

19. Oktober 2026

Hausärztliche Primärversorgung innerhalb planetarer Grenzen

Executive Summary

Das Konzept der planetaren Grenzen beschreibt, wie die Menschheit in einem sicheren Handlungsspielraum bezüglich der Stabilität verschiedener Erdsysteme wie z. B. Biodiversität, Wasserkreisläufe, Klimasystem oder Luftverschmutzung bleiben kann. Auch Gesundheitssysteme haben Einfluss auf diese Erdsysteme und sind von Folgen globaler Umweltveränderungen betroffen. Zum Beispiel begünstigt der Klimawandel die Zunahme von gesundheitsgefährdenden Hitzewellen und Extremwetter sowie die Verbreitung von Krankheitsvektoren. Das deutsche Gesundheitssystem steht damit vor der doppelten Herausforderung, auf die gesundheitlichen Folgen von Klima- und Umweltveränderungen zu reagieren und gleichzeitig seine eigenen ökologischen Auswirkungen zu reduzieren, um die Gesundheit der Menschen zu schützen. Dazu hat sich Deutschland international im Rahmen der von der WHO getragenen ATACH-Initiative verpflichtet. Auch der 125. Deutsche Ärztetag hat 2021 Beschlüsse zur Erreichung eines klimaneutralen und klimaresilienten Gesundheitssystems gefasst.

Die DEGAM sieht in einem hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystem einen zentralen Hebel für eine Gesundheitsversorgung innerhalb planetarer Grenzen. Eine starke Primärversorgung verbessert die Versorgungsqualität, reduziert Überversorgung und ist ressourcenschonend und emissionsarm. Gleichzeitig ermöglicht sie die frühzeitige Erkennung klimasensibler Erkrankungen und die Umsetzung darauf ausgerichteter Maßnahmen zum Gesundheitsschutz. Wer als Hausärztin oder Hausarzt die ambulante Versorgung stärkt und Patientinnen und Patienten fallabschließend behandelt, leistet bereits einen wichtigen Beitrag zu einem Gesundheitssystem innerhalb planetarer Grenzen.

Um dies zu unterstützen sind insbesondere eine stabile Finanzierung der hausärztlichen Versorgung, gezielte Anreize für nachhaltige Transformation von Versorgungsabläufen und Gesundheitseinrichtungen, die Ergänzung von Aus- und Weiterbildung um Aspekte der Klimaresilienz und Nachhaltigkeit sowie den Ausbau der Verhältnisprävention mit starken kommunalen Strukturen erforderlich.

Grundlage unserer Positionen und Forderungen ist ein Dreiklang aus den Dimensionen 1) Klimaresilienz und Anpassung des Gesundheitssystems an Umweltveränderungen, 2) Nachhaltigkeit durch Schonung von Ressourcen und Emissionsreduktion und 3) Senkung der Krankheitslast und Inanspruchnahme des Systems durch Prävention und Gesundheitsförderung.

Zentrale Positionen der DEGAM

1) Klimaresilienz und Anpassung an Umweltveränderungen in einem hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystem

Ein hausärztlich geleitetes Primärversorgungssystem fördert Resilienz im Gesundheitssystem gegenüber zunehmenden Extremwetterereignissen, Pandemien, Hitzeereignissen und anderen umweltbezogenen Krisen:

- **Dezentrale Versorgung:** Primärversorgende Praxen spielen eine entscheidende Rolle im Krisenmanagement, da sie häufig die wichtigste Versorgungseinrichtung für Patientinnen und Patienten sind (Redwood-Campbell & Abrahams, 2011) und Funktionen von zentralen

Versorgungsknoten ausgleichen können, wenn diese ausfallen oder überlastet sind.

- **Wohnortnahe Hausarztpraxen mit interprofessionellen Teams** sichern die medizinische Grundversorgung auch dann, wenn die Mobilität der Bevölkerung eingeschränkt ist. Dies gilt in besonderem Maße für Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind: Hochbetagte, Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen sowie sozial benachteiligte Gruppen, die vom Klimawandels besonders betroffen sind (Benevolenza & DeRigne, 2019; Romanello et al., 2025).
- **Niedrigschwelliger Zugang zu Gesundheitsversorgung** durch kontinuierliche Arzt-Patienten-Beziehung ermöglicht eine frühzeitige Identifikation umweltbedingter Gesundheitsfolgen wie etwa hitzeassoziierten Erkrankungen oder psychischer Belastungen nach Extremwetterereignissen (Xie et al. 2018; Nahar et al. 2014).

