



Beschlüsse der Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzterverbandes

Frühjahrstagung | 21./22. April 2023 | Münster



TOP 2. - BERICHT DES BUNDESVORSITZENDEN ZUR LAGE	3
Beschluss 11: Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen	3
Beschluss 4 Neu: EBM-ÄNDERUNG	4
Beschluss 3 Neu: Vergütung für das Management beim Medikamentenaustausch in Apotheken	4
Beschluss 20 Neu: Vergütung qualifizierter Assistenzberufe in der Hausarztpraxis	5
Beschluss 25 Neu: Praxisstandorte sichern, Inflation ausgleichen, Patientenversorgung sichern	6
Beschluss 13: Bonus für Versicherte, die an der HZV teilnehmen	6
Beschluss 7 Neu: Medizinische Fachangestellte mehr wertschätzen!	7
Beschluss 1: Notdienstreform	8
Beschluss 27 Neu: Keine Parallelstrukturen im Notdienst	9
Beschluss 21: Nachbesserungsbedarf Eckpunktepapier MVZ-Regulierungsgesetz	11
Beschluss 23: Arztzeit muss wieder Patientenzeit werden	14
Beschluss 28: Unterversorgung verhindern, regionale Versorgungsmodelle stärken	15
Beschluss 8 Neu: Appell zur Gestaltung der hausärztlichen Zukunft	15
Beschluss 14 Neu: Quote telemedizinische Versorgung	16
TOP 4. - DIGITALISIERUNG	17
Beschluss 17: Digitale Plattform für Patientinnen und Patienten	17
Beschluss 2: Elektronische Patientenakte	19
Beschluss 16: TI-Sicherheit ist nicht ausschließlich Aufgabe der Praxen	20
TOP 9. - 127. DEUTSCHER ÄRZTETAG 2023, VERSCHIEDENE THEMEN	21
Beschluss 5: Ärztliche Approbationsordnung: Reform darf nicht weiter verschleppt werden	21
Beschluss 24 Neu: Masterplan Medizinstudium 2020 endlich umsetzen	22
TOP 11. - ANTRÄGE ZU ANDEREN THEMEN UND VERSCHIEDENES	23
Beschluss 6: Positionspapier des Deutschen Hausärzterverbandes zur Förderung klimaschützender und resilienter Hausarztpraxen	23
Beschluss 9: Preis für gute Weiterbildung	26
Beschluss 12: Reform des Impfwesens in Deutschland	26
Beschluss 22: Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzbuches (StGB) - Mögliche Streichung der §§ 218 ff. StGB	30



TOP 2. - Bericht des Bundesvorsitzenden zur Lage

Beschluss 11: Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen

Die Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzteverbandes fordert die Politik und den Gesetzgeber auf, ihr Versprechen aus dem Koalitionsvertrag einzulösen und zeitnah die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen, auf der Grundlage der im 15. Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)) verabschiedeter Regelungen zur Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte, im Wege des parlamentarischen Gesetzgebungsverfahrens umzusetzen.

Begründung

Hausärztinnen und Hausärzte spielen bei der Versorgung der Bevölkerung eine zentrale Rolle. Sie sind erste Ansprechpartner bei allen gesundheitlichen Problemen und haben in der Pandemie gezeigt, wie unverzichtbar sie sind. Sie leisten damit einen enormen Beitrag zur Gesundheitsversorgung und bieten insbesondere eine sprechende und patientenzugewandte Medizin.

Aber gerade die sprechende Medizin und die damit verbundene Zeit und Zuwendung ist in der aktuellen Vergütungssystematik unterfinanziert und muss dringend besser honoriert werden. Hausärztinnen und Hausärzte nehmen sich Zeit, um ihren Patientinnen und Patienten zuzuhören, Gesundheitsprobleme zu besprechen und maßgeschneiderte individuelle Lösungen zu finden und ermöglichen so eine ganzheitliche Betrachtung der Gesundheitsprobleme ihrer Patientinnen und Patienten. Sie bieten damit nicht nur medizinische Hilfe, sondern auch emotionale Unterstützung und Beratung. Die Bedeutung der sprechenden Medizin wird in Zeiten der Technologisierung und Standardisierung der Medizin immer wichtiger und förderungswürdiger.

Daneben ist die aktuelle Vergütungssystematik im EBM 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 Vertragspartner und jetzigen Regierungsparteien 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 wichtig, dass dieses Versprechen eingelöst wird, um die hausärztliche Versorgung zu fördern und auch für den Nachwuchs weiter attraktiv zu machen. Nur so kann sichergestellt werden, dass eine hochwertige und individuelle Gesundheitsversorgung aufrechterhalten werden kann.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 4 Neu: EBM-ÄNDERUNG

Wir fordern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

- die Aufhebung der Budgetierung der GOP 03230, die aktuell nur einmal pro Quartal bei der Hälfte der Patienten honoriert wird.
- die Einführung einer zusätzlichen GOP im Rahmen einer Struktur- oder Managementpauschale
- hinsichtlich der Vergütung der NÄPA, die Aufhebung der reinen Fallbezogenheit

Begründung

Es gibt massive Steigerungen von Beratungsanlässen durch Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen. Bei diesen Beratungen müssen umfangreiche Koordinierungsleistungen zwischen Patientin oder Patient, Familie, Pflegediensten sowie nachfolgenden Leistungserbringern (KG, Ergotherapeuten etc.) auf den Weg gebracht werden. Diese sind im derzeitigen EBM in keiner Weise abgebildet.

Die hausärztlichen Teampraxen heutiger Prägung versorgen immer mehr kranke und pflegebedürftige Patientinnen und Patienten. Nur durch die gemeinsame Arbeit von MFA, VERAH®/NÄPA unter ärztlicher Führung können wir überhaupt die Flut an gesundheitlichen und sozialen Fragestellungen bewältigen. Dies kann nur durch gut ausgebildete Teams sichergestellt werden. Die Praxishonorare müssen diesen Leistungen entsprechend angepasst werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 3 Neu: Vergütung für das Management beim Medikamentenaustausch in Apotheken

Wir fordern, dass die Mehrarbeit, die in deutschen Hausarztpraxen durch die zunehmenden Anrufe von Apotheken wegen der fehlenden Verfügbarkeit verordneter Medikamente entsteht, angemessen vergütet wird.



Begründung

Ausgelöst von der politisch gewollten ruinösen Preispolitik der Krankenkassen gegenüber den Arzneimittelherstellern haben viele von diesen die Konsequenz gezogen und den deutschen Markt verlassen. Ebenso führen die Schwierigkeiten in den globalen Lieferketten zu massiven Schwierigkeiten in der Medikamentenproduktion.

Konsekutiv fehlen mittlerweile regelmäßig selbst Basis-Medikamente wie Antibiotika oder Antihypertensiva. Um die notwendige medikamentöse Versorgung zumindest partiell sicherzustellen, müssen sich Apotheker und Ärzte regelhaft besprechen, welche Alternative für die Patientinnen und Patienten das geringste gesundheitliche Risiko bedeutet. Jede Sprechstunde wird mittlerweile mehrfach von derartigen Anrufen gestört.

Für diese unverschuldete Mehrarbeit müssen die Ärztinnen und Ärzte ein adäquates Honorar erhalten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 20 Neu: Vergütung qualifizierter Assistenzberufe in der Hausarztpraxis

Die Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzteverbandes fordert die Krankenkassen als HZV-Vertragspartner auf, die Leistung qualifizierter Assistenzberufe im Rahmen der HZV-Verträge angemessen außerhalb bestehender Obergrenzen im Rahmen von Zuschlägen (z. B. Strukturpauschalen / Teampraxis-Zuschlägen) zu vergüten und in entsprechende Verhandlungen mit den Landesverbänden einzutreten.

Begründung

Die Sicherstellung des Fachkräftebedarfs ist eine zentrale politische Herausforderung und fordert auch die Praxisinhaberinnen und -inhaber heraus.

Vor diesem Hintergrund hat der Deutsche Hausärzteverband im vergangenen Jahr zusammen mit der FOM Hochschule erfolgreich einen Bachelor Studiengang für die Medizinische Fachangestellte mit bereits bestehender Qualifizierung zur VERAH® (Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis) etabliert.

So soll die Attraktivität des Berufs der Medizinischen Fachangestellten gesteigert und die medizinische Versorgung der Bevölkerung durch den Ausbau von Teamstrukturen im hausärztlichen Bereich künftig gewährleistet werden können.

Die zusätzliche Qualifikation der Absolventinnen und Absolventen muss sich naturgemäß auch in einer höheren Entlohnung niederschlagen, die nicht ausschließlich durch die



Praxisinhaberinnen und -inhaber sowie dem derzeitigen Vergütungssystem aufgefangen werden kann.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 25 Neu: Praxisstandorte sichern, Inflation ausgleichen, Patientenversorgung sichern

Die Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzterverbandes fordert den Gesetzgeber auf, zeitnah für die gestiegenen Lebenshaltungskosten einen Ausgleich in die Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte (KV, HZV, GOÄ, BG) als Sonderleistung einzubringen.

Begründung

Durch die steigenden Lebenshaltungskosten (Energie, Inflation) kommt es zu einem personellen Ausbluten der Praxen. Wer keine adäquaten Löhne zahlen kann, wird auf dem Arbeitsmarkt nicht bestehen.

