragen beantworten.

Begründung

Die Einbindung und Mitgestaltung durch Hausärztinnen und Hausärzte bei Hitzeaktionsplänen muss erfolgen, da sie die Experten für Hitzefolgen und Hitzeerkrankheiten sind und die vulnerable Bevölkerungsgruppe am besten kennen. Durch dieses Vorgehen wollen die Hausärztinnen und Hausärzte entlastet werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 27: Kardiorespiratorische Polygraphie gehört in hausärztliche Hände

Wir fordern, die völlig widersinnige Benachteiligung der Hausärzte bei der Abrechnung der kardiorespiratorischen Polygraphie (EBM 30900) aufzuheben durch Verzicht der nicht sachgerechten Ausschlüsse. Die KBV wird dahingehend aufgefordert, eine Änderung des EBM zu erwirken.

Begründung

Die Hausärzte werden bei der Gebührenordnung 30900 (kardiorespiratorische Polygraphie) systematisch benachteiligt. Bei den Ausschlüssen zur GOP 30900 ist vermerkt, dass die fachärztliche Grundpauschale (FGP) ausgeschlossen ist, was bei einem HNO-Arzt der GOP 09220 mit 27 Punkten, beim Pulmologen der GOP 13644 mit 41 Punkten entspricht. Bei den Hausärzten hingegen sind in den Ausschlüssen aufgezählt 03040 (138 Punkte) sowie sämtliche Chroniker-Zuschläge (03220 mit 130 und 03221 mit 40 Punkten und ggf. sogar die 03060 mit 22 Punkten). Während also ein Pulmologe maximal 41 Punkte verliert, verliert der Hausarzt bis zu 330 Punkte von den eigentlich 640 Punkten. Damit ist die Diagnostik bei „eigenen“ Patienten schon heute nicht mehr kostendeckend durchzuführen, da mehr die Hälfte der Punkte „verschluckt“ werden.

Noch dramatischer wird die Angelegenheit, wenn die sich am Horizont abzeichnende Reform der Strukturpauschale auf eine ganzjährige Pauschale Realität würde. Wenn diese dann zweifellos bedeutend höhere Strukturpauschale durch die kardiorespiratorische Polygraphie (PG) ausgeschlossen wäre, dann kann die PG zumindest für „eigene“ Patienten schlicht nicht mehr durchgeführt werden.

Die PG ist keine „Exoten“-Untersuchung, wie sie das vielleicht 2012/13 noch war (Reform des EBM, Einführung der Strukturpauschale 03040, siehe Schreiben Dr. Hofmeister vom 07.11.2023), sondern sie gehört zur grundständigen Abklärung einer jeden nicht ganz trivialen arteriellen Hypertonie dazu und gehört daher in die Hände der Hausärzte, nicht nur von Gebietsärzten. Die gegenwärtig schlechte Finanzierung ist zweifellos einer der Gründe, wieso die notwendige Untersuchung noch zu wenig bekannt und hausärztlich genutzt ist. Dies muss sich ändern können.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 29: Pharmasponsoring der Frühjahrstagung

Zukünftige Mitgliederversammlungen unseres Verbands sollen möglichst auf Pharmasponsoring verzichten.

Begründung

Sponsoring erschafft ungewollte Verpflichtungen und ggf. Abhängigkeiten. Wir wollen weder real abhängig oder verpflichtet sein noch in den Ruf von Vorteilsnahme kommen. Wir können unsere Feste selbst bezahlen und möchten es der DEGAM gleich tun: <https://www.degam.de/pharmafrei> (Und wenn das Geld nicht reicht, wird es halt schlichter.).

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 43: Fortführung des Programms der Nationalen Versorgungsleitlinien

Die Delegierten des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes mögen beschließen, den Vorstand zu beauftragen, auf die Träger des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) einzuwirken, dass die Angebote des ÄZQ und insbesondere die Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) erhalten und nahtlos fortgeführt werden. Dazu muss eine geeignete Anschlussstruktur bis zum 01.01.2025 geschaffen werden.