2) Ressourcengerechte Versorgung durch hausärztlich geleitete Primärversorgung innerhalb planetarer Grenzen

- **Bedarfsgerechte Versorgung und Reduktion von Über-, Unter und Fehlversorgung:** Die Stärkung der Primärversorgung ermöglicht eine bedarfsgerechte Verteilung von Ressourcen (MacNeill, McGain, & Sherman, 2021). Hausärztliche Koordination und Kontinuität kann klinische Outcomes verbessern und gleichzeitig schädliche Treibhausgasemissionen und den Ressourcenbedarf senken (Barrat and MacGain, 2021; Luo and Seargeant, 2025).
- **Die Stärkung von ambulanten gegenüber ressourcenintensiveren stationären Versorgungspfaden** kann den Energie- und Materialverbrauch sowie Treibhausgasemissionen des Gesundheitssystems reduzieren. Denn in den meisten Bereichen hat die stationäre Akutversorgung einen größeren Anteil an den Emissionen als die Primärversorgung (Tennison et al 2021; Weisz et al. 2020). Das Prinzip „ambulant vor stationär“ ist auch aus ökologischer Perspektive sinnvoll.
- **Priorisierung von Versorgungsmaßnahmen mit hohem Nutzen** und Vermeidung von ressourcenintensiven Interventionen mit wenig Nutzen. Dieses Prinzip der „High Value Care“ (Porter, 2010) ist auch für ökologisch nachhaltige Gesundheitssysteme essentiell. Versorgungsforschung sollte Qualität, Kosten und ökologische Effekte von Versorgungsmaßnahmen systematisch untersuchen und diese evidenzbasiert weiterentwickeln (Singh et al., 2026).
- **Deprescribing und Klimabewusste Verordnung von Arzneimitteln** sollten in Leitlinien festgeschrieben werden (Piggott et al., 2026), z. B. bei der klimabewussten Verordnung von Inhalativa (DEGAM, 2025).
- **Das ärztliche Gespräch und die patientenzentrierte Versorgung in der Hausarztpraxis** sind eines der effektivsten und ressourcenschonendsten Instrumente guter Primärversorgung (Simon et al., 2017). Es ermöglicht eine individuell abgestimmte, beziehungsbasierte Versorgung, die Über- und Fehlversorgung verhindern kann (Herrmann, Krolewski, Lenzer, Müller, & Veit, 2021; Hale et al. 2024).

3) Prävention, Gesundheitsförderung und Public Health Maßnahmen

- **Prävention im hausärztlichen Kontext** bedeutet nicht die undifferenzierte Ausweitung von Früherkennungsuntersuchungen. Maßnahmen der Primär-, Sekundär und Tertiärprävention in

der Hausarztpraxis müssen sich am individuellen Risiko, am Nutzen-Schadens-Verhältnis und an bevölkerungsmedizinischen Erkenntnissen orientieren. Zusätzlich können hausärztliche Praxen klimasensible Gesundheitsberatung in bestehende Versorgungsroutinen integrieren und damit Prävention klimasensibler Erkrankungen anstreben (Herrmann et al., 2023).

- **Die Stärkung von Verhältnisprävention:** Gesunde Lebenswelten wie hitzeangepasste Wohnumgebungen, bewegungsfreundliche Infrastruktur oder schadstoffarme Luft, senken den Versorgungsbedarf und verringern damit Ressourcenverbrauch und Treibhausgasemissionen des Gesundheitssystems (Xie et al. 2018, Gonzalez-Holguera et al. 2022).
- **Hausärztinnen und Hausärzte als Advokaten einer gesunden Umwelt für Ihre Patientinnen und Patienten:** Sie sind einerseits individuelle Beraterinnen und Berater mit langfristiger Kenntnis ihrer Patientinnen und Patienten, andererseits Akteurinnen und Akteure, die sich gesellschaftlich und politisch für gesündere und nachhaltigere Lebensverhältnisse in Ihren Gemeinschaften einsetzen können. Dabei ist es wichtig anzuerkennen, dass ein stabiles Klima und intakte Naturräume eine wesentliche Ressource und Voraussetzung für Gesundheit sind. (Howard et al., 2023; Xie et al. 2018; Gonzalez-Holguera et al. 2022).

Forderungen der DEGAM

1. Gezielt Kapazitäten in der Primärversorgung aufbauen.

Hausärztliche Kapazitäten und Personal müssen gestärkt werden, um die Vorteile eines hausärztlich geleiteten Primärversorgungssystems ausschöpfen zu können. Angepasste Vergütungsmodelle sollten die bedarfsgerechte und weniger nach Mengen ausgerichtete Primärversorgung für Gesundheitspersonal attraktiv machen.

