

Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln

Telefon 02203 5756-0
Telefax 02203 5756-7000

Sperrfrist: 14. September 2017, 15 Uhr

Es gilt das gesprochene Wort.

Bericht zur Lage
anlässlich der Delegiertenversammlung
des Deutschen Hausärzteverbandes
am 14./15. September 2017 in Berlin

Ulrich Weigelt

Bundsvorsitzender

des Deutschen Hausärzteverbandes

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste,

wir treffen uns hier, knapp eine Woche vor der Bundestagswahl, deren Ausgang mit Sicherheit nicht vorrangig durch gesundheitspolitische Themen bestimmt wird. Ich glaube auch nicht, dass Hausärzte ihre Wahlentscheidung ausschließlich mit dem Blick durch die Praxisbrille treffen. Da gibt es ja durchaus auch noch andere Themen, die für die Frage, wie sich unser Land zukünftig entwickeln soll, entscheidend sind – egal, ob Flüchtlinge, Zuwanderung, Umwelt, Dieselskandal oder soziale Gerechtigkeit. Zudem werden wir es voraussichtlich mit einer neuen Parteienlandschaft zu tun haben, die uns demokratisch herausfordert.

Die Alterung der Gesellschaft, der Fachkräftemangel, die zunehmend ausgedünnten Landstriche sind generelle Probleme, deren Auswirkungen wir besonders im Gesundheitswesen spüren, die aber nicht ausschließlich dort zu lösen sind. Wenn sich Landstriche entvölkern, kann niemand erwarten, dass sich junge Arztfamilien dort ansiedeln.

Als Verband können wir diese Probleme nicht lösen, aber wir können den Staat in seiner Verpflichtung zur Daseinsfürsorge unterstützen. Wir bringen unsere Expertise und unsere Vorschläge in die gesundheitspolitische Diskussion ein. Konkret arbeiten wir beispielsweise eng mit dem Deutschen Landkreistag zusammen und suchen gemeinsam nach Möglichkeiten, die Menschen in diesen strukturschwachen Regionen so gut es geht hausärztlich zu versorgen. Ob wir hier vorankommen, hängt natürlich auch in einem nicht unerheblichen Maße von der zukünftigen gesundheitspolitischen Ausrichtung der neuen Regierung ab.

Wir haben ja schon einige Regierungen, einige Gesundheitsminister erlebt, mit durchaus heterogenen Erfahrungen: Horst Seehofer, Ulla Schmidt, Philipp Rösler, Daniel Bahr und jetzt Hermann Gröhe. Wir erinnern uns sehr gut, wessen Zusagen verlässlich waren und wessen nicht. Wir erinnern uns genauso gut daran, wer das für Versicherte und Hausärzte freiwillige Primärarztsystem, die Hausarztzentrierte Versorgung, gefördert hat oder wer versucht hat, es zu behindern; das wird sicher, neben der generellen Richtungsentscheidung, bei der Wahl für viele Hausärztinnen und Hausärzte auch eine Rolle spielen!

Aber zurück zu den gesellschaftlichen Herausforderungen einer älter werdenden Bevölkerung, einer Ausdünnung ganzer Landstriche und der Frage, wie die medizinische Versorgung dieser Bevölkerung gesichert werden kann.

Wir haben in den letzten Jahren unter Beweis gestellt, dass wir Hausärzte bereit stehen, wenn es gilt, Antworten auf diese drängenden Fragen zu finden. Allerdings müssen dazu die Rahmenbedingungen stimmen!

Wir sind die Spitzenorganisation für die Vertretung der hausärztlichen Interessen in Deutschland. Unsere Aufgabe ist es daher, für gute Rahmenbedingungen für die Praxen zu kämpfen, damit die Hausärztinnen und Hausärzte die hausärztliche Versorgung in unserem Land auch gewährleisten können. Mit „Rahmenbedingungen“ meine ich nicht nur das Honorar, das selbstverständlich der enormen Arbeitslast entsprechen muss, sondern auch die Reduzierung der Bürokratie, das Freistellen von unsinnigen Tätigkeiten, die uns wertvolle Zeit für die Patientenversorgung stehlen, und schließlich Unterstützung bei der Nachwuchsgewinnung für unsere Praxen. Im Gegensatz zu manch anderem Verband, sind diese Aufgaben für uns eben nicht einfach unter Klientelpolitik zu verbuchen. Es geht darum, dass ohne eine vernünftige Primärversorgung durch dafür aus- und weitergebildete Hausärztinnen und Hausärzte unser Gesundheitssystem nicht in der Lage sein wird, die gesundheitliche Versorgung seiner Bevölkerung sicherzustellen! Ohne uns würden die Kosten explodieren und die Qualität der Versorgung in den Keller rauschen.

