

Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln

Telefon 02203 5756-0
Telefax 02203 5756-7000

Sperrfrist: 24. April 2015, 15.30 Uhr

Es gilt das gesprochene Wort.

Bericht zur Lage
anlässlich der Delegiertenversammlung
des Deutschen Hausärzteverbandes
am 24./25. April 2015 in Frankfurt

Ulrich Weigelt

Bundevorsitzender

des Deutschen Hausärzteverbandes

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste,

unlängst habe ich gehört, Hausärzte gingen etwa vier Jahre später in Rente als Fachärzte, das heißt, sie bleiben länger in ihrem Beruf. Mir wurde in einer Diskussion die Frage gestellt, warum machen die das?

Es lohnt sich darüber nachzudenken. Im Kern geht es in der hausärztlichen Versorgung immer um die Arzt-Patienten-Beziehung. In der hausärztlichen Medizin haben wir lang-jährige Beziehungen zu unseren Patienten aufgebaut. Nach und nach lernen wir das famili-äre wie das soziale Umfeld kennen. Und wer von uns hat es nicht schon erlebt und erlebt es immer wieder: Da wird erst einmal der Opa zum neuen Hausarzt geschickt, um zu sehen, ob er taugt, nicht nur durch seine medizinische Qualifikation, sondern auch für eine haltbare Beziehung.

Dies ist zweifellos eine Besonderheit der hausärztlichen Medizin, die weit entfernt davon ist, ein somatischer Reparaturbetrieb zu sein, sondern den Menschen als Ganzes in seiner Lebenssituation wahrnimmt. Das ist auch das Bild, das unsere Patienten schon immer von uns hatten und das sich in hohen Zustimmungswerten widerspiegelt. Immer mehr gesell-schaftliche Kräfte, wie auch Politikerinnen und Politiker, teilen dieses Bild und schätzen un-seren ganzheitlichen, hausärztlichen Ansatz. Verbale Zuwendung ist für uns an und für sich nichts neues, jetzt aber verstärkt sich der Eindruck, dass diese Fähigkeit und Haltung auch ernst genommen wird.

Angesichts einer immer älter werdenden Gesellschaft, mit immer mehr alten, chronisch kranken und multimorbiden Menschen, braucht es die ordnende Hand des Hausarztes, braucht es diesen ersten Ansprechpartner bei gesundheitlichen Fragen und den Kümmerer im therapeutischen Alltag. Wir sehen, dass sich die Bevölkerungsprognosen im Wandel befinden. Die Bevölkerung in Deutschland wird trotz des dringend benötigten Zuzugs von jüngeren Menschen, Stichwort Fachkräftemangel, immer älter werden. Damit steigt der Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten gegenüber den bekannten Prognosen sogar noch an! Die Erkenntnis, dass man mit dem Trend brechen muss, immer mehr Fachärzte aus noch mehr Fachgebieten zu produzieren, während den hausärztlichen Praxen der Nachwuchs aus-geht, greift immer stärker und in immer weiteren Kreisen als zuvor um sich.

Ich kann nur hoffen, dass diese Überlegungen auch bei den KVen angestellt werden. Wenn ich mich recht entsinne, dann ist die Sicherstellung der Versorgung, auch der ambulanten hausärztlichen Versorgung, ihre entscheidende Existenzberechtigung. Sämtliche Förderprojekte in allen Ehren: Wir werden dieses Problem – diese grundlegende Fehlentwicklung – nur strukturell lösen können! Wenn die KVen dies nicht erkennen und somit nicht in der Lage sind, die hausärztliche Versorgung auch zukünftig sicherzustellen, dann muss man schlicht und einfach feststellen: Das KV-System ist gescheitert! Wir kommen auf dieses Thema noch einmal zurück.

Die positive Entwicklung, dass immer mehr Akteure in Gesellschaft und Politik diese Fehlentwicklung erkannt haben, wird durch ständige, gut argumentierte, Überzeugungsarbeit der Hausärzterverbände auf Landes- und Bundesebene befeuert. Dennoch haben wir nach wie vor eine fast konträre Bewertung unseres Berufes an Universitäten und in unseren ärztlichen Körperschaften. Bei den Krankenkassen ist es unterschiedlich, darauf komme ich noch einmal zu sprechen. Wenn, wie berichtet, am Beginn des Studiums noch circa 40 Prozent der Studierenden sich vorstellen können, hausärztlich tätig zu werden (was ja angesichts der Anerkennung des Hausarztes in der Bevölkerung nicht verwundert), muss doch in der Ausbildungsphase an der Universität irgendetwas schief laufen, wenn sich am Ende nur knapp 10 Prozent für die Fachrichtung der Allgemeinmedizin entscheiden. Wir wissen vor allem, was dort nicht stattfindet, nämlich die Ausbildung in einem Fach, das die Grundlage des Gesundheitswesens nicht nur in Deutschland darstellt.

