

Edmund-Rumpler-Straße 2  
51149 Köln

Telefon 02203 5756-0  
Telefax 02203 5756-7000

Sperrfrist: 23. September 2021, 15:00 Uhr

Es gilt das gesprochene Wort.

**Bericht zur Lage  
anlässlich der Delegiertenversammlung  
des Deutschen Hausärzteverbandes  
am 23./24. September 2021 in Berlin**

**Ulrich Weigelt  
Bundesvorsitzender  
des Deutschen Hausärzteverbandes**

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

es hat schon ein bisschen was von einem Déjà-vu, wenn ich an die bevorstehende Bundestagswahl denke. 2017 hatten wir eine Woche vor der Wahl getagt. Die Parteienlandschaft hat sich seitdem weiter verändert, ist vielfältiger geworden. Eine mittlerweile kaum noch so zu bezeichnende GroKo wird es sicher nicht geben. Mit welcher 3-Parteien-Koalition wir es zu tun haben werden, werden wir am Sonntag erfahren. Die Annahmen, welcher Partei das Gesundheitsministerium zufällt und mit wem es dann besetzt werden könnte, darüber wird im Gesundheitswesen landauf landab trefflich spekuliert.

Von einer Wahlempfehlung für uns Hausärztinnen und Hausärzte sehe ich in guter Tradition ab, nicht aber von einem Rückblick auf die letzte Koalitionsvereinbarung und einem kurzen Blick auf die gesundheitspolitischen Aussagen in einigen Parteiprogrammen.

*„Den Masterplan Medizinstudium 2020 wollen wir insbesondere im Hinblick auf die Neuregelung des Studienzugangs, die Stärkung der Allgemeinmedizin sowie die Landarztquote zügig umsetzen. Dazu gehören auch mehr Medizinstudienplätze. Um die ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum zu fördern, werden zudem an medizinischen Fakultäten modellhaft neue Unterrichtskonzepte als Schwerpunkt- bzw. Vertiefungsprogramme gefördert und evaluiert. Lücken in der Weiterbildung der Allgemeinmedizin werden ebenso evaluiert und geschlossen. Darüber hinaus werden wir zusätzliche Anreize zur Qualifizierung von Weiterbildungern durch die regionalen Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin setzen.*

*[...]*

*Dazu werden die hausärztliche Versorgung und die „sprechende Medizin“ besser vergütet. Dies beinhaltet auch die koordinierenden Leistungen, inklusive der Terminvermittlung zum Facharzt.“*

Soweit der Koalitionsvertrag. Da ist einiges offen geblieben, aber dazu später.

Gemeinsam ist den meisten Parteiprogrammen und den programmatischen Aussagen in Triellen und ähnlichen Veranstaltungen, dass die ambulante Versorgung und speziell die

hausärztliche Versorgung, wenn überhaupt nur als Randnotizen erscheinen. Im Vordergrund stehen die Krankenhäuser. Während die FDP für die „*Stärkung des freien Berufs*“ eintritt, wirbt die Union für einen „*digitalen, wohnortnahen und möglichst barrierefreien Weg, zum Beispiel zur Haus-, Fach-, Zahnarzt- und Notfallversorgung, zu Apotheken, Hebammen, Physiotherapeuten, Gesundheitshandwerkern und Sanitätshäusern*“. Alles in Allem unverbindlich und wenig konkret.

Die GRÜNEN setzen einen starken Akzent auf die öffentliche Gesundheitsfürsorge, wollen aber auch die Primärversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte und weitere Gesundheitsberufe weiter stärken.

Wie vor vier Jahren kann man davon ausgehen, dass die Gesundheitspolitik nicht als wahlentscheidende Größe angesehen wird.

Wir haben es ja bei dem beherrschenden Thema der letzten eineinhalb Jahre erlebt. Die ambulante Versorgung in der Corona-Pandemie, vor allem durch unsere hausärztlichen Praxen, hat zum Schutz vor einer Überlastung unseres Gesundheitswesens, insbesondere des stationären Sektors, entscheidend beigetragen, aber in der Wertschätzung durch die Politik hat sich das nicht wiedergespiegelt. Lediglich in Gesprächen mit Abgeordneten quer durch die Fraktionen war die Anerkennung unserer Leistungen und der massiven Belastung unserer Mitarbeitenden zu spüren.