Diese Erkenntnis haben wir uns nicht aus den Fingern gesogen, nein, dazu liegen umfangreiche Forschungsergebnisse vor. Ich erinnere hier besonders an die Arbeit von Barbara Starfield. Dennoch haben wir es immer noch, bzw. immer wieder, mit Blockaden und Widrigkeiten zu tun. Auf manche haben wir Antworten gefunden, bei anderen müssen wir sie noch finden, um uns unseren Beruf, der abwechslungsreich ist, von den Patienten geschätzt wird und auch wirklich befriedigend sein kann, nicht vermiesen zu lassen!

Allen Widrigkeiten zum Trotz, kommen wir dennoch voran und das ist eine sehr erfreuliche Nachricht. Wir haben auf die Missachtung der hausärztlichen Arbeit im KV-System reagiert und das freiwillige Primärarztsystem gefordert, das schließlich als HZV auch gesetzlich festgeschrieben wurde und von uns in Verträgen mit den Kassen umgesetzt wird. Wir konnten die Politik davon überzeugen, uns dafür die notwendigen Instrumentarien bereitzustellen. Für die hausarztzentrierten Vollversorgungsverträge, außerhalb des KV-Systems und inklusive Bereinigung, konnten wir vor nunmehr fast 10 Jahren die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK gewinnen. Mit etlichen anderen Kassen mussten wir hingegen vor dem Schiedsamt ringen. Inzwischen haben quasi flächendeckend Versicherte fast aller Kassen die Möglichkeit, sich freiwillig in die HZV einzuschreiben.

Mit den Versicherteneinschreibungen geht es langsam, aber sehr stetig voran. 2016 haben wir ein Wachstum von knapp zehn Prozent verzeichnen können. Inzwischen haben sich bundesweit knapp 17.000 Hausärztinnen und Hausärzte und fast 4,5 Millionen Versicherte eingeschrieben – das lässt sich sehen! Kein anderer Selektivvertrag in Deutschland hat auch nur annähernd ein solches Volumen erreicht. Rechnet man die eingeschriebenen Versicherten in sogenannten HZV-add-on-Verträgen dazu, kommt man auf knapp 6,5 Millionen, was fast 10 Prozent aller GKV-Versicherten ausmacht.

Nach wie vor sind Baden-Württemberg und Bayern bei den HZV-Vollversorgungsverträgen weit vorn, aber auch andere Landesverbände machen inzwischen große Fortschritte. Niemandem, auch nicht Bayern und Baden-Württemberg, ist der Erfolg einfach in den Schoß gefallen, sondern die Kolleginnen und Kollegen haben dafür hart gekämpft und werden das auch weiterhin tun und tun müssen. Nachdem auch die letzten Schiedsverfahren mit besonders störrischen Kassen abgeschlossen sind, entwickelt sich die HZV in quasi allen Bundesländern konsequent weiter, auch wenn die Umsetzung der Verträge nirgends ein Selbstläufer ist!

Eine positive Konsequenz der Hausarztverträge ist unter anderem auch, dass unsere Wettbewerber, ich hätte beinahe Gegner gesagt, mittlerweile reagieren mussten und gezwungen waren, bei der Vergütung im Kollektivvertrag nachzubessern. Das ist natürlich erfreulich, kommen wir doch langsam in eine Situation, in der nicht jeder in irgendeinem schmalen Sektor tätige Facharzt doppelt, dreifach und vierfach so viel verdient wie wir Hausärzte.