Begründung

Das ÄZQ ist eine gemeinsame Einrichtung zur Verbraucher- und Patientenberatung gemäß § 65b SGB von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Kernstück des ÄZQ ist das Programm der Entwicklung und Aktualisierung der NVL sowie die Bereitstellung von Patientinnen- und Patienteninformationen zur gemeinsamen Entscheidungsfindung und für die Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung.

Überraschend haben KBV und BÄK entschieden das ÄZQ zum 31.12.2024 zu schließen und die Angebote einzustellen. Die Nationalen Versorgungsleitlinien zu hausärztlich relevanten Themen wie unipolare Depression, Asthma oder Diabetes mellitus und die daraus abgeleiteten Patientinnen- und Patienteninformationen sind unerlässlich für eine qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Arbeit in der hausärztlichen Praxis.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 30: Bereitstellung von Umweltdaten für nachhaltige Produkte

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen und Hausärzteverbandes fordert Hersteller und Dienstleister im Gesundheitswesen auf, Daten zu ihren Produkten in Bezug auf den ökologischen CO₂-Fußabdruck und sonstige Umwelteinflüsse zu erheben und den Leistungserbringern in vergleichbarer Form zur Verfügung zu stellen. Dabei ist der gesamte Produktzyklus von der



Gewinnung der Rohstoffe, der Verarbeitung, dem Transport, der Verpackung, der Nutzung, dem Prozess einer Wiederverwertung, notwendige Instandhaltungen und die Entsorgung zu berücksichtigen.

Begründung

Die Gesundheitsversorgung verursacht einen relevanten Anteil der globalen Treibhausgasemissionen. Dabei entstehen mehr als Zweidrittel von diesen CO₂-Äquivalenten durch die Produktion, den Transport, die Verwendung und die Entsorgung und die damit verbundenen Dienste u. a. von Medizinprodukten und Arzneimitteln. Zusätzliche Klimaeffekte entstehen durch die Freisetzung von Treibhausgasen im Rahmen medizinischer Maßnahmen. Gut untersucht ist beispielsweise, dass die inhalativen Anästhetika in der Atmosphäre mit unterschiedlichen CO₂-Fußabdrücken vergesellschaftet sind, da die Gase unterschiedliche CO₂-Äquivalente und atmosphärische Lebensdauern auszeichnen. Analog zu den vorliegenden umfassenden Informationen über die Klimafolgen bei der Verwendung der Narkosegase Desfluran, Sevofluran, Enfluran und Isofluran könnte eine Information zu anderen Arzneimitteln und Medizinprodukten helfen, die Verwendung von besonders klima- und umweltschädlichen Produkten zu verringern.

Nur ein den Produktzyklus umfassender und vergleichbarer Ansatz zur Bewertung der ökologischen Belastung kann es der Ärzteschaft ermöglichen, dazu beizutragen, umweltfreundlichere Alternativen zu identifizieren und zu fördern. Die Erhebung der Daten ist sehr aufwändig und kann am effizientesten durch die Hersteller erfolgen. Eine Transparenz über die Umweltfolgen ermöglicht Anreize für die Forschung und Entwicklung umweltfreundlicherer Medizinprodukte, nachhaltiger Produktionsverfahren und umweltfreundlicher Verpackungen zu setzen. Zusätzlich kann die Politik den Rahmen für eine Berücksichtigung dieser Erkenntnisse bei Zulassungsverfahren und Qualitätsstandards vorgeben.