Aus Diskussionen und Gesprächen mit Studierenden, zu denen der Kontakt immer besser geworden ist, wird deutlich, dass die Allgemeinmedizin – in der fachärztlich geprägten Universitätslandschaft – zu Unrecht mit Herablassung und Geringschätzung behandelt wird. Und dies hat ganz konkrete Konsequenzen! Es muss endlich klar werden: Die mangelnde Wertschätzung der Allgemeinmedizin an den Universitäten hat unmittelbare Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung in Deutschland! Wenn die Allgemeinmedizin an den Universitäten ein Schattendasein fristet, dann werden sich weniger junge Menschen später als Hausarzt niederlassen!

Ich bin daher besonders froh, dass wir hier wichtige Fortschritte machen und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe mit uns gemeinsam dafür eintritt, dass in fünf Jahren,

sämtliche medizinischen Fakultäten einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin haben sollen! Gleichzeitig verstärken wir weiter unsere Anstrengungen, Studierenden die Wahrheit über die hohe Kompetenz und die Vielfältigkeit der Allgemeinmedizin zu vermitteln. Dies tun wir im Übrigen in enger Abstimmung mit unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der DEGAM. Mein Eindruck ist: Wir kommen voran!

Wir sehen uns auch verstanden, wenn der Bundesrat, die Bundesregierung, der Gesundheitsminister, Landespolitikerinnen, die Forderung nach Lehrstühlen an allen medizinischen Fakultäten unterstützen. So ist der Ausbau der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nicht nur ein Signal, sondern auch eine wesentliche Voraussetzung für eine Trendwende. Wir sind uns mit der DEGAM einig, dass universitäre Kompetenzzentren die Weiterbildung begleiten und unterstützen müssen und das auch finanziert werden muss. Dort, wo diese Kompetenzzentren bestehen, wie beispielsweise in Frankfurt und Heidelberg, werden sie sehr geschätzt. Vor allem der Austausch untereinander wird als sehr wichtig eingeschätzt. Natürlich fühlen sich da auch die Kammern berufen, die aber – von wenigen Ausnahmen abgesehen – die letzten 20 Jahre nichts in dieser Richtung unternommen haben.

Das Förderprogramm hat natürlich noch nicht alle Wünsche von uns erfüllt, aber es ist ein deutlicher Fortschritt. Man darf auch hier nicht vergessen: Politik ist die Kunst des Machbaren und wir machen jede Menge! Ergänzend zu den politischen Maßnahmen, helfen wir aber auch ganz praktisch: Unsere Stiftung Perspektive Hausarzt fördert z. B. in Baden-Württemberg und in Rheinland-Pfalz junge Ärztinnen und Ärzte. Auch für die ausbildenden Praxen ist es spürbar, wenn das Wahlterial in der Allgemeinmedizin absolviert wird. Bisher wurden bereits Fördermittel im sechsstelligen Bereich zur Verfügung gestellt. Weitere Förderprojekte sind in Arbeit und wir freuen uns über jede Spende!

Während uns die Politik konkret unterstützt, sehen wir in der facharzt dominierten Welt der ärztlichen Körperschaften, bis auf einzelne Hausärztinnen und Hausärzte, wenig Enthusiasmus für die Förderung der Allgemeinmedizin. Anstatt alles daran zu setzen, junge Ärztinnen und Ärzte für die hausärztliche Versorgung zu motivieren, wird in der KBV reflexartig nach verpflichtender ambulanter Weiterbildung für alle Fachärzte gerufen; natürlich mit einem Förderprogramm für alle. Ich erinnere an den Ärztetag 2014! Entweder ist da jeder Realitäts-

sinn abhandengekommen, oder man will das Förderprogramm für die Allgemeinmedizin ad absurdum führen.

Nicht zufällig wird von Teilen der KBV die Strategie wieder hervorgeholt, die klare Gliederung der ambulanten ärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgungsebene (§ 73 SGB V), aufzulösen. Hausärzte – und ein Teil der Facharztlandschaft – werden mit dem unschuldig daher kommenden Begriff „Grundversorgung“ versehen. Damit werden diese beiden Elemente optisch zusammengerückt und könnten ineinander übergehen. Das ist wohl der Plan, mit der sicher intendierten Folge, die Honorartrennung von hausärztlich/fachärztlich in „grundversorgend“ und „nicht grundversorgend“ zu überführen! Dafür spricht auch, dass die KBV immer wieder ins Spiel bringt, dass doch „grundversorgende Fachärzte“ einspringen könnten, wenn es nicht genug Hausärzte gibt. Somit wird auch klar, warum es so wenig Unterstützung aus der KV-Welt für die Förderung des hausärztlichen Nachwuchses gibt. Das verwundert noch weniger, wenn man sich die Mehrheitsverhältnisse in den KVen und vor allem in der KBV ansieht.