Wir müssen diesen Weg konsequent fortsetzen und dabei möglichst viele GKV-Versicherte von den Vorteilen einer HZV-Einschreibung überzeugen. Dafür arbeiten wir im Verband und in allen angeschlossenen Organisationseinheiten mit aller Kraft und wollen uns an dieser Stelle bei unseren sehr engagierten und motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im gesamten Bundesverband, in der HÄVG, dem Rechenzentrum, dem IHF, der WG, der ProVersorgung und dem m+m medizin und medien Verlag mit einem starken Applaus bedanken!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir werden uns im Verlauf dieser beiden Tage noch über Details bei der Weiterentwicklung der HZV und ihrer Digitalisierung beschäftigen – vor allem natürlich mit der Frage, wie wir die Hausärzte bei der täglichen Arbeit in den Praxen noch besser unterstützen können. Es ist keineswegs so, dass wir uns auf unseren Erfolgen ausruhen können. Es gibt noch viel zu tun, um die Umsetzung der Verträge in den Praxen geschmeidiger zu machen, beispielsweise mit Hilfe einer neuen Vertragssoftware, deren Entwicklung rasch voranschreitet. Sie wird die Umsetzung der HZV in der Praxis von der Einschreibung bis zu Abrechnung weiter vereinfachen.

Wir dürfen aber natürlich auch die Politik nicht aus dem Fokus verlieren.

Wir können uns über die gesetzlichen Grundlagen für unsere Verträge nicht beschweren, müssen aber der Forderung mehr Nachdruck verleihen, dass die Versicherten, die sich in die wirtschaftlich und medizinisch vernünftige HZV einschreiben, von ihrer Kasse finanziell belohnt werden, z. B. über einen Bonus, oder durch Zuzahlungsbefreiungen bei Medikamenten. Hier dürfen die Kassen ruhig kreativ werden! Aber sie sollen etwas tun!

In der Politik ist angekommen, dass der Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten stetig steigt, gleichzeitig aber nicht genügend junge Ärztinnen und Ärzte in diesen Beruf gehen. Hier muss endlich auch politisch mit einer ganz anderen Intensität als bisher gehandelt werden – insbesondere deshalb, weil das Ausscheiden von Kolleginnen und Kollegen aus der Versorgung nicht allmählich und langsam erfolgen wird, sondern eher disruptiv. Da ist es schon äußerst ärgerlich und verantwortungslos, wenn wichtige Schritte zur Nachwuchsgewinnung zwar in einem Masterplan 2020 von der GMK verabschiedet und vom BMG unterstützt werden, dann aber auf der letzten Meile der Umsetzung hängen bleiben, weil die Finanzierung nicht sichergestellt wird. Wenn man sich vor Augen führt, wie entscheidend diese Reform für die Zukunft der hausärztlichen Versorgung ist und gleichzeitig bedenkt, dass wir hier über ein Finanzvolumen reden, das noch nicht einmal 0,1 Prozent der GKV-Einnahmen entspricht, dann kann man nur mit dem Kopf schütteln. Statt diese Chance beim Schopfe zu packen, erleben wir ein kleinliches Kompetenzgerangel bei der Frage, wer wieviel dabei zu finanzieren hat. Das muss ein Ende haben!

Angesichts der laufenden Entwicklung können wir nur immer wieder dazu aufrufen, dass alle Akteure im Gesundheitswesen gemeinsam an einem Strang ziehen, und zwar am selben Ende, um den dringend benötigten Nachwuchs für diesen schönen und wichtigen Beruf zu gewinnen, ohne den – ich wiederhole es – ein bezahlbares und qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem nicht funktioniert.

Die Realität sieht jedoch leider so aus, dass sich stattdessen immer noch allerhand Akteure finden, die diese Situation zu nutzen versuchen, um eigene (Geschäfts-)Ideen zu platzieren, immer unter dem Vorwand, damit die hausärztliche Versorgung entlasten zu wollen.

Der Arztgehilfe bzw., um den Beruf interessanter klingen zu lassen, der *Physician Assistant*, ist so ein „Geniestreich“. Diese „Weiterqualifikation“ von z. B. Krankenpflegern oder Krankenschwestern wird momentan an drei privaten und zwei staatlichen Hochschulen angeboten, inklusive Bachelor-Ab-

schluss. Gerne wird betont, dass diese „Arzthelfer“ primär Aufgaben im stationären Bereich übernehmen sollen. Laut dem Webauftritt der Klett-Gruppe für ihre Hochschule in Köln gehören zu den wichtigsten fünf Aufgaben eines Arztassistenten nach dem Studium:

1. Patientenaufnahme und Voranamnese sowie körperliche Untersuchung mit Sichtung/Triage
2. Assistenz bei chirurgischen/operativen Eingriffen, soweit Weiterbildungseingriffe nicht berührt werden
3. Koordination des Stationsablaufs und Schreiben von (Kurz-) Arzt- und Entlassbriefen
4. Vor- und Nachbereitung sowie Unterstützung bei den Visiten in Oberarzt-/ Chefarztbegleitung
5. Orientierende Sonographie und EKG-Vorbefundung und das Legen von Gefäßzugängen sowie die Applikation verordneter Medikamente.