Wer die ambulante Versorgung in der Fläche sichern will, muss auch die Hausarztpraxen befähigen qualifiziertes Personal finanzieren zu können. Die Honorarverhandlungen der KV von aktuell 2 % und die fehlende Novellierung der GOÄ werden nicht ausreichen ein finanzielles Ausbluten der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte zu verhindern. Der Wechsel der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in finanziell lukrativere Berufe findet jetzt schon statt.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 13: Bonus für Versicherte, die an der HZV teilnehmen

Die Delegierten des Deutschen Hausärzterverbandes fordern den Gesetzgeber auf, die Regelungen zum Bonus für Versicherte, die an der HZV teilnehmen, so anzupassen, dass der Bonus regelmäßig durch die Krankenkassen gewährt wird, unabhängig von prospektiven Wirtschaftlichkeitsberechnungen.

Begründung

Die hausarztzentrierte Versorgung hat sich als effektives Modell erwiesen, um eine qualitativ hochwertige und ressourcenschonende Versorgung für alle Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Ein wichtiger Aspekt der hausarztzentrierten Versorgung ist die kontinuierliche und koordinierte Betreuung durch eine Hausärztin/einen Hausarzt, der als erste Ansprechpartnerin und erster Ansprechpartner für medizinische Anliegen dient und den Patientinnen und Patienten bei Bedarf an Fachärztinnen und Fachärzte oder andere medizinische Dienstleister überweist.



Durch die Förderung der Teilnahme von Patientinnen und Patienten an der hausarztzentrierten Versorgung stellen Krankenkassen eine ressourcenschonende Versorgung sicher. Mit der HZV wird bspw. die Anzahl der unnötigen oder unnötig teuren Besuche bei Fachärztinnen und Fachärzten oder in Krankenhäusern reduziert, eine rationale Arzneimitteltherapie gefördert und die Versorgungsqualität insgesamt gesteigert. Es ist auch wahrscheinlicher, dass Patientinnen und Patienten regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen durchführen lassen, was zur Früherkennung von Krankheiten beiträgt und somit insgesamt geringere Gesundheitskosten verursacht.

Ein Bonusprogramm kann dazu beitragen, die Beziehung zwischen Hausärztinnen und Hausarzt und Patientinnen und Patienten zu stärken und das Vertrauen der Patienten in ihren Hausarzt zu fördern. Eine positive Beziehung zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und Patientinnen und Patienten trägt dazu bei, dass sich Patientinnen und Patienten besser betreut fühlen und eher bereit sind, medizinischen Empfehlungen zu folgen, was wiederum zu besseren Gesundheitsergebnissen führt.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 7 Neu: Medizinische Fachangestellte mehr wertschätzen!

Um die hausärztliche Teampraxis zu sichern und im Wettbewerb mit anderen Professionen bestehen zu können, fordern wir den Vorstand des Hausärzterverbandes auf, gemeinsam mit BÄK, KBV, VMF (Verband medizinischer Fachberufe) eine öffentlich wirksame Kampagne anzustreben, um die Attraktivität und Qualifikationsmöglichkeiten des Berufsbildes der MFA in der Hausarztpraxis auf geeigneten Kanälen sichtbar zu machen.

Begründung

Medizinische Fachangestellte sind für die hausärztliche Praxis unerlässlich! Sie übernehmen im Team essenzielle Aufgaben für die Organisation, für die Administration und im Kontakt mit den Patientinnen und Patienten.

Sie entlasten Hausärztinnen und Hausärzte, indem sie delegierbare Leistungen übernehmen. Trotzdem sind der Beruf und die Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung, bis hin zur Akademisierung vielen unbekannt. Die Übernahme weitergehender Versorgungsleistungen erfordert gleichzeitig eine angemessene Vergütung. Dies und die derzeit oft fehlende Wertschätzung durch die Politik ist zur Zeit der wichtigste Grund, warum wir sie an andere Berufsfelder verlieren.



Im Hinblick des Fachkräftemangels und der unglaublichen Leistungen der vorhandenen medizinischen Fachangestellten während der Corona-Pandemie, soll die Bedeutung der MFA für die Praxis unterstrichen werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 1: Notdienstreform

Die Bundesregierung und das BMG werden aufgefordert

1. die ambulanten Leistungserbringer und insbesondere den Hausärzteverband als Vertretung der Hausärztinnen und Hausärzte, deren Expertise in der Notdienstleistung maßgeblich ist und die den Notfalldienst jetzt schon als größte Gruppe gewährleisten, an den Überlegungen und der Ausgestaltung der Notfalldienstreform zu beteiligen. Kommissionen ohne Beteiligung des Hausärzteverbandes sind ungeeignet, Reformvorhaben des Notfalldienstes zu planen.
2. Patientinnen und Patienten vor Fehlversorgung zu schützen durch Einführung eines verpflichtenden Ticketsystems zur Ersteinschätzung der Dringlichkeit, z. B. über evaluierte digitale algorithmengestützte Tools.
3. der Erwartungshaltung, Routineversorgung 24/7 auch unter Inanspruchnahme der Kliniken erhalten zu können, muss politisch entgegengewirkt werden.
4. sozialverträgliche Maßnahmen einzuführen für Patientinnen und Patienten, die das Ticketsystem zur Ersteinschätzung umgehen.
5. die Notfallversorgung als Teil der Daseinsfürsorge und fallzahlunabhängig zu finanzieren.

Begründung

Eine 24/7-Notfallversorgung durch ambulante Leistungserbringer ist realitätsfern und ausschließlich von Hausärztinnen und Hausärzten und Chirurginnen und Chirurgen neben dem Praxisbetrieb nicht zu leisten. Eine kürzlich erschienene Übersicht des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zeigt die Entwicklung der ambulanten Notfälle in Kliniken und im ärztlichen Bereitschaftsdienst. Im Jahr 2019 wurde der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen demnach ca. 8,2 Mio. Mal und die Notfallambulanzen der Krankenhäuser 10,6 Mio. Mal in Anspruch genommen. Die existierenden Gutachten beklagen vor allem eine Fehlsteuerung von Patientinnen und Patienten, die einer dringlichen Notfallbehandlung nicht zwingend bedürfen, und als Folge daraus überlange Wartezeiten in den Notfallaufnahmen erzeugen. Als Konsequenz aus diesen Gutachten hat die letzte Bundesregierung den G-BA beauftragt, ein Konzept zur Ersteinschätzung zu erarbeiten, dieses liegt vor.



Vorgesehen ist, dass alle Notfallpatientinnen und -patienten die Ersteinschätzung per Telefon, digital oder persönlich unverzüglich erhalten sollen. Minutenlange Warteschleifen sind inakzeptabel. Das Ersteinschätzungsverfahren selbst sollte innerhalb von zehn Minuten abgeschlossen sein.

Die Einschätzung kann durch evaluierte digitale Tools vorgenommen werden, eine Ärztin oder ein Arzt sollte erreichbar bzw. zuschaltbar sein.

Mit dem Ersteinschätzungsverfahren sollten die Dringlichkeiten priorisiert und Empfehlungen für eine geeignete Versorgung abgegeben werden. Bei verzögerter Dringlichkeit sollte die weitere Versorgung, z.B. im Regelbetrieb am nächsten Tag, nahtlos organisiert werden.

Um ein solches Ersteinschätzungsverfahren effektiv zu etablieren, sollte es aus unserer Sicht durch ein Ticketsystem ergänzt werden. Durch ein solches Ticket wäre der Patient der versorgenden Rettungsstelle oder Praxis als berechtigter Notfall vorab angemeldet, was für ihn eine kürzere Wartezeit bedeuten würde.

Patientinnen und Patienten ohne ein entsprechendes Notfallticket nehmen die Rettungsstellen unberechtigt in Anspruch, verzögern die Behandlung von dringlicheren Notfällen und tragen zur Überlastung des Personals bei. Daher sollte in diesen Fällen eine Zuzahlung verpflichtend eingeführt werden.

Sowohl der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen als auch der Betrieb der Krankenhausnotaufnahmen sind ein Zuschussgeschäft. Im KV-Bereich wird der defizitäre Notfallbetrieb mittels Kopfpauschalen und Umsatzabgaben seit Jahren subventioniert. Auch in den Kliniken ist der Unterhalt der Notfallambulanzen defizitär und muss demnach durch Erlöse aus dem stationären Bereich quersubventioniert werden.

Eindeutig gehört die Notfallversorgung in den Bereich der Daseinsfürsorge und kann nicht fallzahlabhängig finanziert werden. Dies ist in anderen Bereichen der Daseinsfürsorge (z. B. bei den Berufsfeuerwehren) auch nicht so konzipiert. Daher ist der Notdienst fallzahlunabhängig zu finanzieren.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 27 Neu: Keine Parallelstrukturen im Notdienst

Die Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzterverbandes unterstützt die Regierungskommission für die Krankenhausreform in ihrem Anliegen, die Notfallversorgung der einzelnen Sektoren im Gesundheitswesen besser aufeinander abzustimmen und, soweit möglich,



integrierte Strukturen zu schaffen. Insbesondere die Etablierung eines einheitlich genutzten, sektorübergreifenden Ersteinschätzungssystems wird unterstützt.

Die Ausgestaltung allein aus der Sicht der Krankenhäuser und der dort einzurichtenden zentralen Notfallambulanzen, wie u.a. von der Regierungskommission vorgeschlagen, wird abgelehnt.