2. Integrierte, wohnortnahe und interprofessionelle Versorgungsstrukturen stärken.

Die hausärztliche Primärversorgungspraxis ist als zentraler Ort innerhalb koordinierter Versorgung auszubauen. Health Equity im Sinne eines niederschweligen Zugangs zu Gesundheitsversorgung soll gestärkt werden, um die Bedarfe vulnerabler Gruppen zu adressieren, beispielsweise durch die Integration nicht-ärztlicher Berufe in Primärversorgungszentren. Digitalisierung und Telemedizin sollen sinnvoll eingebunden und evaluiert werden. Die Strukturen der Primärversorgung sollen krisenresilient aufgestellt sein, um im Fall von Naturkatastrophen medizinische Grundversorgung zu leisten. Surveillance-Instrumente zur frühzeitigen Erkennung und Reaktion auf klimasensible Erkrankungen sind nötig.

3. Verlässliche Finanzierung und wirksame Anreizsysteme etablieren.

Erforderlich sind langfristige Investitionen in nachhaltige und krisenfeste Gesundheitsinfrastruktur. Anreize sollten klimasensible Gesundheitsberatung, sprechende Medizin und emissionsarme Praxisführung fördern sowie nachhaltige Beschaffung unterstützen. Sprechende Medizin sollte in den Vergütungsstrukturen im Vergleich zu technischen Interventionen angemessen abgebildet werden. Solche Maßnahmen sollten weiter erprobt, evaluiert und ggf. skaliert werden, damit die Zielvorgabe eines klimaneutralen Gesundheitswesens erreicht wird (vgl. politische Selbstverpflichtung von Deutschland im Rahmen der ATACH-Initiative sowie Beschlüsse des 125. Deutschen Ärztetages 2021).

4. Prävention und gesundheitsfördernde Lebenswelten stärken.

Verhältnisprävention und Public-Health-Maßnahmen sind auszubauen, um Krankheitslast zu senken und damit Druck aus dem System zu nehmen. Dazu gehören politische Maßnahmen wie Verbesserung

von Ernährungsumgebungen, Erleichterung aktiver Mobilität sowie die Einbindung von Hausärztinnen und Hausärzten in Hitzeaktionspläne. Gerahmt werden sollte die Gesetzgebung durch den Ansatz von „Planetary Health in All Policies“ und die Einführung eines Nachhaltigkeitsgebots im SGB V. Evidenzbasierte, risikostratifizierte Individualprävention sollte sich am individuellen Risikoprofil und Nutzen-Schadens-Verhältnis orientieren.

5. Forschung und Ausbildung zu Klimaresilienz und Nachhaltigkeit fördern.

Begleitende Forschung soll Versorgungsqualität, Kosten und ökologische Auswirkungen systematisch bewerten. Klimaresilienz und Nachhaltigkeit sind verbindlich in Aus-, Fort- und Weiterbildung zu verankern, um klimabedingte Krankheitslast früh zu erkennen und ressourcenschonend und klimafreundlich zu versorgen.