Natürlich wird es aber wie immer so sein, dass man am Ende dann doch wieder schnell das breite Feld der ambulanten und dort vor allem die hausärztliche Versorgung für sich entdecken wird. Ich erinnere an den allgemeinen Internisten, der nur im stationären Bereich arbeiten sollte. Nach nicht einmal einem Jahr war dieser Schwur gebrochen!

Das Ansinnen, diese Arzthelfer in der ambulante Versorgung unterzubringen, kommt allerdings weniger von den Hochschulen, die dazu allein auch nicht in der Lage wären, sondern aus der KV-Welt. Hausärztliche KV-Funktionäre lassen sich zudem dazu herab, diese Gehilfen unter Krokodiltränen als Unterstützung der Hausärzte in den hausärztlichen Praxen zu preisen. Es ist immer dasselbe: Es wird behauptet, dieser Arztgehilfe komme sowieso, deshalb müsse der Hausärzterverband „eingebunden“ werden, sonst drohe Ungemach. Das „Einbinden“ besteht dann meist darin, dass uns das Ergebnis mitgeteilt wird, dann dürfen wir noch ein paar Wörter hin und her schieben und am Ende heißt es, „die Hausärzte sind mit an Bord“! Damit haben wir bei der Palliativversorgung schon unschöne Erfahrungen machen müssen.

Hinzu kommt: Wenn die Arztassistenten ausschließlich unter der Aufsicht der Hausärzte arbeiten sollen, dann konnte mir bisher noch keiner erklären, warum wir diesen neuen Beruf überhaupt brauchen? Wir haben zur Unterstützung in der Praxis bereits ein exzellentes und erfolgreiches Modell gemeinsam mit dem Fachverband der Medizinischen Fachangestellten etabliert – die VERAH! Bundesweit haben inzwischen knapp 10.000 VERAHs diese mehrjährige Fortbildung durchlaufen. Dieses Modell hat das Potential, weiter zu wachsen. Das ist unser Weg, denn wir wissen am besten, was wir und unsere Patienten brauchen. Statt irgendwelche neuen Berufsgruppen zu propagieren, sollten die KV-Kollegen lieber ihre eigenen Mitarbeiterinnen in den Praxen fördern!

Untaugliche Substitutionsversuche hausärztlicher Leistungen brauchen wir dagegen überhaupt nicht. Ich wiederhole es: Stattdessen sollten alle dafür sorgen, dass sich mehr Medizinstudierende für die Allgemeinmedizin entscheiden! Das tut die KBV auch wieder nicht, wenn sie in ihren Forderungen zur Bundestagswahl lediglich die allgemeine Förderung der ambulanten Tätigkeit formuliert! Das nützt uns nichts!

In dem Zusammenhang werden wir auch genau hinsehen müssen, ob nicht doch über das geplante Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (bisher gibt es hier lediglich einen Arbeitsentwurf aus dem BMG) wieder Teile der originär hausärztlichen Versorgung schleichend aus unserer Verantwortung herausgelöst werden sollen. Bis jetzt wird dies vehement bestritten! Manch einer spricht hier dennoch schon von einem „Hausarzt für die Seele“. Noch ist nicht entschieden, ob und wie hier eine Neuordnung der Versorgungsbereiche im SGB V die Folge sein wird. Aber wenn man hört, was die Psychotherapeuten so alles an Kompetenzen erhalten sollen bzw. einfordern – bis hin zu Arzneimittelverordnungen – und dass sie auch eine Förderung ihrer eigenen Weiterbildung – entsprechend der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin – fordern, dann ist hier höchste Aufmerksamkeit geboten.