Auf Facharztebene werden dann allerhand Untergliederungen erfunden, die leider auch schon Eingang in die Bedarfsplanung gefunden haben (die KBV ist Teil des G-BA, der diese Richtlinien entwirft). Allein diese Aufteilung verlockt zu einer differenzierten Auseinandersetzung, aber dafür ist hier nicht der Ort.

Allerdings müssen wir uns doch näher über den Begriff „Grundversorgung“ unterhalten.

In der KBV wird seit langem davon geredet und dieser Begriff hat leider auch Eingang in die allgemeine vertragsärztliche Diskussion gefunden. Er dient der Überlegung, oder besser der Absicht, dass sogenannte „grundversorgende Fachärzte“ auch hausärztliche Funktionen übernehmen könnten. Wir brauchen uns hier über die Widersinnigkeit und den sicheren Qualitätsverlust in der komplexen Welt der Primärversorgung gar nicht lange zu unterhalten. Ein solches Programm ist gegenüber Millionen Patientinnen und Patienten unverantwortlich!

Mit dem Begriff „Grundversorgung“ wird suggeriert, dass das bisschen Hausarzt eigentlich jeder machen könnte. Durch die Analogie dieses Begriffes zu anderen, die sozusagen das

Minimum beschreiben, wie Grundrente, Grundlohn etc. wird der hausärztlichen Ebene implizit eine minimale medizinische Kompetenz zugeschrieben.

Aber „hausärztliche Grundversorgung“ ist nicht nur eine begriffliche Unverschämtheit: Sie offenbart die komplette Missachtung der komplexen hausärztlichen Versorgung, in der weit über 80 Prozent der vorgetragenen Patientenprobleme gelöst werden! Hinter der sogenannten „Grundversorgung“ lauert dann wieder der Barfußarzt! (siehe dazu den Artikel von Dusan Tesic und mir in der Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik 2/15, die im Mai erscheinen wird).

Seit dem 01.01.1993 [mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992] gliedert sich die vertragsärztliche Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung. Näher beschrieben wird die hausärztliche Versorgung in § 73 Abs. 1a SGB V. Ergänzend zu der gesetzlichen Beschreibung des Umfangs der hausärztlichen Tätigkeit wurde mit § 73 Abs. 1c SGB V eine Ermächtigungsgrundlage geschaffen, die damals den Partnern der Bundesmantelverträge die Möglichkeit eröffnete, in der Anlage 5 des Bundesmantelvertrages näheres zur hausärztlichen Versorgung zu bestimmen. Dieser sogenannte Hausarztvertrag wurde am 06.09.1993 geschlossen, trat am 01.01.1994 in Kraft und gilt bis heute, obwohl mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) die besondere gesetzliche Ermächtigung hierfür zum 01.07.2008 aufgehoben wurde. Der Gesetzgeber hielt jedenfalls eine Konkretisierung von § 73 Abs. 1 SGB V, also der gesetzlichen Festlegung der hausärztlichen Aufgaben und Funktionen, nicht mehr für notwendig. Wenn jetzt dennoch über die Anlage 5 zum Bundesmantelvertrag wieder diskutiert wird, werden wir sehr aufpassen müssen, dass der Umfang der hausärztlichen Medizin nicht durch Sonderbestimmungen geschmälert wird. Ohne den Erhalt der umfänglichen Primärversorgungscompetenz wird es schwierig mit der Nachwuchsgewinnung, und auch schwierig mit der qualitativ hohen Versorgung der Patienten!

Der diesjährige Deutsche Ärztetag sieht zum Thema Weiterbildung lediglich einen Sachstandsbericht vor, wir müssen uns gleichwohl damit beschäftigen. Es war ja in Kooperation mit anderen Verbänden wie dem BDI, aber auch dem Hartmannbund gelungen, die geplante hierarchische Weiterbildungssystematik zu verhindern; jetzt geht es darum, unser Fach sauber definiert zu erhalten, aber auch den heutigen Bedingungen und Möglichkeiten anzu-

passen. Das ist wichtig für die nachwachsende Generation, aber auch für Fachärzte, die in der Perspektive für sich keine so rosige Zukunft erwarten. Für sie sollten wir intensiver über die Möglichkeit des Quereinstiegs nachdenken und die vorhandenen Konzepte auch anbieten.