Zunehmend war allerdings unsere Meinung in den Medien – Zeitungen, Rundfunk und Fernsehen – gefragt, weil immer deutlicher wurde, dass die Umsetzung der sich in kurzer Zeitfolge ändernden Bestimmungen und Verordnungen letztlich in den Praxen erfolgen musste.

An der Stelle gebührt allen ein großer Dank, die sich neben der großen Belastung in der Praxis für Interviews und Statements zur Verfügung gestellt und ihre Praxiserfahrungen mit uns geteilt haben. Die große Zahl positiver Rückmeldungen ist eine klare Bestätigung für unsere eindeutige und pragmatische Linie und eine Sprache, die die Menschen auch

verstehen. Über die Wertschätzung in der Bevölkerung müssen wir uns wahrlich keine Sorgen machen.

Die Kommunikation aus der Politik und von der inzwischen ja wieder weitgehend in der Versenkung verschwundenen Expertokratie und den verschiedenen Talk-Show-Größen war im Wesentlichen von dräuendem Alarmismus geprägt. Zeitweise konnten wir Zeugen eines regelrechten Überbietungswettbewerbs für härtere Maßnahmen und grausige Zukunftsaussichten werden. Wer eine etwas ruhigere Gangart vorschlug, wurde fast schon als potentieller Mörder verunglimpft. Diese Pandemie-Nebenwirkung scheint sich etwas gelegt zu haben, zumal der Wahlkampf jetzt ja Geschichte ist.

Die kurzatmige Abfolge von Gesetzgebung und Verordnungen hat zu einer hektischen Atmosphäre sicher beigetragen. Offensichtlich war auch in der Regierungselite ein nicht ausgesprochener ideologischer Konflikt Ursache von erratischen Statements und Entscheidungen zu den verschiedenen Lockdown-Maßnahmen. Ähnliches bei Fragen der Testung, der Impfung und zu den Indikatoren. Dabei wird nach wie vor mit Zahlen argumentiert, die für Laien kaum verständlich und häufig sehr ungenau, wenn nicht sogar falsch sind. Viele Medien haben diese Zahlen einfach nur übernommen, ohne sie oder ihren Sinn zu hinterfragen.

Wir wissen, nicht zuletzt seit der Gutenberg-Studie aus Mainz, dass nicht alle COVID-19-Infizierten in den Statistiken auftauchen (dort werden positive PCR-Tests gezählt), wir wissen, dass nicht alle Impfungen beim RKI sofort gemeldet werden (weil zum Teil gar keine direkte Verbindung der Impfenden zum RKI besteht), wir wissen, dass es eine beträchtliche Zahl von Genesenen gibt, die nie einen PCR-Test gemacht haben. Das wird aber höchstens mal kurz gemeldet, spielt jedoch in den weiteren Berichterstattungen und der Entscheidung über Maßnahmen dann keine Rolle mehr.

Wirklich entscheidend für die Belastung des Gesundheitssystems ist doch eigentlich, wie viele Kranke es gibt. Auch die Belegung der Krankenhäuser mit Menschen mit einer COVID-19-Infektion zu erfassen, ist sinnvoll, aber auch zu relativieren, weil die stationäre Behandlung nicht immer unbedingt wegen einer Infektion notwendig ist.

Das soll nicht etwa die Pandemie verharmlosen, aber sie muss nicht auch noch dramatisiert werden. Zusätzliche Verunsicherung ist wenig hilfreich und schadet auch der Glaubwürdigkeit, wenn die Wirklichkeit die übertriebenen Prognosen widerlegt.