Begründung

Folgende Aspekte der Stellungnahme der Regierungskommission werden besonders kritisiert:

- Für die Ausgestaltung des vertragsärztlichen Notdienstes darf keineswegs das Ziel aus dem Auge verloren werden, die Stabilisierung der gesundheitlichen Situation der Patientinnen und Patienten bis zu den nächsten vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten zu erreichen. Der vertragsärztliche Not- und Bereitschaftsdienst ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kein Surrogat einer regelmäßigen vertragsärztlichen Behandlung. Angebote einer KV-Notdienstpraxis zu Öffnungszeiten der vertragsärztlichen Praxen stehen diesem Grundsatz entgegen und würden zu einer unvermeidbaren Mehrbelastung der Ärzteschaft und der nicht ärztlichen Mitarbeitenden führen, was eine weitere Abwanderung aus der Patientenversorgung absehbar werden lässt.
- Der in der Stellungnahme anerkannte Personalmangel in den Notaufnahmen/ Bereitschaftspraxen/INZ von Kliniken und KV muss gerade zu einer ressourcenschonenden Beschränkung der Anzahl, der Öffnungszeiten und der erforderlichen Personalausstattung der INZ und KINZ und der telemedizinischen Angebote auf ein entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach SGB V genanntes Maß führen.
- Telemedizinische Angebote dürfen nur nach einer wissenschaftlichen Prüfung der Umsetzbarkeit und Risikoabwägung und stufenweise eingeführt werden. Dabei sind Videosprechstunden nur dann sinnvoll, wenn sie sowohl gegenüber telefonischen Kontakten einen Mehrwert bieten als auch dadurch bei vielen Patientinnen und Patienten eine persönliche Untersuchung vermieden werden kann.
- Ebenso wird ein telemedizinisches allgemein- und kinderärztliches Angebot in integrierten Leitstellen insbesondere zu regulären Praxisöffnungszeiten abgelehnt. Die haus- und kinderärztlichen Praxen kennen die von ihnen betreuten Patientinnen und Patienten und können sie besser und ressourcensparsamer versorgen. Außerdem würden dadurch Ärztinnen und Ärzte und nicht ärztliche Mitarbeitende für die Versorgung in den Praxen fehlen mit entsprechenden Lücken in der Regelversorgung.
- Die gleichzeitige bundesweite Einführung einheitlicher Strukturen in der Notfallversorgung wird als kritisch angesehen. Die Auswirkungen vieler Maßnahmen sind nicht absehbar und mit deren deutlichen Interaktionen keinesfalls evident wissenschaftlich kalkulierbar. Sinnvoller ist es, auf bewährten Strukturen in den Regionen aufzubauen, einzelne Maßnahmen in ausgesuchten Regionen umzusetzen und aus den



Erfahrungen der Umsetzung zu lernen. Dadurch könnten aktuelle Änderungen in der Notdienstversorgung wie zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen, wo gerade eine umfassende Reform der KV-Notfallversorgung kurz vor dem Abschluss steht, auch gewürdigt werden und die Erfahrungen in die langfristige Entwicklung eingebracht werden.

- Für die Einführung von Facharztbezeichnungen und die Definition der Weiterbildungsinhalte und -zeiten sind die Ärztekammern zuständig. Die Vorgabe zur Einführung einer neuen Facharztqualifikation z.B. „Notfallmedizin“ durch die Politik und den Gesetzgeber wird ebenso wie die Forderung nach Zusatzqualifikationen durch die KVen abgelehnt. Das bestehende Angebot der ärztlichen Weiter- und Fortbildungen im Bereich der Notfallversorgung wurde unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnis und der medizinischen Erfordernisse in der Ärzteschaft konsentiert und als ausreichend differenziert angesehen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 21: Nachbesserungsbedarf Eckpunktepapier MVZ-Regulierungsgesetz

Die Delegierten des Deutschen Hausärzteverbandes begrüßen dem Grundsatz nach die dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 27. März 2023 zugrundeliegenden Eckpunkte für ein MVZ-Regulierungsgesetz, sehen jedoch Nachbesserungsbedarf insbesondere mit Blick auf die Ausgestaltung der regionalen Beschränkungen der Gründungsbefugnisse sowie die Notwendigkeit der Begrenzung der Anzahl der Zulassungen in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ).

Auch in Zukunft müssen sich Umfang und Ausgestaltung der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland vordringlich am medizinischen Versorgungsbedarf und am Gemeinwohl und nicht an finanziellen Renditeerwartungen von Kapitalinvestoren orientieren.

Es bedarf daher klarer rechtlicher Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung der Gründung und des Betriebs Medizinischer Versorgungszentren und daher eine noch stärkere regionale Beschränkung der Gründung eines MVZ durch ein zugelassenes Krankenhaus in seinem Einzugsgebiet innerhalb von 30 km sowie die Begrenzung des Versorgungsanteils des MVZ in dem Planungsbereich der KV, in dem die Gründung beabsichtigt ist, auf max. 5 Prozent der hausärztlichen Sitze.

Ferner sollten keine Anstellungsgenehmigungen nach § 95 Abs. 2 Satz 7 SGB V für Ärztinnen und Ärzten eines Krankenhaus-MVZ in Fachrichtungen, die nicht hauptamtlich oder zumindest belegärztlich am Haus durch Fachabteilungen vertreten sind, sowie keine hausärztlichen



Krankenhaus-MVZ und keine Anstellung von Hausärztinnen und Hausärzten (keine Zuweiserfunktion von Hausärztinnen / Hausärzten in Krankenhaus-MVZ) zulässig sein.

Begründung

Die Delegierten des Deutschen Hausärzterverbandes haben - angesichts der auch im hausärztlichen Bereich zunehmenden Konzentration auf wenige MVZ-Inhaber sowie daraus resultierender Entwicklungen wie die Schwächung der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit, in den vergangenen Jahren bereits verschiedentlich eine Regulierung der sog. Investorengeführten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gefordert.

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit haben am 27.03.2023 im Rahmen einer Videokonferenz beschlossen „aufgrund des steten Wachstums von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und den damit verbundenen, insbesondere von investorengetragenen MVZ (iMVZ) ausgehenden, Risiken für eine flächendeckende und das gesamte Behandlungsspektrum abdeckende Versorgung ...“ die Gründung und den Betrieb von MVZ zu regulieren.

Zur Umsetzung des Beschlusses soll durch die Bundesländer Bayern und Rheinland-Pfalz unter Zugrundelegung des „Eckpunktepapiers zur Regulierung von MVZ“ der Sonder-Amtschefkonferenz eine Gesetzesinitiative der Länder im Bundesrat erarbeitet werden.

Die ÄrzteZeitung berichtet in ihrer Online-Ausgabe vom 28.03.2023 zu diesen Eckpunkten wie folgt:

Bund-Länder-Arbeitsgruppe - Lange Wunschliste der Länder zur MVZ-Reform

Die Bundesländer wollen den Gründungsspielraum insbesondere für Klinik-MVZ deutlich einschränken. Dass sich aber Investoren künftig nicht mehr an MVZ beteiligen dürften, wird keineswegs verlangt.

Berlin. Mitte 2022 wurde das Bundesgesundheitsministerium von der Gesundheitsministerkonferenz beauftragt, eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einzurichten, um den weiteren Gesetzgebungsbedarf hinsichtlich Medizinischer Versorgungszentren auszuloten – vor allem mit Blick auf institutionelle Kapitalbeteiligungen.

Die AG hat inzwischen wiederholt getagt. Resultat sind unter anderem neun „Eckpunkte für ein MVZ-Regulierungsgesetz“. Bayern ist damit beauftragt, auf Basis dieses Konzeptpapiers eine Gesetzesinitiative im Bundesrat vorzubereiten. Und das wünschen sich die Länder in Sachen „Neujustierung der Rahmenbedingungen für die Gründung und den Betrieb von MVZ“:

Schilderpflicht. MVZ-Träger und -Betreiber sowie dessen Rechtsform sollen auf dem Praxisschild abzulesen sein. Dadurch soll es sowohl Patienten als auch institutionellen Akteuren des Gesundheitswesens ermöglicht werden, „die hinter MVZ stehenden wirtschaftlich Beteiligten ohne größeren Aufwand zu identifizieren.“

MVZ-Register. In einem MVZ-Register sollen auch nachgelagerte Inhaberstrukturen eines Trägers verzeichnet werden. Das Register wäre nach dem Willen der Länder bei den KVen zu führen und in Teilen öffentlich zugänglich.

Regionale Beschränkung. Die MVZ-Gründungsbefugnis der Kliniken soll auf den KV-Bezirk sowie einen unmittelbar benachbarten Bezirk begrenzt werden, in dem die Klinik ihren Sitz hat. Alternativ wird eine Begrenzung auf die arztgruppenbezogenen Planungsbereiche vorgeschlagen, die – ganz oder teilweise – maximal 50 Kilometer rund um die Klinik liegen. In unterversorgten Planungsbereichen soll es Ausnahmen geben. Der genannte 50-Km-Radius entspreche „ungefähr der Fläche von drei bis vier größeren Landkreisen“, heißt es zur Erläuterung. Diesen Vorschlag trägt Berlin laut Protokollanmerkung „auf Arbeitsebene“ nicht mit.

Versorgungsanteil limitieren. Neue MVZ ein und desselben Trägers sollen hausärztlich auf höchstens 25 Prozent Versorgungsanteil im relevanten Planungsbereich kommen dürfen, fachärztlich auf maximal 50 Prozent pro Fachgruppe. „Für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sind Ausnahmen vorzusehen“, heißt es auch hier. Darüber hinaus soll der Versorgungsanteil bezogen auf den KV-Bezirk hausärztlich nicht über fünf Prozent und fachärztlich nicht mehr als zehn Prozent erreichen dürfen. Auch dieser Vorschlag wird von Berlin nicht mitgetragen.