Folgende Studien über die Klimafolgen durch das Gesundheitswesens belegen beispielhaft die Notwendigkeit und das Potential, sich mit klimafreundlichen Alternativen in Diagnostik und Therapie auseinanderzusetzen:

- (1) Karliner J, Slotterback S, Boyd R, Ashby B, Steele K: Health care's climate footprint. How the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. Health Care Without Harm (HCWH) and Arup 2019
https://noharmglobal.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf
- (2) Sulbaek Andersen MP, Nielsen OJ, Wallington TJ, Karpichev B, Sander SP: Medical intelligence article: assessing the impact on global climate from general anesthetic gases. *Anesth Analg* 2012;114(5):1081–1085
https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2012/05000/assessing_the_impact_on_global_climate_from.24.aspx
[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 41: Förderung der Verordnung von Pulverinhalatoren

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands fordert den Gesetzgeber und die Krankenkassen auf, wirksame Anreize zu setzen, sodass wenn medizinisch möglich Dosieraerosole, insbesondere mit Apafluran, gegenüber den Pulverinhalatoren nachrangig verordnet werden. Dies kann z. B. über die Rabattverträge stattfinden.

Begründung

Chronische Atemwegserkrankungen wie Asthma bronchiale und die chronisch obstruktive Bronchitis (COPD) werden durch den Klimawandel bzw. seine Ursachen (wie die Feinstaub-belastung) begünstigt.

Die Treibhausgase wie Norfluran und Apafluran spielen eine große Rolle als Klima-aktive Komponente, sie wirken 1430 mal (Norfluran) bzw 3220 mal (Apafluran) stärker klimaerwärmend als CO₂. Diese sollen zum Schutze der Umwelt nicht mehr primär verordnet werden.

Eine Umstellung auf klimafreundlichere DPI ist für viele Betroffene gut möglich. Eine Umstellung auf klimafreundlichere DPI führte in der nachträglichen Auswertung einer randomisierten und kontrollierten Studie zu einer substantiellen Verringerung des Treibhausgasausstoßes ohne Nachteile in Bezug auf die Asthmakontrolle, nach systematischen Reviews bestehen keine klinisch relevanten Unterschiede zwischen DA und anderen inhalativen Arzneimitteln.

Quelle:

S2k-Leitlinie Klimabewusste Verordnung von Inhalativa (AWMF-Register-Nr. 053-059) Link - Beteiligte Fachgesellschaften: Federführend Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP); weitere beteiligte Fachgesellschaften: Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), Deutschen Patientenliga Atemwegserkrankungen e.V., Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin, Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP)

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 32: Präventionsprogramme müssen die Cannabislegalisierung begleiten

Die Bundesdelegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes erinnert den Gesetzgeber, dass mit der Cannabislegalisierung eine besondere Verantwortung des Staates für seine Bürger entsteht.

Deshalb fordert die Delegiertenversammlung Unterstützungsprogramme für den Ausstieg, aber auch unbedingt breit angelegte Aufklärungsprogramme, die vor den Risiken eines Gebrauchs informieren müssen. Diese ist aktuell nicht in ausreichendem Maße gegeben. Alleine eine Informationsseite des BMG reicht nicht aus.

Deshalb droht ein ähnlich risikobehafteter Umgang, wie dieser aktuell bereits beim Konsum von Alkohol oder Nikotin besteht, mit all seinen gesundheitlichen Langzeitfolgen.



Begründung

mündlich

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 35: Gesundheitskompetenz mit nichtmedikamentösen Maßnahmen erhöhen

Unser Verband möge sich öffentlich und über die entsprechenden Gremien (Deutscher Ärztetag/ Ärztekammern mit ihren Ausschüssen in Land und Bund / KV / KBV / politische Gremien) dafür einsetzen, dass die Gesundheitskompetenz durch Information zu nicht-medikamentösen Maßnahmen gefördert wird: In Gesundheitsinformationen zu Medikamenten bzw. Fachinformationen, sowie bei ärztlichen Fortbildungen sollen bei der Besprechung von Medikamenten nicht-medikamentöse Maßnahmen eine wahrnehmbare Rolle spielen, auch als Zeichen unserer Verantwortung für die Umwelt.