Doch zurück zur KV: Wir hatten uns nach der letzten KV-Wahlrunde gefreut, das wir Hausärzte gut abgeschnitten haben. Wir haben außerdem erreicht, dass die Stimmenparität in der Vertreterversammlung der KBV festgeschrieben wurde. Trotzdem sehen wir uns immer wieder mit denselben Problemen konfrontiert. Wir können uns auf dieses alte und marode KV-System schlichtweg nicht verlassen! Wir müssen uns immer wieder mit diesem System auseinandersetzen, aufmerksam die Entwicklungen verfolgen und dabei unsere Positionen deutlich vertreten. Das KV-System hat eine hohe Formstabilität und funktioniert relativ unabhängig von den handelnden Personen nach den eigenen Gesetzen, die jahrzehntelang von den Fachärzten präformiert wurden.

Wie das dann in der Praxis konkret abläuft, konnte man zuletzt bei der Palliativversorgung quasi wie im Lehrbuch miterleben.

Da wird mit neuen EBM-Ziffern und den begleitenden, völlig unrealistischen und unsinnigen Qualifikationsanforderungen wieder am hausärztlichen Kompetenzspektrum geknabbert. Manche mögen einwenden, dass für sich genommen, hier (honorartechnisch) nicht allzu viel passiert. Aber die Situation ist doch so, dass ständig irgendein Sektorfach für Hausärzte acht Fortbildungsstunden hier und

acht Fortbildungsstunden dort fordert; immer unter dem Rubrum „Qualitätssicherung“. Das muss einfach aufhören!

Die hausärztliche Medizin arbeitet integrativ, wir sehen den ganzen Menschen und nicht nur ein Auge, einen Fuß oder ein Organ. Wir sind sicher nicht dagegen, medizinischen Fortschritt (so er denn einer ist) und neue medizinische Erkenntnisse in unsere Fortbildung zu integrieren und tun das längst. Aber wir verwahren uns dagegen, dass andere Arztgruppen dauernd die Qualität der hausärztlichen Leistungen infrage stellen. Das ist unkollegial und entwürdigend!

Es stellt sich dann ja oft genug heraus, dass es den Kritikern letztlich nicht um Qualität, sondern nur um exklusive Abrechnungsmöglichkeiten, also ums Geld geht.

Ich bin in diesem Zusammenhang der Ärztekammer Brandenburg sehr dankbar, dass ihr Präsident, Frank-Ullrich Schulz, und insbesondere ihr Vizepräsident, Dr. Hanjo Pohle, sich in der Diskussion um die Neuordnung palliativmedizinischer Leistungen so deutlich positioniert haben! Wörtlich sagte der Präsident: *„Es macht keinen Sinn und führt Weiterbildungsrichtlinien ad absurdum, wenn es nötig wird, nach absolvierter Facharztanerkennung wiederum mit neu erdachten Qualifikationen nachzuweisen, dass ein Facharzt sein Fachgebiet beherrscht.“* Dem kann ich nur zustimmen!

Ich habe mich auch gefreut, dass uns an dieser Stelle der Hartmannbund zur Seite gesprungen ist und dabei in dieselbe Kerbe schlägt wie wir.

Zu diesen abwegigen Vorstellungen, die vom GKV-Spitzenverband und der KBV stammen, passt im Grunde auch der SpiFa mit seiner vollkommen praxisfernen Diskussion um die „grundversorgenden Fachärzte“ (was auch immer das sein soll).

Der SpiFa hat sich mit seiner Plakataktion unfreiwillig sehr verdient gemacht. Wer die Motive einmal gesehen hat, wird sagen: „Besser hat noch niemand die Fragmentierung des deutschen Gesundheitssystems visualisiert!“

Der BDI hat noch einmal nachgelegt und macht klar, dass er eine fortschrittliche Neustrukturierung des deutschen Gesundheitssystems auf jeden Fall verhindern will. Das ist ja auch nicht überraschend, denn die größte Sorge dieser Verbände ist ja gerade, dass mit einer klaren Strukturierung, wie wir sie mit der freiwilligen HZV begonnen haben, es für die sogenannten grundversorgenden Fachärzte enger wird. Unsere Patienten und wir brauchen eine gute, kompetente Primärversorgung auf der

einen und eine gute spezialisierte fachärztliche Versorgung auf der anderen Seite. So ist es im § 73 SGB V angelegt. Es gibt EINE hausärztliche und EINE fachärztliche Versorgungsebene. Wenn jetzt die vergifteten Hilfsangebote kommen, dass ja die Hausärzte entlastet werden müssten und die fachärztliche Versorgungsebene hausärztliche Tätigkeiten mit übernehmen könnte, muss man sich sehr genau anschauen, was das in der Praxisrealität bedeuten würde!