Kein Sitzerwerb mehr durch Anstellung. Die Möglichkeit, dass MVZ Arztsitze erwerben, indem Niedergelassene auf ihre Zulassung verzichten und dann im MVZ angestellt weiterarbeiten, soll entfallen. Zur Begründung heißt es, diese sozialrechtliche Option ohne Bewerberauswahl „benachteiligt niederlassungswillige Ärzte, die als Freiberufler an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen wollen“.

Konzeptbewerbung streichen. Auch die sogenannte Konzeptbewerbung, wonach sich MVZ im Nachbesetzungsverfahren mittels Präsentation eines Versorgungskonzepts um einen Vertragsarztsitz bewerben können, soll wegfallen. „Im Ergebnis“, so die Länder, führe die Konzeptbewerbung „zu einer faktischen Privilegierung der (zahn-)ärztlichen MVZ gegenüber niederlassungswilligen Ärzten in einer Einzelpraxis, da ein besonderes Kriterium geschaffen wurde, auf das die Bewerbung im Nachbesetzungsverfahren allein gestützt werden kann“. Auch bestehe die Gefahr, dass sich MVZ mit „Scheinkonzepten“ bewerben, die sie nachher nicht umsetzen.



Zulassungen für Ärzte in KV-Einrichtungen. KVen sollen das Recht erhalten, Vertragsarztzulassungen an die in ihren Eigeneinrichtungen angestellten Ärzte zu übertragen, damit diese sich selbstständig machen können. Dieser Vorschlag dient nur marginal der MVZ-Regulation. Hierzu heißt es lediglich, durch die Zulassungs-Übertragung an Ärzte in Eigeneinrichtungen lasse sich ausschließen, „dass freie Vertragsarztsitze von MVZ aufgekauft und innerhalb des Planungsbereichs verlagert werden“. Dieser Vorschlag wird von Sachsen-Anhalt nicht mitgetragen.

Weisungsfreiheit stärken. Ärztliche MVZ-Leiter, bereits heute laut SGB V ausdrücklich in medizinischen Entscheidungen weisungsfrei, sollen zusätzlich besondere Abberufungs- und Kündigungsschutzrechte erhalten. Arbeitsverträge mit Ärztinnen und Ärzten auf dem MVZ-Chefsessel sollen sowohl der KV als auch dem Zulassungsausschuss zur Prüfung vorgelegt werden, „ob deren Inhalte die ärztliche Entscheidungsfreiheit einschränken“.

Disziplinarstrafen. KVen sollen Disziplinarstrafen bei Verletzung vertragsärztlicher Pflichten künftig nicht nur – wie derzeit – gegen ihre Mitglieder verhängen können, sondern ebenso gegen MVZ. Außerdem soll ein Passus ins SGB V aufgenommen werden, „wonach auch MVZ die Zulassung entzogen werden kann, sofern diese nicht sicherstellen, dass MVZ-Ärzte ihren vertragsärztlichen Pflichten nachkommen“.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 23: Arztzeit muss wieder Patientenzeit werden

Die Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzterverbandes fordert die Politik auf, die Bürokratielast – insbesondere die redundante „Qualitätsbürokratie“ drastisch zu reduzieren.

Begründung

Die Versorgung der Bevölkerung wird von Ärztinnen und Ärzten auf hohem qualitativem Niveau realisiert. Die Körperschaften der KV, der Ärztekammer wachen über die Einhaltung des Versorgungsstandards. Die hierfür notwendigen Kontroll- und Prüfverfahren sind schon eine Belastung. Die von den Krankenkassen immer wieder nachgeforderten Unterlagen, die vielfach schon bei den Krankenkassen vorhandene Informationen bestätigen, sind sinnfreie Arbeiten, die Ärztinnen und Ärzte von der Patientinnen- und Patientenversorgung fernhalten.

Diese Aufgaben können Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter bei den Krankenkassen durch ein intelligenteres Datenmanagement genauso dort erledigen. Wir Ärztinnen und Ärzte wollen eine Rückbesinnung auf die eigentlichen ärztlichen Aufgaben und Tätigkeiten: Die medizinische Versorgung und ärztliche Betreuung unserer Patientinnen und Patienten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 28: Unterversorgung verhindern, regionale Versorgungsmodelle stärken

Die Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzterverbandes unterstützt die Entwicklungen von Teamarztpraxen und zukunftsorientierten komplexeren Kooperationsmodellen und sieht hierbei einen Beitrag, die drohende Unterversorgung in zunehmend unterversorgten Gebieten abzumildern.

Begründung

Im ländlichen Raum herrscht das Modell der Einzelpraxen vor. Diese können mangels Nachfolge nicht nachbesetzt werden und werden nach und nach aufgegeben werden. Hierdurch kommt es schon aktuell zu einer Unterversorgung. Zunehmend werden im städtischen Bereich ebenfalls Praxen nicht nachbesetzt. Das Problem wird in den nächsten Jahren zunehmen.

Der Deutschen Hausärzterverbandes unterstützt deshalb die Entwicklung von zukunftsweisenden Versorgungsstrukturen. Hierzu gehören berufsgruppenübergreifende Netzwerkbildungen, Weiterqualifikationsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Ärztinnen und Ärzte, die Entwicklung von Teamarztpraxen mit erweiterten Delegationsstrukturen (VERAH®, MFA+®, akademisierte VERAH, PA etc.) sowie von komplexen Managementstrukturen zur Entlastung bürokratischer Backoffice-Arbeiten.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 8 Neu: Appell zur Gestaltung der hausärztlichen Zukunft

Die Delegiertenversammlung fordert den Vorstand auf, gemeinsam mit dem Forum Weiterbildung ein Positionspapier zur Steigerung der Attraktivität und Gestaltung der Zukunft des Hausarztberufes zu entwickeln und zur Verabschiedung zu stellen. Insbesondere mit folgenden Inhalten: Klimafolgen, Teampraxis, Entbürokratisierung, zukünftige Honorarsystematiken und Versicherungsstrukturen.

Begründung

Unsere medizinische Versorgung steht vor großen Herausforderungen. Der demografische Wandel, die steigende Anzahl chronisch Erkrankter und der Fachkräftemangel im Gesundheitssektor sind nur einige der Faktoren, die die Zukunft unseres Gesundheitssystems beeinflussen werden. Um diese Herausforderungen zu bewältigen, sind nachhaltige und neu gedachte Versorgungskonzepte notwendig, die eine optimale medizinische Versorgung gewährleisten und gleichzeitig Ressourcen schonen.



In diesem Kontext wird die Zukunft der Gesundheitsversorgung zu einem der wichtigsten und drängendsten Themen der hausärztlichen Praxis. Das Forum Weiterbildung hat ein Arbeitspapier entwickelt, das als Diskussionsgrundlage dienen soll. Aus diesem Positionspapier sollen für die nächste Frühjahrstagung entsprechende Anträge entwickelt werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 14 Neu: Quote telemedizinische Versorgung

Die Delegierten des Deutschen Hausärzteverbandes fordern die Politik und den Gesetzgeber auf, auch in Zukunft sicherzustellen, dass im Falle einer telemedizinischen Versorgung (Telefon- oder Videosprechstunde) immer eine Anschlussbehandlung der Patientin oder des Patienten durch die hausärztliche Praxis vor Ort gewährleistet ist, die die telemedizinische Leistung erbracht hat, sofern dies medizinisch erforderlich ist. Das einfachste Instrument dafür ist die Festlegung einer maximalen Quote an Patientinnen und Patienten, die durch eine Praxis telemedizinisch versorgt werden dürfen. Dieser Anteil soll in der jeweiligen Praxisstruktur 50 Prozent der behandelten Fälle nicht überschreiten.

Begründung

Die telemedizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten spielt insbesondere in der hausärztlichen Versorgung eine immer größere Rolle, die in Zukunft weiter wachsen wird. Auf Basis der langjährigen Hausarzt-Patientenbeziehung ist eine Betreuung am Telefon oder per Videosprechstunde in vielen Konstellationen (leichte Infekte, Versorgung von Chronikern etc.) medizinisch sinnvoll und vereinfacht für viele Patientinnen und Patienten den Zugang zur Versorgung.

Die telemedizinische Versorgung ist deshalb aus der hausärztlichen Medizin nicht mehr wegzudenken. Ebenso wenig ist es undenkbar und medizinisch nicht zu vertreten, wenn im Zuge der telemedizinischen Versorgung keine Anschlussbehandlung der Praxis gewährleistet werden kann. In vielen Konstellationen ist nach einem ersten Kontakt per Telefon oder Videosprechstunde eine Vorstellung der Patientin oder des Patienten vor Ort medizinisch erforderlich. Um hier Brüche in der Versorgung zu vermeiden, ist es zwingend notwendig, dass die Anschlussversorgung in der Hausarztpraxis erfolgt, in der die telemedizinische Versorgung begonnen wurde.