Literatur

- Barratt, A. and McGain, F., 2021. Overdiagnosis is increasing the carbon footprint of healthcare. *bmj*, 375. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2407>
- Benevolenza, M. A., & DeRigne, L. (2019). The impact of climate change and natural disasters on vulnerable populations: A systematic review of literature. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(2), 266-281. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/10911359.2018.1527739>
- Bundesärztekammer 2021. Beschlussprotokoll des 125. Deutschen Ärztetages. TOP II Klimaschutz ist Gesundheitsschutz. Berlin. URL: https://www.aerzteblatt.de/2021b_beschlussprotokoll [Zugriff 08.10.2026]
- DEGAM. (2025). DEGAM S2-Handlungsempfehlung: Klimabewusste Verordnung von inhalativen Arzneimitteln. In: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)PD Dr. Guido Schmiemann, Dr. Michael Dörks. URL: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S2-Leitlinien/053-059_%20Klimabewusste%20Verordnung%20von%20Inhalativa/oefentlich/degam_leitlinie_folien-s2k-inhaltiva.pdf [Zugriff 08.10.2026]
- Gonzalez-Holguera, J., Gaille, M., del Rio Carral, M., Steinberger, J., Marti, J., Bühler, N., Kaufmann, A., Chiapperino, L., Vicedo-Cabrera, A.M., Schwarz, J. and Depoux, A., 2022. Translating planetary health principles into sustainable primary care services. *Frontiers in Public Health*, 10, p.931212. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.931212>
- Hale, I., Green, S., Davis, M. and Nowlan, J., 2024. Planetary health lens for primary care: considering environmental sustainability offers benefits to patients and to providers. *Canadian Family Physician*, 70(4), p.224. <https://doi.org/10.46747/cfp.7004224>
- Herrmann, A., Krolewski, R., Lenzer, B., Müller, B. S., & Veit, I. (2021). Allgemeinmedizin. In C. Traidl-Hoffmann, C. Schulz, M. Herrmann, & B. Simon (Eds.), *Planetary Health: Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän*. Berlin: MWV. DOI Buch: <https://doi.org/10.32745/9783954666737>
- Herrmann, A., Mews, C., Hansen, H., Lenzer, B., Schwienhorst-Stich, E.-M., & Quitmann, C. (2023). Klimasensible Gesundheitsberatung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 99(8), 426-436. <https://doi.org/10.1007/s44266-023-00139-8>
- Howard, C., MacNeill, A. J., Hughes, F., Alqodmani, L., Charlesworth, K., de Almeida, R., . . . Montgomery, H. (2023). Learning to treat the climate emergency together: social tipping interventions by the health community. *The Lancet Planetary Health*, 7(3), e251-e264. doi:[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(23\)00022-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(23)00022-0)
- Luo, O.D. and Sergeant, M., 2025. A kilo for a tonne: the unmet need to address underuse in health care in a climate crisis. *The Lancet Planetary Health*, 9(4), pp.e249-e250. [https://doi.org/10.1016/s2542-5196\(25\)00077-4](https://doi.org/10.1016/s2542-5196(25)00077-4)
- MacNeill, A. J., McGain, F., & Sherman, J. D. (2021). Planetary health care: a framework for sustainable health systems. *The Lancet Planetary Health*, 5(2), e66-e68. [https://doi.org/10.1016/s2542-5196\(21\)00005-x](https://doi.org/10.1016/s2542-5196(21)00005-x)

- Nahar, N., Blomstedt, Y., Wu, B. *et al.* Increasing the provision of mental health care for vulnerable, disaster-affected people in Bangladesh. *BMC Public Health* **14**, 708 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-708>
- Piggott, T., Saadat, P., Herrmann, A., Tetelbom Stein, A., Darzi, A. J., Haines, A., . . . Akl, E. A. (2026). Integrating planetary health in health guidelines (GRADE guidance 46). *Ann Intern Med*. <https://doi.org/10.7326/annals-25-04761>
- Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481. <https://doi.org/10.1056/nejmp1011024>
- Redwood-Campbell, L., & Abrahams, J. (2011). Primary Health care and Disasters—The Current State of the Literature: What We Know, Gaps and Next Steps. *Prehosp Disaster Med*, 26(3), 184-191. <https://doi.org/10.1017/S1049023X11006388>
- Romanello, M., Walawender, M., Hsu, S. C., Moskeland, A., Palmeiro-Silva, Y., Scamman, D., . . . Costello, A. (2025). The 2025 report of the Lancet Countdown on health and climate change: climate change action offers a lifeline. *Lancet*, 406(10521), 2804-2857. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(25\)01919-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(25)01919-1)
- Simon, M., Choudhry, N. K., Frankfort, J., Margolius, D., Murphy, J., Paita, L., . . . Milstein, A. (2017). Exploring Attributes of High-Value Primary Care. *The Annals of Family Medicine*, 15(6), 529-534. <https://doi.org/10.1370/afm.2153>
- Singh H, Weisz U, Andrew T, Blom IM, Kittipongvises S, Nansai K, Ouahnnon S, Rasheed F, Loop SW, Yu JC, MacNeill AJ, Sherman JD, Eckelman MJ. The Lancet Commission on Sustainable Health Care measurement framework for advancing sustainable health care transformation. *Lancet Planet Health*. 2026 Jan;10(1):101398. <https://doi.org/10.1016/j.lanplh.2025.101398>
- Weltgesundheitsorganisation (2026). ATACH – Alliance for Transformative Action on Climate and Health. Commitments to develop climate resilient and low carbon, sustainable health systems. URL: <https://www.who.int/initiatives/alliance-for-transformative-action-on-climate-and-health/commitments> [Zugriff: 08.10.2026]
- Xie, E., de Barros, E.F., Abelsohn, A., Stein, A.T. and Haines, A., 2018. Challenges and opportunities in planetary health for primary care providers. *The lancet Planetary health*, 2(5), pp.e185-e187. [https://doi.org/10.1016/s2542-5196\(18\)30055-x](https://doi.org/10.1016/s2542-5196(18)30055-x)

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9
10117 Berlin
Tel.: 030-20 966 9800
geschaeftsstelle@degam.de