Begründung

Zur Stärkung der Selbstwirksamkeit der Patientinnen und Patienten und im Interesse einer wirtschaftlichen kontinuierlichen Patientinnen- und Patientenversorgung, sowie einer langfristigen Ressourcenschonung erscheint eine Stärkung der aktuell deutlich sinkenden Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung durch Kenntnis der nicht-medikamentösen Optionen in allen Bereichen essentiell und auf Zielgruppen ausgerichtet notwendig.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 36: Vorrang für evidenzbasierte Leitlinien in der hausärztlichen Routine

Wir wollen dafür eintreten (Deutscher Ärztetag / Ärztekammern mit ihren Ausschüssen in Land und Bund/ KV/ KBV / Politik), dass in der hausärztlichen Versorgung die Leitlinien unserer hausärztlichen Fachgesellschaft (DEGAM) Vorrang vor gebietsärztlichen Leitlinien haben. Gerade bei stabilen, chronisch kranken multimorbiden Patienten, sollte nicht jede kurzfristige Aktualisierung einer gebietsärztlichen Leitlinie, die gar im Widerspruch zur aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinie steht, das hausärztliche Handeln ändern.

Begründung

Die Kontinuität der hausärztlichen Verordnung vermindert Neben- und Wechselwirkungen, schont wirtschaftliche Ressourcen und die Umwelt. Eine Medikamentenumstellung sollte nur bei nachgewiesenem Nutzen im hausärztlichen Patientenkollektiv und bei eindeutigem, individuellem Benefit unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten erfolgen.



Hausärztinnen und Hausärzten soll der Rücken gestärkt werden, an guten Verschreibungen bei stabilen Patienten festzuhalten, auch wenn neue Medikamente direkt über die (Pharma-)Industrie und indirekt über Kliniken und Fachgesellschaften mit hohem Druck in die hausärztliche Versorgung drängen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 37: Ressourcenschonung durch Deprescribing/Absetzstrategien

Unser Verband möge sich öffentlich und über die entsprechenden Gremien (Deutscher Ärztetag / Ärztekammern mit ihren Ausschüssen in Land und Bund/ KV/ KBV) dafür einzusetzen, dass Informationen zu Deprescribing bzw. Absetzstrategien zu einem Bestandteil in Informationen zu Medikamenten - besonders auch bei Neueinführungen - werden: In Gesundheitsinformationen zu Medikamenten und bei ärztlichen Fortbildungen sollen Absetzstrategien einen wahrnehmbaren Platz einnehmen, auch als Zeichen unserer Verantwortung für die Umwelt.

Begründung

Zum Schutz der Patientinnen und Patienten sowie im Interesse einer wirtschaftlichen kontinuierlichen Patientinnen- und Patientenversorgung, sowie einer langfristigen Ressourcenschonung erscheint Kenntnis der Absetzstrategien /Deprescribing in allen Bereichen notwendig. Welche Instrumente gibt es, um Medikamente absetzen wie z. B. www.medstopper.com aus Kanada?

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 38: Kodex Anstellung

Die Delegiertenversammlung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes empfiehlt seinen anstellenden und angestellten Mitgliedern, sich an dem Kodex Anstellung zu orientieren. Dieser wird zusätzlich auf der Homepage des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes publiziert. Anstellende Mitglieder haben die Möglichkeit, ihre freiwillige Selbstverpflichtung zur Einhaltung der Empfehlungen über die Homepage des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes transparent zu machen.

Der Kodex (s. Anlage 1 zum Antrag) gibt konkrete Empfehlungen zu folgenden Punkten ab:

- Zusammenarbeit
- Hausbesuche
- Befristung eines Arbeitsverhältnisses und Probezeit
- Gehalt
- Urlaub
- Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit



- Arbeitszeiten
- Übernahme von Fortbildungskosten
- Mitarbeitendengespräch
- Beendigung von Arbeitsverhältnissen

Begründung

Als Hausärztinnen- und Hausärzteverband vertreten wir die Interessen aller Hausärztinnen und Hausärzte. Wir setzen uns damit sowohl für die Anstellenden, als auch für die Angestellten ein und verstehen uns als vereinende Institution. Mit dem Kodex setzen wir ein Zeichen, um den Anspruch der vereinenden Institution gerecht zu werden.