Telemedizinische Versorgung darf also nur durch Praxen erfolgen, die auch vor Ort Patienten versorgen können. Um sicherzustellen, dass Praxen, die telemedizinische Versorgung anbieten, immer auch die Anschlussversorgung vor Ort gewährleisten können, ist eine Obergrenze für die telemedizinische Versorgung aus einer Praxis ein sinnvolles Instrument, weil damit garantiert werden kann, dass die Praxis vor Ort eine entsprechende Infrastruktur für die Anschlussbehandlung bereithält. Diese Quote soll 50 Prozent nicht überschreiten, um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen telemedizinischer Versorgung und Vor-Ort-Versorgung (inkl. Hausbesuche) gewährleisten zu können.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

TOP 4. - Digitalisierung

Beschluss 17: Digitale Plattform für Patientinnen und Patienten

Die Delegierten des Deutschen Hausärzteverbandes beauftragen den Geschäftsführenden Vorstand unter Einbindung der AG Digitales sowie unter Zuhilfenahme der HÄVG AG, mit dem Aufbau einer digitalen Plattform des Deutschen Hausärzteverbandes zu beginnen.

Zielgruppe der Plattform sind die Patientinnen und Patienten, die hausärztliche Versorgung in Anspruch nehmen. Deren Beziehung zur betreuenden hausärztlichen Praxis wird durch die Plattform um eine digitale Komponente ergänzt und gestärkt. Im Zentrum der Plattform soll die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) als Versorgungsstruktur stehen. Perspektivisch können Angebote wie eine einfache Praxis-Patienten-Kommunikation (Messenger, Recalls, Rezeptbestellung), eine Online-Terminbuchung oder ein Symptom-Checker in die Plattform integriert werden.

Als Fundament der Plattform soll im ersten Schritt über eine Weboberfläche Patientinnen und Patienten Informationen zur HZV zur Verfügung gestellt werden, welche die HZV erklären und bewerben. Darüber hinaus soll eine HZV-Arztsuche integriert sein sowie ggf. die Möglichkeit einer digitalen HZV-Einschreibung eröffnet werden. Die Plattform für Patientinnen und Patienten ergänzt den einheitlichen digitalen Auftritt des Hausärzteverbandes nach außen und wird in Abstimmung dazu entwickelt. Der Geschäftsführende Vorstand soll prüfen, ob die für die praktische Umsetzung erforderlichen personellen Ressourcen sowie die Finanzierung externer Dienstleister für den Aufbau der Plattform und der dafür erforderlichen Marketingmaßnahmen aus Mitteln der HÄVG AG erfolgen kann.



Begründung

Das Angebot medizinischer Leistungen wird zunehmend von digitalen Angeboten ergänzt. Die Möglichkeiten des Zugangs zur Versorgung steigen, was zu einer höheren Komplexität der Versorgung insgesamt führt. Dabei werden bisher bestehende Versorgungspfade verändert, z.T. durchbrochen und neue geschaffen. Die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten bei der Inanspruchnahme digitaler Konsumangebote werden als Maßstab auf das solidarische Gesundheitswesen übertragen und bringen die Erwartung einer ständigen Verfügbarkeit digitaler Gesundheitsangebote mit sich, die zu einer veränderten Inanspruchnahme führen.

Gleichzeitig versuchen insbesondere große kommerzielle Akteure die Veränderungen durch die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung und die damit verbundenen Skalierungseffekte zu nutzen, um monopolartige Strukturen aufzubauen und Profite zu maximieren. Ebenso verfolgen die Krankenkassen das Anliegen, im Zuge der Digitalisierung ihre Rolle als Versicherung und Zahlungsgemeinschaft hin zu einer deutlich weitergehenden Versorgungssteuerung zu entwickeln. In der aktuellen Situation der Digitalisierung im Gesundheitswesen spiegelt sich nicht die zentrale Position von Hausärztinnen und Hausärzten in der Versorgung wider. Eine Plattform des Deutschen Hausärzteverbandes ermöglicht den Mitgliedern auch im digitalen Raum für die Patientinnen und Patienten eine größere Sichtbarkeit des besonderen, hausärztlichen Versorgungsangebots zu schaffen.

Hierbei fokussieren sich die Überlegungen zu einer digitalen Plattform auf die HZV, als freiwilliges Primärarztsystem, dass die Versorgungsstrukturen und -prozesse im Sinne der Patientinnen und Patienten gestaltet, gleichzeitig die Bedürfnisse der Hausärztinnen und Hausärzte abbildet und von ihnen und mit ihnen entwickelt wird. Mehr als 8,5 Mio. Versicherte und über 16.000 teilnehmende Hausärztinnen und Hausärzte bilden überdies eine breite Basis für die Nutzung einer Plattform.

Die HÄVG AG als Managementgesellschaft für die Umsetzung der HZV ist entsprechend der Vorgaben ihrer Gesellschafter in der Verantwortung die HZV so weiterzuentwickeln, dass sie für Patientinnen und Patienten aber auch für Hausärztinnen und Hausärzte attraktiv bleibt und an Attraktivität gewinnt. Sie wird deshalb beauftragt, die für den ersten Schritt notwendigen personellen Ressourcen sowie die nötigen finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen. Die dauerhafte Finanzierung einer digitalen Plattform für die HZV wird im weiteren Verlauf zu bewerten sein.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 2: Elektronische Patientenakte

Die Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzterverbandes fordert den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Elektronische Patientenakte so zu gestalten, dass sie der zentralen Rolle der Hausarztpraxen für die Versorgung und Steuerung der Patientinnen und Patienten gerecht werden und diese weiter stärken.

Dies bedeutet im Einzelnen:

- **Einfache Nutzung:** Das Lesen und Befüllen der ePA in den Praxisverwaltungssystemen muss einfach und intuitiv erfolgen und darf keinen zusätzlichen Aufwand auslösen. Eine weitgehend automatisierte konfigurierbare Befüllung durch das Primärsystem ist zwingend notwendig.
- **Strukturierte Daten:** Hausärztinnen und Hausärzte benötigen eine ePA, die auch strukturierte Daten unterstützt. Eine ausschließliche Ansammlung von Dokumenten (z.B. in Form von PDF-Dateien) mit mehr oder weniger umfangreichen Metadaten verursacht in der praktischen Umsetzung im Zweifel mehr Aufwand als Nutzen. Die Umwandlung der ePA in Richtung einer datenbasierten Nutzung muss explizit vorgesehen und terminiert werden.
- **Praxisrelevanz:** Hausärztinnen und Hausärzte benötigen Anwendungen in der ePA, die für die hausärztliche Versorgung relevant sind. Dies ist nicht das Zahnbonus-Heft oder ein Mutterpass, auf den Hebammen nicht zugreifen können. Stattdessen braucht es kurzfristig eine übersichtliche Patientenkurzakte, einheitliche Informationen zur Medikation im Sinne des elektronischen Medikationsplans und strukturierte Labordaten, die alle entsprechend gängigen Standards definiert sowie fach- und sektorenübergreifend nutzbar sind.
- **Zugriffsrechte:** Der Zugriff auf die ePA für Hausärztinnen und Hausärzte muss der lebenslangen und kontinuierlichen Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten Rechnung tragen. Dafür sind zeitlich unbegrenzte Zugriffsrechte von Nöten, die bereits als Voreinstellung in der ePA hinterlegt sind und die durch Patientinnen und Patienten bei Bedarf individuell geändert werden können.
- **Vollständigkeit der Daten:** Die Arbeit mit der ePA darf nicht durch potenzielle Unvollständigkeit erschwert werden. Eine Möglichkeit für die Patientinnen und Patienten, Dokumente/Daten im laufenden Behandlungsfall zu löschen oder vollständig zu verschatten, kann zu einer unvollständigen Informationsgrundlage führen, die Hausärztinnen und Hausärzten im Behandlungsfall möglicherweise nicht bewusst ist. Natürlich besteht jederzeit, wie in anderen europäischen Ländern auch, die Möglichkeit eines kompletten Opt Outs für Patientinnen und Patienten.
- **Digitale Tools:** Hausärztinnen und Hausärzte benötigen digitale Unterstützungsangebote mit umfassenden Filter-, Sortier- und Suchfunktionen für die Auswertung und Analyse von Massendaten in der ePA und strukturierte, kosten- und barrierefreie Schnittstellen



für Datenaustausch aus den verschiedenen hausärztlichen Praxisverwaltungssystemen in die ePA.

- Forschung: Daten für die Forschung sollen anonymisiert verarbeitet werden. Eine standardisierte und strukturierte Datenablage in der ePA kann langfristig auch darauf basierende Forschungsansätze ermöglichen.

Begründung

Hausärztinnen und Hausärzte verknüpfen mit der „ePA für alle“ große Hoffnungen und Erwartungen. Die Verfügbarkeit umfassender Daten und Befunde soll helfen die Versorgung deutlich zu verbessern und soll die Hausärztinnen und Hausärzte in ihrer Arbeit unterstützen und sie entlasten.

Hausärztinnen und Hausärzte nehmen eine Schlüsselposition im Gesundheitswesen ein. Als erste Anlaufstelle mit Steuerungsfunktion in der Versorgung sind die Hausärztinnen und Hausärzte unverzichtbare Mitwirkende, wenn die Einführung der ePA in Deutschland gelingen soll.

Durch die ePA kann die hausärztliche Koordinierungsfunktion über verschiedene Sektoren und Berufsgruppen hinweg gestärkt werden. Allerdings sind zwingend die oben benannten Voraussetzungen zu erfüllen, um die Relevanz und Nutzbarkeit der ePA für den hausärztlichen Versorgungsalltag sicherzustellen. Auch für die Patientinnen und Patienten schafft eine ePA, die diesen Prämissen folgt, echte Mehrwerte und steigert die Qualität der Versorgung.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 16: TI-Sicherheit ist nicht ausschließlich Aufgabe der Praxen

Die Delegierten des Deutschen Hausärzteverbandes fordern die gematik und den Gesetzgeber auf, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Dateien und sonstige Informationen, die die Praxen über die Telematikinfrastruktur (TI) erreichen keine Schadsoftware o.ä. enthalten kann. Dateien, die Schadsoftware enthalten, müssen dafür durch Schutzmechanismen innerhalb der TI identifiziert und abgefangen werden, bevor sie die Praxis erreichen.