Ich will jetzt nicht wieder mit dem Fortbildungsumfang anfangen, den Hausärzte beispielsweise für die Palliativmedizin, die Geriatrie oder – nicht zu vergessen – für die DMP nachweisen sollen und in diesem Zusammenhang fragen, wie viele Stunden, Tage, Wochen oder gar Jahre man beispielsweise einem HNO-Kollegen oder Orthopäden aufs Auge drücken müsste, damit er für die hausärztliche Versorgung qualifiziert wäre. Das wäre eher eine Glosse wert. Nein, hier wird wieder nicht das getan, was eigentlich notwendig wäre: Werbung für die hausärztliche Versorgung, Werbung für die Allgemeinmedizin! Stattdessen wird auf niedrigstem Niveau Klientelpolitik betrieben. Oder wie soll ich die Aussage verstehen, dass die Besonderheit der HNO-Kollegen, laut SpiFa und HNO-Chef Heinrich, der Hörtest ist? Das würde ich mir im Übrigen auch als HNO-Facharzt nicht gefallen lassen, aber für die bin ich nicht zuständig.

Ernster ist schon ein Entwurf, den die KBV in die Verhandlung mit dem GKV-Spitzenverband einbringen will: einen Vertrag über die fachärztliche Versorgung als Anlage 5a zum Bundesmantelvertrag.

Der BDI hat sich hier gleich einmal hervorgetan und die Katze aus dem Sack gelassen: Es geht dabei um nichts weniger, als die Aufhebung der Gliederung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung.

Ich zitiere den 2. Vizepräsidenten des BDI, Dr. Ivo Grebe: *„Damit einhergehend kann der fachärztlich tätige Internist wieder Leistungen aus dem bisherigen Hausarztsektor erbringen. Der Hausarztinternist kann sodann wieder Leistungen aus dem Facharztbereich erbringen.“*

Eigentlich möchte man den BDI-Funktionären zurufen: „Willkommen im letzten Jahrhundert!“ Doch wir müssen uns damit auseinandersetzen. Schließlich beweisen BDI und SpiFa so, dass wir bei unserer Kritik bei den Themen Palliativversorgung, Geriatrie und anderen leider Recht hatten und hier die Allgemeinmedizin aktuell massiv angegriffen wird. Dass damit die hausärztlich tätigen Internisten, die mit uns die Primärversorgung leisten, auch getroffen werden, wird wohl als Kollateralschaden in Kauf genommen.

Dass Hausärzte sich jetzt wieder Apparate anschaffen und hier und da eine Gastroskopie vornehmen oder mal einen Herzkatheter schieben, ist ja sicherlich nicht gemeint, sondern es geht um die Produktion von Allgemein-Internisten, die keine Schwerpunktqualifikation geschafft haben. Denen soll die Tür in die hausärztliche Versorgung – wofür sie sich im Klinikbetrieb nun wirklich nicht qualifizieren konnten – geöffnet werden. Gleichzeitig sollen sie aber auch nicht auf das eine oder andere internistische Spielzeug verzichten müssen. Wir haben genau vor dieser Entwicklung gewarnt, doch der Ärztetag hat sehenden Auges zugestimmt! Damit verschlechtert sich nicht nur die hausärztliche, sondern auch die fachinternistische Versorgungsqualität und der hausärztlichen Weiterbildung gehen Kolleginnen, bzw. in dem Fall ja eher Kollegen, verloren!

Die Ziele sind klar: Die Fragmentierung des Gesundheitswesens soll festgeschrieben, die Versorgungsebenen aufgelöst, die Honorartrennung gleich auch noch beseitigt und die „organisierte Verantwortungslosigkeit“ soll fortgesetzt und ausgebaut werden.

Anders soll es dann beim Krankenhaus aussehen. Bei Einweisungen, so der Entwurf für die Definition des fachärztlichen Versorgungsauftrags für den Bundesmantelvertrag, soll der Facharzt (nicht der für Allgemeinmedizin versteht sich) das „gate-keeping“ übernehmen. Er soll im Übrigen auch koordinieren können und vieles mehr! Aber wie gesagt: Dem Hausarzt soll nichts weggenommen werden. Er soll nur „entlastet“ werden.

Das können wir nicht durchgehen lassen!