Auch wenn wir unter geradezu hektischen Entscheidungen leiden mussten (Freitag-für-Montag-Entscheidungen), haben wir als Verband, aber besonders auch in den Praxen, immer versucht, das Beste daraus zu machen und uns darauf fokussiert, wie wir dafür sorgen können, diese Pandemie, diese Krise möglichst effektiv zu bewältigen. Denn letzten Endes sind es doch fast immer wir Hausärztinnen und Hausärzte, die von den Patientinnen und Patienten gefragt und von denen Lösungen und Hilfe erwartet werden. Wir hätten es für dringlich, ja für notwendig erachtet – und tun das nach wie vor –, dass wir zumindest rechtzeitig über geplante Maßnahmen informiert worden wären, wenn wir schon nicht im Vorfeld solcher Entscheidungen gehört wurden.

Wir haben dafür geworben, so früh wie möglich auch in den Praxen impfen zu können. Wir hatten die Sorge formuliert, dass wir das Tempo hochhalten müssen, um nicht den Schwung zu verlieren. Auch, wenn zu Beginn die Impfzentren notwendig und sinnvoll waren, da der Impfstoff durch die Kühlvorgabe nur dort verabreicht werden konnte, so waren es doch unsere Hausarztpraxen, in denen der Impfturbo trotz des anfänglichen Impfstoffmangels am Ende gezündet wurde. Dennoch hat beispielsweise die Gesundheitssenatorin in Bremen darüber geklagt, dass die hausärztlichen Praxen zu früh in die Impfkampagne eingestiegen seien und damit das Impfzentrum nicht mehr ausgelastet sei. Hausärztliche Praxen kommen auch in ihrem Fazit der Impfkampagne nicht vor!

Wir haben die Impfungen in den Praxen schnell, flächendeckend und zur hohen Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten und anderer Impflinge umgesetzt, obwohl die 20 Euro in Anbetracht der Beratungsintensität und der aufwändigen Logistik bei der Bestellung und Vorbereitung keineswegs als kostendeckendes Honorar anzusehen sind.

Hierfür gilt den Praxen, den Hausärztinnen und Hausärzten wie unseren Mitarbeitenden, eine hohe Anerkennung!

Krankenhäuser und Pflegeheime sind entschädigt worden und mitunter mehr als das, Impfzentren haben in Teilen mehr als das zehnfache des Praxishonorars für eine Impfung gekostet.

Geld spielte offensichtlich keine Rolle und hat manche Tasche gefüllt – teilweise scheinbar auch ohne, dass zur Bewältigung der Pandemie irgendeine Leistung erfolgt ist, wenn ich an die Testzentrum-Affäre denke oder an die Debatte um Freihaltepauschalen für so manches Krankenhausbett.

Währenddessen hatten wir die katastrophale Kommunikation über die Impfstoffe in den Praxen auszubaden. Erst war der mRNA-Impfstoff im Gerede, dann war der Astra-Impfstoff in Verruf. Die Verunsicherung der Menschen hat uns viele Beratungsstunden und -tage gekostet!

Aber wir sollten uns nicht weiter mit der Vergangenheit aufhalten, es geht jetzt darum, die letzten Ungeimpften zu überzeugen, sich impfen zu lassen. Nicht alle sind ideologisch blockierte Impfgegner. Vielleicht hilft ja auch eine Bratwurst oder ein Lottoschein. Dafür hatte ich schon Anfang August geworben, da waren unsere „Experten“ noch stramm dagegen, jetzt hat offensichtlich ein Umdenken eingesetzt. Wäre ja nicht das erste Mal.

In Zukunft, auch das haben wir immer wieder betont, muss die Impfung in die Impfroutine der hausärztlichen Praxen integriert werden. Am besten kombiniert mit der jährlichen Grippeimpfung. Dass uns dieses Corona-Virus erhalten bleibt, ist ja unstrittig und damit wird auch eine notwendige Auffrischung der Impfung wahrscheinlich.

Dagegen ist es wirklich ethisch fragwürdig, jetzt noch nicht notwendige Auffrischungsimpfungen bei uns vorzunehmen, wenn die Menschen in großen Teilen der Welt, besonders in den ärmeren Regionen, bislang noch nicht einmal eine Erstimpfung erhalten haben. So verständlich der Wunsch der Praxen ist, statt der Vials Fertigspritzen mit Impfstoff zur Verfügung zu haben, so klar ist auch, dass wir auf diesen Komfort verzichten, solange die Produktionskapazität nicht ausreicht, dies zu ermöglichen, ohne Mangel an

anderer Stelle zu erzeugen. Diese Auffassung haben alle Kolleginnen und Kollegen in ihren Zuschriften einhellig geteilt! Vielen Dank dafür!