Begründung

Die TI und insbesondere deren Kommunikationsdienste KIM (Kommunikation im Medizinwesen) und TIM (TI-Messenger) sollen die zentralen Kommunikationskanäle für Ärztinnen und Ärzte untereinander, mit anderen nichtmedizinischen Gesundheitsfachberufen sowie mit Patientinnen und Patienten werden. Angesichts der multiplen Probleme erfolgt die Nutzung der



verfügbaren Dienste derzeit noch sehr eingeschränkt. Das Ziel einer flächendeckenden und sehr umfangreichen Nutzung wurde jedoch bereits an mehreren Stellen von der Politik klar artikuliert. Auch die Hausärztinnen und Hausärzte begrüßen grundsätzlich die Möglichkeit eines nutzerfreundlichen und sicheren digitalen Austauschs mit den oben genannten Beteiligten.

Die Arztpraxen und anderen Teilnehmer der TI sind in der Regel Strukturen, die den Schutz vor Schadsoftware nur als Nebenaufgabe leisten können. Die TI öffnet durch die Vernetzungsverpflichtung die geschützten Netze der Praxen für Eindringlinge von außen.

Die Kommunikationsdienste der gematik lassen im Moment unbegrenzt Datei-Formate zu. Diese können Schadsoftware enthalten und stellen somit ein großes und unnötiges Sicherheitsrisiko für die Praxen dar. Die Erwartung der Hausärztinnen und Hausärzte ist, dass Informationen und Daten, die die Praxis über die TI erreichen, in den hausärztlichen Praxen keinen Schaden verursachen dürfen.

Die Praxen (und auch viele andere TI Teilnehmer) werden bei unbegrenztem Datenverkehr nicht in der Lage sein, die eigenen Datennetze zu schützen. Eine Kompromittierung der gesamte TI ist daher nicht unwahrscheinlich. Die Praxen können hierfür nicht die rechtliche Verantwortung übernehmen.

Es ist deshalb erforderlich, dass die gematik auf Basis entsprechender gesetzlicher Vorgaben, die Voraussetzung dafür schafft, dass die hausärztlichen Praxen vor den oben benannten Sicherheitsrisiken geschützt sind und auch von Haftungsfragen diesbezüglich freigestellt sind.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

TOP 9. - 127. Deutscher Ärztetag 2023, verschiedene Themen

Beschluss 5: Ärztliche Approbationsordnung: Reform darf nicht weiter verschleppt werden

Die Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzterverbandes fordert die Länder erneut und mit äußerstem Nachdruck auf, die Reform der ärztlichen Approbationsordnung, einschließlich der nachhaltigen Stärkung der Allgemeinmedizin im Medizinstudium, endlich in die Wege zu leiten und weitere Verzögerungen unter allen Umständen zu vermeiden. Hierfür ist es zwingend notwendig, dass das Thema auf die Tagesordnung der MPK (Konferenz der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder) am 15. Juli 2023 gesetzt wird. In diesem Rahmen muss die Reform abschließend erörtert und verabschiedet werden. Ein weiteres Aufschieben der Reform hätte für die Zukunftssicherung der hausärztlichen Versorgung katastrophale Auswirkungen.



Begründung

Zur langfristigen Sicherung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung ist die Umsetzung des „Masterplan Medizinstudium 2020“ u.a. zur Stärkung der Allgemeinmedizin in der Medizinischen Ausbildung durch eine Reform der ÄApprO unerlässlich. Seit 2017 ist der „Masterplan Medizinstudium 2020“ inhaltlich zwischen den zuständigen Gesundheits- und Wissenschaftsministerien auf Bundes- und Länderebene konsentiert. Es ist ein Offenbarungseid, dass die vermeintlich hohen Kosten der Umsetzung ein versorgungspolitisch so relevantes Thema seit Jahren verzögern und dies, obwohl umfangreiche kostensenkende Kompromisse in einer Bund-Länder-AG der zuständigen Ministerien ausgehandelt wurden.

Nachdem die MPK sich vor der seit Jahren überfälligen politischen Umsetzung der Reform gedrückt hat und das Thema auf die Arbeitsebene der Fachministerinnen und Fachminister zurück delegiert hat, kann man nur konstatieren, dass sich die Länderchefs und Länderchefinnen erneut vor einer Entscheidung drücken und damit die hausärztliche Versorgung langfristig gefährden. Der „Masterplan Medizinstudium 2020“, der 2017 verabschiedet wurde und der unter anderem eine stärkere Verankerung der Allgemeinmedizin im Studium vorsieht, ist nun seit drei Jahren überfällig. Das immer wieder vorgebrachte Argument der unklaren finanziellen Folgen einer Reform der medizinischen Ausbildung wird immer unglaubwürdiger, da eine Bund/Länderkommission bereits seit einem Jahr kostendämpfende Kompromisse konsentiert hat.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 24 Neu: Masterplan Medizinstudium 2020 endlich umsetzen

Die Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzterverbandes fordert die Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten auf, den „Masterplan Medizinstudium 2020“ zur Reform der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) zeitnah umzusetzen. Die ÄApprO als Rahmen für die Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland ist seit Langem reformbedürftig. Die stärkere Kompetenzorientierung, Praxisnähe und Orientierung von allgemeinmedizinischen Inhalten ist notwendig, um die Qualität der ärztlichen Ausbildung zukunftsfähig zu machen.

Begründung

Schon heute verlassen mehr Hausärztinnen und Hausärzte die Versorgung als dass neue dazukommen. Dieser Negativtrend wird sich in den nächsten Jahren deutlich verstärken. Das Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte liegt derzeit bei 60 Jahren, so dass ca. 50 v.H. innerhalb von 5 Jahren das Rentenalter erreichen. Bereits jetzt wird die hausärztliche



Versorgung zu einem nicht geringen Anteil von Hausärztinnen und Hausärzten jenseits des 65. Lebensjahres geleistet, damit ihre PatientInnen nicht unversorgt sind.

Die Bedeutung der hausärztlichen Versorgung aufgrund von Erreichbarkeit und Kompetenz zu den vielfältigen Anliegen, Früherkennung, Abwendung gefährlicher Verläufe und die häusliche Versorgung einer Gesellschaft des längeren Lebens, ist in der Bevölkerung breit anerkannt.

Die nun geplante Reform der ÄApprO wird dazu führen, dass schon in der Ausbildung den Medizinstudierenden die hausärztliche Versorgung als interessantes und versorgungsrelevantes Fach nahegebracht wird. Viele Projekte in den Ländern, die zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung dienen, werden mit einer Aufwertung der Allgemeinmedizin während der Ausbildung noch bessere Ergebnisse zeigen. Eine aktuell diskutierte Erhöhung der Studienplätze wird im Übrigen nicht dazu führen, dass die Versorgungsherausforderungen in der Zukunft besser bewältigt werden können, wenn nicht gleichzeitig die Medizinausbildung mehr Kontakt zur hausärztlichen Tätigkeit bietet, sodass sich Medizinstudierende eine Tätigkeit in diesem Bereich vorstellen können. Laufbahnentscheidungen und inhaltliche Ausrichtung werden in der Regel während des Studiums getroffen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

TOP 11. - Anträge zu anderen Themen und Verschiedenes

Beschluss 6: Positionspapier des Deutschen Hausärzteverbandes zur Förderung klimaschützender und resilienter Hausarztpraxen

Der Klimawandel ist die größte Bedrohung für die Gesundheit der Menschen in diesem Jahrhundert ⁽¹⁾. Der Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege betont, dass unser Gesundheitssystem weder auf Pandemien noch auf die Folgen des Klimawandels ausreichend vorbereitet ist. Ebenso fordert er umfangreiche Strategien, um das Gesundheitswesen besser gegen externe Schocks zu wappnen und eine größere Resilienz zu erreichen ⁽²⁾. Des Weiteren haben das Bundesministerium für Gesundheit und Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen im Rahmen des "Klimapakt Gesundheit" ⁽³⁾ sich gemeinsam für Klimaanpassung und Klimaschutz im Gesundheitswesen ausgesprochen, da nur durch aktiven Klimaschutz ein effektiver Gesundheitsschutz erreicht werden kann.

Der Hausärzteverband betont die Dringlichkeit einer an den Nachhaltigkeitszielen orientierten Politik für ein klimaschützendes, resilientes und patientenorientiertes Gesundheitswesen, das sich den Herausforderungen der Zukunft effektiv stellen kann.



Deshalb fordern wir von den politischen und zivilgesellschaftlichen Akteuren, die Herausforderungen anzunehmen und klimaschädliche Subventionen zu beenden und die erneuerbaren Energien ⁽⁶⁾, nachhaltige Ernährungs- und Agrarsysteme ⁽⁴⁾ sowie die Verkehrswende ⁽⁵⁾ schnellstmöglich voranzutreiben. Die hausärztlichen Praxen ihrerseits leisten die Grund- und Langzeitversorgung der Bevölkerung in Deutschland – sowie auch ganz maßgeblich die Prävention.