Für die Allgemeinmedizin brauchen wir, ich wiederhole es hier noch einmal zur Verdeutlichung, Veränderungen in der universitären Ausbildung. Wir bleiben bei unserer Forderung nach einem Pflichtquartal Allgemeinmedizin im PJ und sollten gemeinsam mit der DEGAM auch fordern, dass Allgemeinmedizin ein verpflichtendes Prüfungsfach im Staatsexamen wird. Mir ist schon klar, dass wir uns damit bei den Studierenden und ihren Fachschaftsvertretern nicht nur Freunde machen, aber ist es nachvollziehbar, dass das wichtigste Fach der Primärversorgung keinen festen Platz im Prüfungskanon des Staatsexamens hat? Die Voraussetzung für diese Änderung der Approbationsordnung ist allerdings die Ausstattung aller medizinischen Fakultäten mit einem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin. Dieser, und das muss hier aufgrund von Erfahrungen an verschiedenen Standorten gefordert werden, muss dann aber auch mit einem Professor für Allgemeinmedizin und nicht mit einem Internisten besetzt werden!

All diese Maßnahmen würden verpuffen, könnten wir für die hausärztlichen Praxen nicht gute Arbeits- und Einkommensbedingungen vorweisen. Wir haben immer wieder erleben müssen, wie das hausärztliche Honorar mehr oder weniger erfolgreich als Steinbruch für die fachärztliche Versorgungsebene, selbst unter den Bedingungen der Honorartrennung, erhalten musste. Seit der Jahrtausendwende, also mittlerweile gut 15 Jahre, bemühen wir uns nun um eine Versorgungsalternative, die trotz erheblicher Widerstände unaufhaltsam zur bundesweiten Flächendeckung wächst. Die HZV ist heute schon für GKV-Versicherte und Hausärzte eine nicht mehr wegzudenkende Wahlalternative. Nach Baden-Württemberg, Bayern und einigen bundesweiten Verträgen, ist nach dem jüngsten Schiedsspruch in NRW auch das bevölkerungsreichste Bundesland kassenartenübergreifend am Start.

Während wir uns in Baden-Württemberg mit der AOK, aber auch der Bosch-BKK, ohne gesetzlichen Druck einvernehmlich vertraglich verständigen konnten, sehen wir in Bayern nach wie vor einen inzwischen kaum noch nachvollziehbaren Widerstand der dortigen AOK-Führung und haben bis vor kurzem auch in NRW mit allen erdenklichen Widrigkeiten kämpfen

müssen. Heute muss ich deshalb einmal die Kolleginnen und Kollegen aus NRW ausdrücklich hervorheben, die trotz etlicher Linsengerichtsangebote über fast acht Jahre konsequent für die HZV gekämpft haben und dabei auf viel Honorar verzichten mussten. Dabei sind die Honorare aus dem Kollektivvertrag bekannt niedrig. Umso mehr freue ich mich über den erkämpften Erfolg! In Bayern wird ebenso hart gekämpft und die AOK-Führung soll sich keine Illusionen machen, dass der Bayerische Hausärzteverband irgendwann müde wird, für eine gute hausärztliche Versorgung und ein gerechtes hausärztliches Honorar zu kämpfen. Die klaren Worte der Landtagspräsidentin Barbara Stamm auf dem bayerischen Hausärztertage zeugen von guter politischer Vernetzung und Unterstützung!

Wir haben durch unseren gemeinsamen Einsatz in den letzten Jahren die Honorare für Hausärztinnen und Hausärzte steigern können. Das liegt zum einen an den höheren Honoraren in der HZV, aber auch an dem Druck, den die HZV auf das Kollektivvertragssystem ausübt. Auch wenn wir Fortschritte erreicht und erkämpft haben: Wir haben die Lücke zu anderen Fachdisziplinen lediglich verkleinert – geschlossen haben wir sie noch lange nicht! Wenn man dann noch berücksichtigt, dass die Hausärztinnen und Hausärzte die meisten Arbeitsstunden leisten, dass sie den Notdienst für Millionen Patientinnen und Patienten sicherstellen, dann muss man sagen: Wir haben bei den Honoraren noch jede Menge Luft nach oben! Wenn wir junge Menschen für unseren Beruf begeistern wollen, dann müssen wir ihnen auch ein angemessenes Honorar und geregelte Arbeitszeiten anbieten. Sich nur darauf zu verlassen, dass sich die jungen Menschen schon für den – zweifellos schönen und erfüllenden – Beruf des Hausarztes entscheiden werden, wird nicht reichen. Wir haben viel erreicht, aber es muss noch mehr werden!