Leider wissen wir, dass auch intellektueller Unfug in den Gremien der Selbstverwaltung mit GKV-Spitzenverband und KBV eine gute Verwirklichungschance hat. Dieser Unfug gehört leider dazu!

Doch es wird noch abwegiger: Auf der einen Seite kritisieren KBV, SpiFa und BDI bei der Notfallversorgung die völlig unkoordinierte und zum Teil überflüssige und kostenträchtige Inanspruchnahme der Erste-Hilfe-Stellen in Krankenhäusern durch die Versicherten. Andererseits soll im ambulanten Bereich „der Patient (zuerst entscheiden), ausgehend von seinen Symptomen, welchen Arzt er primär aufsucht.“ Das hat mit Qualität der Versorgung der Patienten nichts mehr zu tun, wohl aber mit der Versorgung der fachärztlichen Klientel!

Es ist ja unbestritten, dass auch die Notfallversorgung, also die Patientenversorgung außerhalb der üblichen ambulanten Sprechzeiten, dringend verbessert werden muss. Was aber da jetzt aus dem Sachverständigenrat vorab kommuniziert wurde, kann es ja wohl nicht sein. Es ist jetzt und hier nicht

der Ort, die vorgestellten Details vollständig zu beleuchten, aber der Schluss, dass Hausärzte bitte samstags, sonntags sowie an den Abenden länger arbeiten sollen, um die Notfallambulanzen zu entlasten, ist eine Ohrfeige für alle Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland. Soll man sich doch mal die Tiefgaragen von Ärztehäusern am Freitagmittag ansehen. Wessen Autos stehen da denn noch? Das vom Hausarzt und vielleicht noch vom Kinderarzt. Ansonsten gähnende Leere! Und dann glaubt der Sachverständigenrat, mit ein paar Euro mehr werden wir das schon machen? Das ist geradezu beleidigend. Wenn jemand seine Patienten auch außerhalb von Sprechzeiten sieht und auch einen Samstagbesuch bei einem Schwerkranken nicht scheut, sind das in der Regel die Hausärztinnen und Hausärzte, und zwar bestimmt nicht, weil sie dafür 20 Euro in die Hand gedrückt bekommen!

Das Krankenhaus soll getroffen werden und die Keule sind die Hausärztinnen und Hausärzte – ist ja auch billiger! Nein – mit uns ist das nicht zu machen! Wir beschäftigen uns in fast allen Landesverbänden mit dem Problem der Akutversorgung und entwickeln Vorschläge. Solange aber die Krankenhäuser in der jetzigen Menge vorhanden sind, werden die Menschen dahin gehen, wenn sie das wollen.

An allen Ecken und Enden wird heimlich versucht, Geld auf dem Rücken der Hausärzte einzusparen. Wir sind es dann nämlich häufig, die am Ende auf den Kosten sitzen bleiben sollen. Wie es konkret funktionieren kann, Geld vom Hausarzttopf in den Facharzttopf zu schieben, war ja bei der Laborvergütung zu sehen, mit tätiger Mithilfe des GKV-Spitzenverbandes.

Ich will das nur kurz, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, skizzieren: Da wird ein Labortopf gebildet, aus dem die Laborleistungen finanziert werden. Übersteigt das angeforderte Honorar diesen Topf, muss nachgeschossen werden, bislang – entsprechend dem Trennungsfaktor – in nahezu gleicher Höhe aus dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Honoraranteil. Das ist natürlich vollkommen inakzeptabel, denn die allermeisten Laborleistungen werden von den Fachärzten erbracht. Dies zu ändern, war ein Beschluss der KBV-VV, ein Kompromiss, der die unterschiedlichen Honoraranteile auch bei der Nachschusspflicht berücksichtigt. Nicht ideal, aber so viel besser, dass wir ihn mittragen. Jetzt kommt aber der GKV-Spitzenverband ins Spiel und äußert sich mit tiefem Verständnis für die Fachärzte. Ich zitiere aus einem Schreiben vom 26. Juni dieses Jahres: „[...] wir [sehen] darin eine unausgewogene Risikoverteilung von den Haus- zu den Fachärzten, die wir nicht mittragen können.“

Man könnte darüber lachen, leider ist es aber zu ernst. Ganz abgesehen davon, dass der hier geforderte Veranlasserbezug gerichtlich bereits negativ beschieden wurde, wäre das ein Dammbbruch. Wie sieht es denn dann mit Überweisungen zum Radiologen, Gastroenterologen oder Kardiologen aus?