Sowohl im Sinne einer konsequenteren Gesundheitsförderung und Prävention als auch im Sinne der Vorbereitung ambulanter Versorgungsstrukturen auf zukünftige Krisen sollte daher das Hausarztprinzip deutlich in seiner Funktion gestärkt werden. Insbesondere durch eine flächendeckende Förderung einer nachhaltigen und ressourcenschonenden patientenzentrierten Steuerung, wie bereits in den freiwilligen HZV-Verträgen vorhanden.

Dabei sollte die Entwicklung und Förderung weiterer neuer Versorgungsformen, wie die multiprofessionelle Versorgung und digitale Versorgungsangebote, in das komplexe System der Hausarztpraxen integriert werden, ohne neue Schnittstellen zu bilden. Dies würde die bestehenden und funktionierenden Strukturen der primärärztlichen Versorgungsebene stärken und diese befähigen, ihr niederschwellig zugängliches Versorgungsangebot ausbauen zu können.

Zudem werden die zum Aufbau klimaschützender und resilienter Praxisstrukturen erforderlichen Investitionen durch den Gewinn in der Versorgung (wohnnaher Betreuung multimorbider Patientinnen und Patienten unter Meidung von Überversorgung, rationelle Pharmakotherapie, Reduzierung unnötiger Krankenhausaufenthalte uvm.) vielfach aufgewogen.

Es ist unser intern angestrebtes Ziel, bis zum Jahr 2030 klimaneutral zu werden. Dafür bitten wir den Vorstand folgende Möglichkeiten zu prüfen:

[Ebene Deutscher Hausärzteverband und Landesverbände](#)

- Förderung gesunder, nachhaltiger und resilienter Nahrungssysteme. Ziel ist es, auf allen Verbandsveranstaltungen auch klimafreundliche, pflanzenbasierte Kostformen ⁽⁷⁾ anzubieten.
- Förderung einer emissionsarmen Mobilität sowohl der ehrenamtlich engagierten Ärztinnen und Ärzte als auch der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Förderung einer papierarmen und ressourcenschonenden Arbeit in den Geschäftsstellen sowie bei Veranstaltungen und anderen Zusammenkünften der Verbände.
- Prüfung einer möglichen Nutzung nachhaltiger Energieressourcen für Strom, Heizung, Lüftung, Kühlung sowie Einsatz von Brauchwasser.
- Entwicklung von klimaneutralen Vorteilsangeboten für Mitglieder wie E-Bikes (ggf. Leih-E-Bikes) oder Kooperationen mit nachhaltigen Firmen, Vorteile bei Ökostromanbietern, Web-Hosting, nachhaltige Druckereien, o. ä.



- Regelmäßige Prüfung aller Prozesse und Anschaffungen auf Nachhaltigkeit/Klimaneutralität.
- Ausstrahlung einer klimafreundlichen Vorbildfunktion für Mitglieder & Öffentlichkeit, z. B. durch Erarbeitung von Informationsmaterial/Checklisten/Patientenmaterial sowie transparente Aufarbeitung des eigenen ökologischen Hand- und Fußabdruckes.

Ebene der Fortbildung

- Entwicklung von Fortbildungen und Assessments zur Beratung des individuellen Gesundheitsrisikos durch den Klimawandel, z. B. bei Hitzewellen, sowie präventive Maßnahmen
- Weiterer Ausbau von Fortbildungen zur Nutzung evidenzbasierter ressourcenschonender Therapie und Diagnostik
- Entwicklung und Förderung von Fortbildungen zu Co-Benefits (gesundheitsfördernden und klimafreundlichen Handeln).
- Förderung der Etablierung klimarelevanter Inhalte in der Aus- und Weiterbildung.

Ebene der HZV-Verträge:

Die Verbände und HÄVG setzen sich dafür ein,

- dass die o. g. Inhalte der Fortbildungen in die HZV-Verträge integriert werden.
- in den Verträgen ein Risiko Assessment für klimabedingte Erkrankungen einzuführen.
- dass in den Verträgen ein Siegel „klimasensible Hausarztpraxis“ aufgenommen wird, welches Praxen Förderungspauschalen bei Erfüllung gewährt.

Quellen:

⁽¹⁾ Originalzitat schon aus dem Lancet von 2009: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60935-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60935-1/fulltext) und Policy Brief D

www.klimawandel-gesundheit.de/wp-content/uploads/2021/10/20211020_Lancet-Countdown-Policy-Germany-2021_Document_v2.pdf

⁽²⁾ www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2023/

⁽³⁾ www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2022_2/22-12-14_Erklaerung_Klimapakt_Gesundheit_A4_barrierefrei.pdf

⁽⁴⁾ www.klimawandel-gesundheit.de/wp-content/uploads/2023/01/Eckpunkte-Ernaehrungs-strategie-Ernaehrungswende-Anpacken-2022.pdf

⁽⁵⁾ www.umweltbundesamt.de/themen/verkehr-laerm/nachhaltige-mobilitaet/soziale-aspekte-der-verkehrswende#von-der-verkehrswende-profitieren-alle-vor-allem-aber-einkommens-armere-mobilitatseingeschranke-personen-und-kinder

⁽⁶⁾ www.umweltbundesamt.de/themen/klima-energie/erneuerbare-energien/emissionsvermeidung-durch-erneuerbare

⁽⁷⁾ klimafreundliche, pflanzenbasierte Kostformen im Sinne der “Planetary Health Diet”, dies bedeutet nicht komplett vegetarisch/vegan, aber eine deutliche Reduktion von tierischen Produkten. Mehr unter “Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems” [www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)31788-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)31788-4.pdf)

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 9: Preis für gute Weiterbildung

Das Forum Weiterbildung hat folgenden Antrag erarbeitet. Gute hausärztliche Weiterbilderinnen und Weiterbilder werden durch die Einführung eines Preises für gute Weiterbildung durch den Deutschen Hausärzterverband öffentlich gewürdigt. Der Preis wird an drei Weiterbilderinnen und Weiterbilder (1.-3. Platz) alle zwei Jahre verliehen. Als Jury fungieren hauptsächlich die Mitglieder des Forum Weiterbildung. Der Geschäftsführende Vorstand wird aufgefordert, zusammen mit der Stiftung Perspektive Hausarzt die Möglichkeit der Einführung dieses Preises zu prüfen.

Begründung

Gute Weiterbilderinnen und Weiterbilder sind essentiell, um Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung für die hausärztliche Medizin zu begeistern und für die Niederlassung zu gewinnen. Doch oft basiert diese gute Weiterbildung auf einem hohen individuellen Engagement, das nur in einem sehr kleinen Rahmen wertgeschätzt wird.

Der Preis ermöglicht neben der Anerkennung der individuellen Leistung das Teilen von guten Erfahrungen und Ansätzen für die Weiterbildung in der Praxis, sodass alle Weiterbilderinnen und Weiterbilder hiervon profitieren können.

Der Bundesverband sowie die einzelnen Landesverbände rufen zum Vorschlag guter Weiterbilderinnen und Weiterbilder auf. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und junge Fachärztinnen und Fachärzte, die vor maximal 3 Jahren ihren Weiterbildungsabschnitt in der hausärztlichen Praxis beendet haben und ihre Weiterbilderinnen und Weiterbilder für den Preis vorschlagen möchten, können dies über eine einheitliche Maske mit festgelegten Abfragen tun. Die Jury sollte hauptsächlich aus Mitgliedern des Forum Weiterbildung bestehen, da sich diese noch in Weiterbildung befinden oder ihre Weiterbildung noch nicht lang abgeschlossen haben. Die Jury entscheidet über die Gewinnerinnen und Gewinner anhand eines Kriterienkatalogs, der sich an der Checkliste „Gute Weiterbildung“ aus dem „Leitfaden für angehende Hausärztinnen und Hausärzte“ des Bundesverbandes orientiert. Ziel des Preises soll es sein, besonders innovative Weiterbildungskonzepte zu honorieren. Siegerinnen und Sieger des Preises sollten z.B. in der Zeitschrift „Der Hausarzt“ vorgestellt werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Beschluss 12: Reform des Impfwesens in Deutschland

Die Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzterverbandes fordert den Gesetzgeber auf, zeitnah die Voraussetzungen für ein Impfwesen zu schaffen, das für hausärztliche Praxen bessere Rahmenbedingungen in der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten gewährleistet.



Insbesondere fordern die Delegierten des Deutschen Hausärzteverbandes ein mit jedem PVS kompatibles und darin integriertes Impfdokumentationswerkzeug, das Mehrfachdokumentation konsequent vermeidet und einen strukturierten Prozess der Datenweiterverarbeitung sicherstellt. Das Werkzeug soll die konsistente Impfdokumentation auf drei Ebenen parallel gewährleisten: 1. PVS (Praxisebene) + 2. digitaler Impfausweis (Patientenebene) + 3. Impfdatenweiterverarbeitung (Landesebene):

1. Im PVS soll das Werkzeug die Impfdokumentation inkl. Abrechnung ohne weitere Ziffernsuche ermöglichen. Weiterhin soll das Werkzeug über eine Filterfunktion verfügen, die es erlaubt, den Patientenstamm nach bestimmten Patientenpopulationen zu filtern, um das praxisindividuelle Einladungswesen effizienter zu gestalten.
2. Im digitalen Impfausweis soll das Werkzeug die Impfdokumentation für die Bürgerinnen und Bürger abbilden und die bestehenden papiergebundenen Impfpässe, soweit möglich, ersetzen.
3. Zur Schaffung einer Datengrundlage für zukünftige informierte Entscheidungen soll das Werkzeug die personenbezogenen Daten pseudonymisiert an eine weiterverarbeitende Stelle übermitteln (Impfregister mit föderierter Datenhaltung). Die DSGVO-konforme Verknüpfbarkeit von Daten aus der Gesundheitsversorgung mit dem Impfregister (Record Linkage) z. B. über eine strukturell getrennte Treuhandstelle muss gewährleistet werden. Mit dem verknüpften Datenbestand sind regelhaft wissenschaftliche Auswertungen u. a. zur Ermittlung von NNV und NNH auch für bestimmte Bevölkerungsgruppen (bspw. Mit spezifischen Vorerkrankungen) durchzuführen.