Auch auf dem Rechtsweg sind wir sehr erfolgreich. Das sicher wichtigste Urteil ist das des BSG vom 25. März 2015, das die aufschiebende Wirkung von Klagen gegen einen Schiedsspruch klar verneint hat. Auch das SG-Urteil in Bayern gegen die von der AOK betriebene Kündigung von Versicherten aus der HZV, weil der Praxissitz nur wenige Meter verlegt wurde, reduziert den Kanon an Nickligkeiten von Kassen gegen die Umsetzung der HZV. Besonders erwähnenswert ist ebenfalls, dass die HZV-Verträge solange gelten, bis ein neuer Vertrag vereinbart oder geschieden wird. Nach dem BSG-Urteil wird es keine HZV-freie Zeit mehr geben. Damit ist der gesetzgeberische Wille nach über 10 Jahren umgesetzt worden, die HZV neben dem Kollektivvertrag zur zweiten Regelversorgung zu machen, nun rechts-

sicher etabliert. Die Versicherten haben nun eine doppelte Wahlentscheidung: Sie können zwischen Kollektivvertrag und HZV entscheiden und haben dann noch die Freiheit, die für sie beste Kasse zu wählen. Eine perfekte Mischung aus unserem bewährten Solidarsystem und innovationsfördernden Wettbewerbselementen. Krankenkassen, wie die AOK Baden-Württemberg haben die neue Welt verstanden und profitieren durch erhebliche Mitglieder-gewinne. Bei anderen Krankenkassen überkommt mich mitunter der Eindruck, dass sich einige als 3. Macht im Staat fühlen und sich über geltendes Recht hinwegsetzen. Wir wollen hier lieber nicht nachfragen, wie viele Millionen Euro aus Versichertengeldern in die immer wieder von Kassen beauftragte Anwaltskanzlei in der Berliner Friedrichstrasse geflossen sind, und das für lauter Niederlagen!

Zweifellos – auch wir haben in der Vergangenheit Rückschläge einstecken müssen – die uns allerdings immer wieder gestärkt haben. Unterm Strich haben wir eine beeindruckende Erfolgsgeschichte vorzuweisen. Ich will gar nicht darauf eingehen, dass der SpiFa nun zu gerne unser Konzept kopieren möchte und dessen Ehrenpräsident die HÄVG als Vorbild lobt. Nein, ich will hier einmal darstellen, was aus der HZV heraus alles entwickelt wurde. Wir können uns damit mit Fug und Recht als das Silicon Valley des deutschen Gesundheitswesens bezeichnen. Lassen Sie mich nur kurz aufzählen:

- Gründung der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG), die allein den Hausärzten, respektive ihren Landesverbänden gehört
- Eine erfolgreiche Technologiepartnerschaft der HÄVG mit der Deutschen Telekom in der HÄVG-RZ
- Schnellere Abrechnungszeiten als in der schnellsten KV
- Entwicklung des Hausärztlichen Prüfmoduls in fast jedem Arztinformationssystem
- AMTS-Modul zur Berücksichtigung der Nierenfunktion bei der Arzneiverschreibung
- elektronisch automatisierte Abrechnung in der HZV
- Entwicklung eines Curriculums für eine Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis VeraH® gemeinsam von IhF und dem Verband der Medizinischen Fachangestellten;

dieses Curriculum haben mittlerweile über 6.000 MFA durchlaufen. Wir sind hier „Marktführer“ und anstatt dieses erfolgreiche Konzept zu übernehmen, muss mit den Kammern sogar noch um die Anerkennung gerungen werden. 20 Stunden zusätzliche Weiterbildung kostet dieser Kompromiss

- Entwicklung von Versorgungslandschaften mit Facharztverbänden
- In Baden-Württemberg mit der AOK und MEDIGeno: Entwicklung von Facharztverträgen anschließend an die HZV nach § 73c SGB V
- das Programm PraCMan mit der Universität Heidelberg zur verbesserten Versorgung chronisch Kranker
- Einbau des Programms arriba in die Software zur schnelleren Diagnostik von Herzerkrankungen.
- und, und, und...

Jetzt mag man einwenden, „Silicon Valley“ sei als Vergleich ein wenig übertrieben; das mag sein, aber eins ist sicher gemeinsam, nämlich dass wir vom Problem her denken und nicht aus Körperschafts- oder Machterhaltüberlegungen. Diese Eigenschaft von Innovatoren ist auch ein Element unseres Erfolges. Dass durch Innovationen alte und sich nicht anpassende Geschäftsmodelle zerstört werden können, treibt nicht nur das Taxi-Gewerbe angesichts von Uber um, sondern auch die KBV angesichts des Erfolges der HZV, auch wenn Letzteres immer negiert und marginalisiert wird!