Anlage 1:

1. Zusammenarbeit

Hausärztliche Praxen verstehen sich als Teampraxen. Der Zusammenarbeit kommt in der hausärztlichen Versorgung eine besondere Bedeutung zu. Regelmäßige Fallbesprechungen sind ein hilfreiches Instrument zur Qualitätssicherung. Die Einbindung von Angestellten in die Praxisorganisation ist in der Regel gewinnbringend für alle Kolleginnen und Kollegen.

Anstellende: Anstellende Ärztinnen und Ärzte erkennen die fachliche Unabhängigkeit der angestellten Fachärztinnen und Fachärzte an. Sie geben Angestellten ausreichend Möglichkeit eine tragfähige Arzt-Patientenbindung einzugehen.

Angestellte: Angestellte sind sich bewusst, dass sie das Unternehmen nach außen repräsentieren. Sie identifizieren sich mit der Praxis und handeln sowohl im unternehmerischen als auch im Sinne einer patientenzentrierten hausärztlichen Versorgung (Wir-Gefühl).

2. Hausbesuche

Hausbesuche sind Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit.

Anstellende: Anstellende Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen ein ausgewogenes Verhältnis von Sprechstunde zu Hausbesuchen. Sie stellen ein Fahrzeug zur Verfügung (bspw. VERAH[®] mobil oder Elektrofahrrad) oder finden eine Fahrtkostenregelung bei selbstgenutztem Fahrzeug.

Angestellte: Angestellte Ärztinnen und Ärzte erkennen an, dass sie im Rahmen ihrer Anstellung zu spontanen und regelmäßigen Hausbesuchen verpflichtet werden können.

3. Befristung eines Arbeitsverhältnisses und Probezeit

Anstellende / Angestellte: Anstellende Ärztinnen und Ärzte erkennen an, dass Befristungen unter bestimmten Voraussetzungen zulässig sind, jedoch im Sinne der Arbeitnehmerfreundlichkeit möglichst zu vermeiden sind und die Länge der Probezeit adäquat sein muss.

4. Gehalt

In den Gehaltsverhandlungen sollte von Anstellenden und Angestellten die regionale Situation der Praxis (Mietspiegel, Lebenshaltungskosten), der Anstellungs-Rechner des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes sowie die aktuell gültigen Tarifverträge der kommunalen Krankenhäuser berücksichtigt werden.



Anstellende: Anstellende Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen insbesondere im Rahmen der HZV (hausarztzentrierte Versorgung) die erschwerte Darstellung der Arbeitsleistung anhand der Abrechnungsziffern und die Zusatzaufgaben der Angestellten.

Angestellte: Angestellte Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen den Gesamtumsatz der Praxis und die Gesamtverantwortung der Anstellenden, sofern sie einen Einblick erhalten.

5. Urlaub

In Hausarztpraxen werden gewöhnlicherweise und über den gesetzlichen Urlaubsanspruch hinaus (20 Werktage bei einer 5-Tage-Arbeitswoche) ungefähr 30 Tage Urlaub gewährt. Dieser kann durch vereinbarten Sonderurlaub und auch Zusatzurlaub erweitert werden. Als häufigste Form des Sonderurlaubs werden 5 Fortbildungstage empfohlen.

Anstellende: Anstellende Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen, dass genehmigte, nicht vom Anstellenden veranlasste Wochenendfortbildungen auf die Arbeitszeit angerechnet werden können und dass Angestellten grundsätzlich frei zu wählende Urlaubstage zustehen.

Angestellte: Angestellte Ärztinnen und Ärzte erkennen an, dass sich ihre Urlaubplanung regelhaft nach den Erfordernissen der Praxis richtet und daher nicht alle Urlaubstage frei wählbar sind.

6. Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit

Die Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit (inkl. Rufbereitschaft und Bereitschaftsdienst) sollte arbeitsvertraglich geregelt werden. Ein Diensthandy kann hilfreich sein.

Anstellende: Anstellende Ärztinnen und Ärzte erkennen an, dass sie nicht alle ihre Rufbereitschaften oder Bereitschaftsdienste auf Angestellte weitergeben können und dass Angestellte außerhalb der Arbeitszeit nicht erreichbar sein müssen.

Angestellte: Angestellte Ärztinnen und Ärzte erkennen an, dass Rufbereitschaft und Bereitschaftsdienste Bestandteil der (kassen-)ärztlichen Tätigkeit sind und berücksichtigen, dass sich die Zahl der Rufbereitschaften und Bereitschaftsdienste für Anstellende aufgrund der Anstellung erhöht.

7. Arbeitszeiten

7.1 Wöchentlicher Arbeitsumfang

Im Arbeitsvertrag wird eine wöchentliche Arbeitszeit festgelegt. Die KV legt für einen vollständigen Versorgungsauftrag mind. 25 Sprechstunden / Woche fest.

Anstellende: Anstellende Ärztinnen und Ärzte erkennen an, dass Angestellten ausreichend Arbeitszeit für die Vor- und Nachbereitung der Sprechstunde / der Hausbesuche zur Verfügung zu stellen ist (bspw. für 4 Std. Sprechstunde je 1 Std. Vor-/Nachbereitung).

Angestellte: Angestellte Ärztinnen und Ärzte erkennen an, dass Anstellende Arbeitszeit innerhalb der Sprechstunde für organisatorische Aufgaben benötigen.

7.2 Überstunden und Mehrarbeit

Überstunden und Mehrarbeit sollten grundsätzlich lediglich temporär anfallen.

8. Übernahme von Fortbildungskosten

Fort- und Weiterbildungen bringen Vorteile für beide Seiten.



Anstellende: Anstellende berücksichtigen die Fortbildungsverpflichtung der Angestellten, die u. a. durch Mitgliedsangebote des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes abgedeckt werden kann. Des Weiteren kann eine Beteiligung an den Fortbildungskosten ein sinnvolles Instrument der Mitarbeitendenbindung sein und gleichzeitig steuerliche Vorteile bringen.

Angestellte: Angestellte Ärztinnen und Ärzte erkennen an, dass die Teilnahme an Fortbildungen mit Arbeitszeitausgleich genehmigungspflichtig ist. Sie berücksichtigen, dass eine Beteiligung an den Fortbildungskosten durch Anstellende eher gewährt werden kann, wenn ein Mehrwert für die Praxis entsteht.

9. Mitarbeitendengespräch

Ein regelmäßiger Austausch ist für den Praxisbetrieb und das Praxisklima sinnvoll. Sie finden während der Arbeitszeit statt.

Anstellende: Anstellende erkennen an, dass regelmäßige Mitarbeitendengespräche ein hilfreiches Instrument für die Arbeitsmotivation und für die Optimierung von Praxisabläufen sind.

Angestellte: Angestellte Ärztinnen und Ärzte erkennen an, dass Mitarbeitendengespräche grundsätzlich wahrzunehmen sind, die im Rahmen des Weisungsrechts erfolgen.

10. Beendigung von Arbeitsverhältnissen

Eine Kündigung bedarf der Schriftform und kann sowohl ordentlich als auch außerordentlich erfolgen. Ziel ist die Kollegialität über die Kündigung hinaus zu bewahren.

Anstellende: Anstellende erkennen an, dass Angestellte unabhängig von den Bedingungen der Beendigung des Arbeitsverhältnis Recht auf ein zeitnahes und wohlwollendes Arbeitszeugnis haben und dass kurzfristige Kündigungen belastend für Angestellte sind.

Angestellte: Angestellte sollten aufgrund der engen Patientenbindung eine Kündigung mit ausreichendem Vorlauf bekannt geben.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)