Als Teil dieses strukturierten Prozesses soll Bürgerinnen und Bürgern die Meldung selbst berichteter Impfreaktionen (SBIR) niedrigschwellig angeboten werden. Ergänzend soll allen Patientinnen und Patienten die selbstständige Erfassung von kurz-, mittel-, und langfristigen Krankheitsfolgen mit und nach Infektionserkrankungen (wie bspw. auch Post-Covid Symptomatik) mit Hilfe von PROMs (Patient reported outcome measurement) sowie die selbstständige Erfassung von Erfahrungen mit dem Impfprozess (Patient reported experience measurement (PREM)) ermöglicht werden. Die wissenschaftlichen Auswertungen zu Krankheitslast in der Bevölkerung sowie die Impfwirkungen und -nebenwirkungen sind Bürgerinnen und Bürgern breit zugänglich zu machen.

Ferner fordern die Delegierten des Deutschen Hausärzteverbandes die zum Schutze der öffentlichen Gesundheit eingerichteten staatlichen Institutionen (RKI, PEI, BfArM, BZgA) auf, dieses Angebot in enger Zusammenarbeit mit dem hausärztlichen Versorgungssektor zu entwickeln, zu betreuen und zu kommunizieren.



Begründung

Impfungen werden in Deutschland hauptsächlich von hausärztlichen Praxisteams durchgeführt. Das Spektrum der durch die STIKO empfohlenen Impfungen hat sich im Laufe der letzten Jahre deutlich erweitert. Mit der Corona-Pandemie hat das Thema Impfen zusätzliche Bedeutung erhalten.

Allerdings belasten der hohe bürokratische Aufwand und die Gefährdung der Patientensicherheit die hausärztlichen Praxisteams. Beispiele hierfür sind:

- Fehlende Impfunterlagen oder lose zusammengestellte Dokumente und Zettel verursachen einen erheblichen bürokratischen Aufwand und gefährden die Patientensicherheit.
- Die Vielzahl der unterschiedlichen Abrechnungsziffern für Impfungen sowie die Notwendigkeit der parallelen Dokumentation (papiergebunden und digital) erschweren die Arbeit hausärztlicher Praxisteams zusätzlich und gefährden die korrekte und nachvollziehbare Dokumentation.
- In verschiedenen Phasen der Corona-Pandemie hatten die hausärztlichen Praxen darüber hinaus für die koordinierte Einladung zur Impfung mit Bevorzugung der vulnerablen Gruppen zu sorgen. Ein vergleichbares Vorgehen ist auch im Zuge anderer Impfkampagnen denkbar. Bei der aktuellen und zu erwartenden Personalsituation ⁽¹⁾ in den hausärztlichen Praxen kann ein derartiger Zusatzaufwand nicht ohne Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit geleistet werden.

Viele berechtigte Fragen der Bürgerinnen und Bürger sowie der Praxisteams können regelmäßig nicht beantwortet werden. Dies schwächt das Vertrauen in Impfungen und Impfkampagnen. Es fehlt zum einen die Grundlage für informierte Entscheidungen auf individueller Ebene, z. B. bei Fragen wie:

- „Wie wahrscheinlich ist es, dass mir durch die Impfung eine Infektion mit relevanter Beeinträchtigung / Tod erspart bleibt?“ → Number needed to vaccinate (NNV)
- „Mit welchen unerwünschten Wirkungen der Impfung habe ich mit welcher Wahrscheinlichkeit zu rechnen?“ → Number needed to harm (NNH).

Es fehlt zum anderen die Grundlage für informierte Entscheidungen auf Bevölkerungsebene, z.B. bei Fragen wie:

- „Wie hat sich die Impfkampagne auf die Intensivbettenbelegung / die Mortalität ausgewirkt?“
- „Welche gesellschaftlichen Gruppen nehmen welches Impfangebot wahr?“

Es ist darum geboten, bürokratische Hürden abzubauen, um die begrenzten personellen Ressourcen besser zum Nutzen der Bürgerinnen und Bürger einzusetzen und Risiken für Patientinnen und Patienten zu vermeiden.



Vollständige, valide Daten über erfolgte Impfungen werden bis heute nicht erfasst. Die Informationsweiterleitung zu erfolgten Covid-19-Impfungen an das RKI ist lückenhaft ⁽²⁾. Weiterführende Informationen zu Wirkungen und unerwünschten Nebenwirkungen der Impfungen werden regelhaft nicht erfasst.

Die derzeit verfügbaren Möglichkeiten für Patientinnen und Patienten, niedrigschwellig und anonymisiert Informationen zur Verträglichkeit der COVID-19-Impfstoffe zu übermitteln (SafeVac-App) ⁽³⁾ oder unerwünschte Wirkungen zu melden ⁽⁴⁾, sind weitgehend unbekannt und werden wenig genutzt. Um die oben benannten Defizite langfristig, einheitlich und effizient zu lösen, bedarf es eines Impfdokumentationswerkzeugs, das die skizzierten Anforderungen erfüllt.

Lediglich in Rheinland-Pfalz werden über den Geschäftsbereich Impfdokumentation des Krebsregisters ⁽⁵⁾ sämtliche vom öffentlichen Gesundheitsdienst im entsprechenden Bundesland durchgeführten Impfungen registriert. In diesem Impfreister werden neben dem Impfstatus, Impfdatum und Impfstoff auch personenbezogene Daten wie bspw. Relevante Vorerkrankungen erfasst. Darüber hinaus haben die Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit zur Meldung selbst berichteter Impfreaktionen (SBIR), was von einem Drittel auch tatsächlich in Anspruch genommen wird ⁽⁶⁾. Auf nationaler Ebene ist hingegen mit einem erheblichen „Underreporting“ von Impfnebenwirkungen zu rechnen.

Uninformierte Entscheidungen maßgeblicher Tragweite haben die vergangenen drei Jahre geprägt und zu einem Vertrauensverlust der Bevölkerung in Wissenschaft und Politik beigetragen. Das Resultat sind fehlgeleitete Anspruchshaltungen und Aggressionen, die sich auch in der hausärztlichen Praxis niederschlagen.

Quellen:

⁽¹⁾ In den hausärztlichen Praxen Deutschlands sind 4.100,05 (Stand 2021, Quelle: KBV Gesundheitsdaten) hausärztliche Sitze und viele Stellen von Medizinischen Fachangestellten (MFA) unbesetzt, ein Mangel, der sich in den kommenden Jahren weiter verstärken wird.

⁽²⁾ www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Liste_Impfquotenmonitoring.html

⁽³⁾ www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2020/201222-safevac-app-smartphone-befragungvertraeglichkeit-covid-19-impfstoffe.html

⁽⁴⁾ Website des Paul-Ehrlich-Instituts

⁽⁵⁾ Finanziert durch Krankenkassenverbände, gegründet vom Land RLP und der Universität Mainz, vgl. www.rlp.de/de/pressemitteilungen/einzelansicht/news/detail/News/krebsregister-rheinlandpfalz-ggmbh-startet/

⁽⁶⁾ www.aerzteblatt.de/archiv/226844/Selbstberichtete-Reaktogenitaet-nach-verschiedenen-COVID-19-Impfschemata

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Beschluss 22: Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzbuches (StGB) - Mögliche Streichung der §§ 218 ff. StGB

Der Deutsche Hausärzteverband begrüßt die Intention der Ampel-Koalition, eine mögliche Streichung der §§ 218 ff. im Strafgesetzbuch zu prüfen und die Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuches festzulegen.

Begründung

Die von Bundesjustizminister Marco Buschmann jüngst eingesetzte Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin besteht aus 18 Expertinnen und Experten aus den Bereichen Ethik, Medizin und Recht. Sie soll innerhalb eines Jahres Ergebnisse vorlegen.

Laut Koalitionsvertrag sollen die reproduktiven Rechte gestärkt werden. Hier ist unter anderem das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren gemeint. SPD, Grüne und FDP haben im Koalitionsvertrag vereinbart, eine Kommission einzusetzen. Diese Kommission soll prüfen, ob eine Regulierung des Schwangerschaftsabbruches außerhalb des Strafrechts möglich ist. Hierzu liegen Vorschläge zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs im Sozialrecht vor.

Nach dem inzwischen umstrittenen § 218 StGB sind Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland verboten, bleiben aber unter bestimmten Voraussetzungen straffrei.

Die Deutsche Hausärzteschaft unterstützt dieses Ansinnen auf Neuregelung. Es bedeutet eine Entkriminalisierung, Entstigmatisierung und eine Verbesserung der Versorgungslage. Die reproduktive Selbstbestimmung und der Schutz des ungeborenen Lebens müssen dabei gleichermaßen berücksichtigt werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)