Besonders wichtig, wenn auch oft unterschätzt, ist der Aufbau des IhF, des Instituts für hausärztliche Fortbildung. Entwicklung und Organisation von hausarztspezifischer Fortbildung ist das Kerngeschäft des IhF. Das Motto „von Hausärzten für Hausärzte“ bedeutet nicht den Ausschluss auch fachärztlicher Expertise, aber ganz im Zentrum steht dabei die Vermittlung der hausärztlichen Arbeitsmethodik, die für die komplexen Anforderungen in der hausärztlichen Medizin spezifisch ist. Sie ist das gegenüber anderen Fächern Besondere an der Allgemeinmedizin. Die Fortbildungskongresse in Oberhof im Juni und in Bad Orb im Herbst erfreuen sich großer Teilnehmerzahlen, wie auch die vom IhF unterstützten regionalen Hausärztertage.

Wo sonst im Gesundheitswesen sehen wir Innovationen, die auch in der Fläche ankommen, außer beim Deutschen Hausärzterverband, seinen angeschlossenen Organisationen und seinen Landesverbänden? Sonst geht es anscheinend doch eher um Selbsterhalt überkommener Strukturen, um Pöstchen und populistischen Aktionismus! Und auch wenn einzelne Vorstände großer Krankenkassen immer mal wieder versuchen, ohne irgendeine sachliche Grundlage, die HZV schlecht zu machen – wir sind für tausende Hausärztinnen und Hausärzte und für Millionen Patienten auf dem richtigen Weg! Manche werden uns vielleicht vorwerfen, dass wir zu viel machen, und dass manche Sachen in der Praxis nicht immer gleich so funktionieren, wie wir uns das wünschen. Auch ich würde mir natürlich wünschen, dass immer alles gleich ohne Komplikationen funktioniert und wir alle arbeiten hart für dieses Ziel. Ich bitte auch nicht zu vergessen: Die HÄVG gehört uns – gehört den Hausärzten und sonst niemandem. Es wird intensiv gearbeitet, in der HÄVG und im Rechenzentrum noch besser, um noch schneller zu werden; das ist natürlich leichter mit der Unterstützung von allen. Die Idee ist doch, unabhängig von Dritten zu werden und da sollte es selbstverständlich sein, die eigenen Strukturen zu stützen, als vermeintlich leichtere, andere Wege zu gehen.

Bei aller berechtigten Freude über die Erfolge und Fortschritte, die wir gemeinsam errungen haben, wissen wir auch, dass die hausärztliche Versorgung vor enormen Herausforderungen steht: Wir haben schon häufig gemeinsam über den Hausarztmangel in ländlichen Gebieten, aber auch in strukturschwachen städtischen Bereichen diskutiert. Wir fördern mit der „Stiftung Perspektive Hausarzt“ junge Studierende im Rahmen ihres allgemeinmedizinischen Abschnitts im PJ. Wir haben uns lange für ein Förderprogramm eingesetzt, im Versorgungstärkungsgesetz wird endlich unser Vorschlag aufgegriffen, dass Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit haben, auch arztgruppengleiche MVZ zu gründen. All dies geschieht neben den grundlegenden strukturellen Verbesserungen im Rahmen der HZV, die ich beschrieben habe und bei denen wir große Fortschritte machen. Sie werden die Attraktivität des Hausarztberufs entscheidend verbessern! Darüber hinaus setzen wir uns für eine Erleichterung der gemeinsamen Berufsausübung ein, wir wollen die Kompetenzzentren an den Universitäten stärken und Weiterbildungsverbände fördern. Auch die arztentlastende VERAH® trägt entscheidend dazu bei, die zunehmende Versorgungslast besser bewältigen zu können.

Man muss aber natürlich auch konstatieren, dass sich entvölkernde Landstriche für keine Berufsausübung besonders attraktiv sind – das betrifft keineswegs nur Hausärztinnen und Hausärzte! Insofern ist es auch nicht nur ein Problem des Gesundheitswesens. Die immer wieder diskutierten Ideen zur Verpflichtungen bei Studienbeginn, sich später als Hausarzt in ländlichen Gebieten niederzulassen und ähnliche Gedankenspiele, werden da nicht weiterhelfen. Hier geht es um Strukturpolitik im Allgemeinen, um die Ansiedlung von Arbeitsplätzen und die Sicherstellung einer hohen Lebensqualität. Auch dies gehört zu einer ehrlichen Bewertung der Situation dazu.