In der letzten sogenannten Konzertierten Aktion der Berufsverbände und der KBV habe ich deutlich zum Ausdruck gebracht, dass damit eine Friedenslinie überschritten würde und wir erwarten, dass die KBV von dem Konsenskompromiss von KBV-VV und uns nicht abrückt. Ich bin da nach wie vor skeptisch und fordere alle hausärztlichen Vertreter, vor allem die hauptamtlichen auf, hier keinen Millimeter nachzugeben!

Vielleicht hat uns aber ja doch jemand gehört, denn dem Vernehmen nach ist der GKV-Spitzenverband nun doch bereit einzulenken und den KBV-Beschluss weitestgehend mitzutragen. Wenn dem so ist, kommt die Einsicht hoffentlich nicht zu spät, denn die gleichen Vöglein zwitschern, dass jetzt die Fachärzte das vom Spitzenverband erhitzte Eisen weiter schmieden wollen und den Beschluss von Dezember letzten Jahres zu ihren Gunsten verändern wollen. Da kann man den Verantwortlichen beim GKV-Spitzenverband nur zurufen: Stellen Sie das Einvernehmen mit dem KBV-Beschluss nun endlich her, damit zumindest dieser Kompromiss in trockenen Tüchern ist und den Hausärzten nicht Quartal für Quartal weitere Millionen aus ihren Gesamtvergütungsanteilen verloren gehen. Bis zum 22.09. haben Sie noch!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, es gäbe noch etliche Themen, die uns beschäftigen. Das Thema Digitalisierung reizt natürlich, sich damit zu befassen. Dabei müsste sie angesichts der erheblichen Defizite der digitalen Infrastruktur in Deutschland und der schleppenden Entwicklung der Telematik-Infrastruktur durch die gematik, aber auch durch die Industrie, erheblichen Raum einnehmen.

Ob im Beirat der gematik oder in anderen Gremien, die sich mit der Telematikinfrastruktur beschäftigen, es ist immer wieder notwendig, die Realität der Praxen in die zum Teil recht abgehobenen Debatten einzubringen.

Leider wird der GBA ärzteseitig nur durch den KBV-Vorstand besetzt, so dass wir wenig direkten Einfluss auf ein Projekt nehmen können, das uns als nächstes droht: Die Information über die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln in die Praxissoftware. Nichts gegen Information, aber es ist ganz klar, dass der Workflow in der Praxis nicht dadurch gestört werden darf, dass beim Verfassen eines Rezeptes irgendwelche PDF-Dateien auftauchen. Auch da können wir uns nur auf uns selbst verlassen! Regelungen unserer Körperschaften und des GKV-Spitzenverbandes bergen ein zu großes Risiko!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, auch wenn die einzelnen Bausteine vielleicht unspektakulär erscheinen, macht die Summe der Angriffe immer wieder klar, dass wir als Berufsverband für die Haus-

ärztinnen und Hausärzte nicht nachlassen dürfen, für unseren Beruf zu kämpfen. Wir stehen nicht nur für uns und letztlich auch unsere Patienten in der Verantwortung, sondern auch für die nachfolgende Generation! Ihr müssen wir attraktive Arbeits- und Honorarbedingungen bieten. Wir müssen die Hausarztzentrierte Versorgung ausbauen und noch mehr Kollegen und Patienten für diese vernünftige, wirtschaftliche und qualitativ bessere Versorgungsform gewinnen. Gleichzeitig müssen wir uns leider auch immer damit auseinandersetzen, unsere Kompetenzen zu verteidigen, auszubauen und über Weiterbildungsordnungen und Fortbildungsprogramme abzusichern! Davon hängt auch die Identität unseres Berufes ab!

Dafür brauchen wir die Unterstützung von allen Hausärztinnen und Hausärzten, egal, ob Facharzt für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätiger Internist oder praktischer Arzt auf dem Schild steht. Je stärker unser Verband ist, desto mehr können wir auch erreichen!

An dieser Stelle möchte ich noch einmal allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Landesverbänden, im Bundesverband und allen unseren Organisationen danken – besonders natürlich dem Team um Dagmar Esser für die perfekte Ausrichtung auch dieses Hausärztertages hier in Berlin!