Dabei fällt mir ein – und beinahe hätte ich es schon wieder vergessen – wir haben ja im Mai wieder einen Deutschen Ärztetag, sogar einen Wahlärztetag! Lassen Sie uns kurz prüfen, was die Bundeärztekammer für uns getan hat. Ihnen fällt auch nichts ein?

Mir fällt ein, dass für die Vorschläge, die GOÄ auch für die HZV zukunftsfähig zu machen, keine Unterstützung aus der BÄK kommt. Wir fordern dort mindestens einen Komplex H1 als Pauschale für die HZV und eine H2 für den Einsatz einer VERAH® in der Hausarztpraxis. Ein eigenes Kapitel für die hausärztliche Versorgung soll es wieder nicht geben, jedenfalls keine Leistungen, die nur von Hausärzten erbracht und abgerechnet werden können. Die Abbildung der hausärztlichen Tätigkeit als ein eigenständiger Leistungs- und Vergütungsbereich wird wieder einmal „vergessen“ und das, obwohl auch in der PKV die hausärztliche Versorgung einen immer wichtigeren Stellenwert hat. Dass schließlich der BÄK-Präsident persönlich eine Abweichungsmöglichkeit von den Vorschriften der GOÄ vehement ablehnt – eine nachvollziehbare Begründung ist uns bis heute nicht bekannt – macht die Sache vollends unerfreulich und man kann nur hoffen, dass sich die Bundesregierung als Verordnungsgeber zu moderneren und zeitgemäßen Regelungen entschließt, denn auch in der PKV sind Einzelverträge mit den Kassen ebenso notwendig wie in der GKV, um Wettbewerb zuzulassen und so die Versorgung zu verbessern. Kein Wunder also, dass sich die Vertreter der PKV für diesen Weg ausgesprochen haben. Und die Sorge, es gäbe einen Wettbewerb „nach unten“ mit Dumpingpreisen und schlechter Qualität ist unberechtigt, denn genau dies will niemand. Dies wäre leicht zu regeln, wenn man gesetzlich Abweichungen „nach unten“ ausschließt.

Wo ich gerade den BÄK-Präsidenten erwähne: Mir fällt ein, dass Herr Professor Montgomery einen Brief am 15. Februar 2015 an die Ministerpräsidenten der Länder geschrieben hat, in

dem er fordert, die Anregung des Bundesrates, 5 Prozent der Fördermittel „zur Sicherung von Qualität und Effizienz der Weiterbildung“ (in der Allgemeinmedizin) nicht umzusetzen.

Damit nicht genug: Zudem plant die die BÄK, die Akademien für Allgemeinmedizin und für Gebietsärzte, wie die Fortbildungskommission aufzulösen und damit die Macht stärker zu konzentrieren.

Die Konsequenz für uns ist, die hausärztliche Präsenz in der BÄK weiter zu stärken und neben Max Kaplan und Christoph von Ascheraden einen hausärztlichen Kandidaten für das Präsidentenamt vorzuschlagen.

Im Gegensatz zu unseren ärztlichen Körperschaften hat die Politik, wie schon im Koalitionsvertrag, sehr wohl gesehen, dass die hausärztliche Versorgung wegen der Morbiditätsentwicklung immer wichtiger wird und andererseits die Hausärzte älter werden und der Nachwuchs noch nicht ausreichend vorhanden ist. Nicht nur das Förderprogramm ist ein deutlicher Fingerzeig, dass unsere Sorgen ernst genommen werden, auch die Möglichkeit zur Bildung rein hausärztlicher MVZ, das klare Bekenntnis, die HZV zu fördern mit einer Verbesserung der Bereinigungsvorschrift, weisen in diese Richtung. Wenn auch unsere Vorschläge, gerade zur Bereinigung im Zusammenhang mit den Selektivverträgen, weiter gingen und wir gerne noch ein stärkeres Signal in Richtung der an die HZV anschließenden Facharztverträge haben würden, können wir uns absolut nicht beklagen. Ich muss hier sagen: Mit Hermann Gröhe haben wir wieder einen Gesundheitsminister, der Wort hält, das war bekanntlich nicht immer so!

Wir haben in der HZV mit Facharztverträgen, ob nach § 73c SGB V oder den Versorgungslandschaften nach § 140a SGB V keine Terminprobleme für unsere Patienten und können uns über die Vorschrift, Terminservicestellen einzurichten, deshalb auch nicht erregen. Die Schreckensszenarien zum Thema Praxisaufkauf sind auch nur schwerlich nachzuvollziehen, zumal ohne Zustimmung der Ärzte in den Zulassungsausschüssen gar nichts passieren kann. Dort herrscht Parität zwischen Kassenvertretern und Vertretern der KVen. Diese Parität hätten wir auch gern für die KBV und die KVen in den Vertreterversammlungen, in denen wir im Übrigen auch nur Ärzte sehen würden.

Die Debatte um die Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV) ist im vollen Gang, gerade hat sich die KBV-VV damit befasst, weil die Strategie dort und unter den Fachärzten und ihren Verbänden nicht einheitlich ist. Klar ist, und es ist auch nicht neu, dass die Politik die Barriere zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufheben will; sie nützt den Patienten nicht, erschwert die Koordination bei komplexen Krankheiten und ist nicht besonders wirtschaftlich. Wenn auch das Gesundheitswesen kein Markt wie andere Bereiche in der Gesellschaft ist, so sind Wettbewerbselemente nicht unbedingt schädlich. Wir können das an der HZV sehen und anscheinend nicht nur wir. So ist es nicht verwunderlich, dass auch in anderen Bereichen, wie in der ASV, Wettbewerbsfelder eröffnet werden.

Vielleicht wären früher eingerichtete Wettbewerbsfelder gepaart mit klaren Vorgaben auch geeignet gewesen, die Telematik im Gesundheitswesen voranzubringen, anstatt das den Selbstverwaltungsorganen zu überlassen, die viel Geld verbrauchen, um sich in der gematik gegenseitig zu blockieren. Das e-Health-Gesetz (es hat einen etwas sperrigen Namen, deshalb bleibe ich bei der Bezeichnung) soll dazu dienen, den einen oder anderen Knoten zu lösen und für eine diskriminierungsfreie Telematik-Infrastruktur sorgen, auf der die einzelnen Anwendungen laufen und sich die Systeme auch miteinander verständigen können. Nur, da sitzen wieder die üblichen Verdächtigen. Die haben keineswegs aufgegeben, Strukturen zu etablieren, die ihre Macht festigen. So wird offensichtlich das KV-Netz mit werberischer Begleitmusik und finanziellen „Anreizen“ in den Markt gedrückt. Ob das Spiel aufgeht, ist allerdings nicht ausgemacht. Auf die Details der Telematik, weder die Stolpersteine noch die Vorteile will ich hier näher eingehen, das sei der Diskussion überlassen; Fakt ist, dass wir im europäischen Kontext weit hinten liegen, nach wie vor umständliche und Zeit verschlingende Kommunikationsrituale pflegen. Der Brief im Krankenhaus wird vom Assistenzarzt verfasst, vom Oberarzt korrigiert, vom Sekretariat in Form gebracht, gedruckt, an die Praxis geschickt oder gefaxt, dort eingescannt und dann stellen wir fest, dass nicht alle Informationen enthalten sind, die wir brauchen. Beispielsweise fehlen immer die evtl. verabreichten Schlafmittel, um ein einfaches Beispiel zu wählen. Warum kann ich nicht, wie in Dänemark, die Krankenhausakte sehen?

Wir werden, gemeinsam mit MEDI schon mal Versuche starten, wie wir untereinander einfacher kommunizieren können. Dazu gehört auch die Überwindung von Schranken, die aus Marktinteresse der Softwareanbieter errichtet sind und uns dort behindern. Und wir haben

eingefordert, als wesentliche Player mit ja mittlerweile knapp 3,7 Mio. Versicherten und über 16.000 angeschlossenen Hausärzten an der Entwicklung der Telematikinfrastruktur beteiligt zu werden.

Um die Gesetzesvorhaben zu vervollständigen sei noch auf das Präventionsgesetz verwiesen, zu dem wir unsere Stellungnahme abgegeben haben, die deutlich macht, dass wir die Stärkung der Prävention für überfällig halten, aber auch hier ohne Einbeziehung der Hausärzte und ihrer Koordinationsfunktion Effizienz verschenkt wird.

Zum Schluss bleibt mir nur noch, mich bei den insgesamt fast 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die uns täglich auf unserem Weg unterstützten, zu bedanken. Für ihren Einsatz, der sehr oft mehr ist, als ein 9 to 5 Job! Ja, so groß ist der Deutsche Hausärzteverband mit seinen organisatorischen Untergliederungen inzwischen geworden und, das ist keine schwere Prognose, er wird weiter wachsen, wenn jetzt NRW und andere Bundesländer Fahrt aufnehmen. Besonderer Dank gilt auch dem Berliner Büro bei der Unterstützung unserer politischen Arbeit und natürlich Dagmar Esser und ihrem Team für die Vorbereitung und Ausrichtung dieser Frühjahrstagung, aber eben nicht nur dieser Tagung, sondern auch der vielen anderen Termine und Veranstaltungen über das Jahr. Einen besonderen Applaus haben sie alle verdient.

Ich danke für die Aufmerksamkeit!