Auch, wenn nicht alle Menschen im Lande vollständig geimpft sind, werden wir die Frage stellen müssen, wann, wie in England oder Dänemark, der Punkt erreicht ist, an dem wir nicht mehr über Teststrategien, über 2G oder 3G sprechen – wobei die Genesenen ohne PCR-Test klar im Nachteil sind, und zwar doppelt, erst krank und dann nicht anerkannt, weil ohne Test – und die Beschränkungen beenden. Gerade die Kinder brauchen wieder ein Leben, in dem sie in die Schule gehen, Sport treiben und vor allem das Leben in der sozialen Gemeinschaft live und nicht zweidimensional am Bildschirm erfahren können.

Lassen Sie mich ein vorläufiges Fazit ziehen: Der Schutz vor einer Überforderung des Gesundheitswesens in der extremen Situation dieser Pandemie ist nicht vornehmlich durch kluges politisches Handeln erreicht worden, sondern wesentlich durch effektives und rasches Handeln vor Ort, in den Praxen, durch die auch mit unseren Kolleginnen und Kollegen besetzten mobilen Impfteams, sowie in den Krankenhäusern und durch stetige Absprachen zwischen den ärztlichen Organisationen. Ein großer Fehler war es, uns nicht in die Entscheidungsfindung einzubeziehen, das darf nicht wieder vorkommen!

Ich hoffe und bin eigentlich überzeugt, dass diese Pandemie nicht wieder so einen breiten Raum in unserer Arbeit, unserer Kommunikation und in den Lageberichten einnehmen wird.

Es ist dabei einiges auf der Strecke geblieben, was es jetzt aufzuholen gilt. Wir haben befürchtet und es hat sich bewahrheitet, dass viele Menschen mit chronischen Erkrankungen ihre notwendigen Termine aus Angst vor Ansteckung verschoben haben. Die Krankheiten sind ja nicht wegen der Corona-Pandemie einfach verschwunden.

Die Kassen klagen über Ebbe im Portemonnaie und haben der KBV eine Nullrunde angeboten. Wie fast immer ist die Entscheidung nicht in Verhandlungen der KBV mit dem Spitzenverband der GKV gefallen, sondern durch den Vorsitzenden des Erweiterten Bewertungsausschusses Jürgen Wasem. Um rund 1,3 Prozent erhöht sich demnach der

Orientierungspunktwert. Das ist angesichts der Situation in den Praxen und bei einer zunehmenden Inflation unglaublich und nicht akzeptabel.

Trotz Rettungsschirm im Kollektivvertrag war das letzte Jahr für viele Praxen auch wirtschaftlich schwierig. Der beste Rettungsschirm ist doch die Teilnahme an der HZV. Insbesondere die Betreuung der Patientinnen und Patienten, die die Praxis nicht direkt aufsuchen mochten, führten eben nicht zu Abrechnungsproblemen.

Insgesamt sind die Teilnahmezahlen an der HZV auf über acht Millionen gestiegen, wovon sechs Millionen sich über unsere HÄVG in Vollversorgungsverträge eingeschrieben haben. Nach dem Süden ist die HZV besonders in NRW und Hessen immer beliebter geworden, der hohe Norden braucht offensichtlich ein wenig länger.

Einige Abgeordnete aus verschiedenen Parteien haben uns auf den § 73 b SGB V angesprochen. Wir haben deutlich signalisiert, dass wir für eine Änderung des § 73 b keinen Anlass sehen, allerdings müsste in den Ausführungsbestimmungen geklärt werden, dass sich die eingeschriebenen Patientinnen und Patienten auch bei einem Praxisübergang auf eine Nachfolgerin / einen Nachfolger nicht erneut einschreiben müssen, wenn sie das wünschen. Das Aus- und Wiedereinschreiben in die HZV ist für sie wie für die Praxen, aber auch für die Bereinigung in den KVen ein völlig überflüssiger und sinnloser, bürokratischer Akt. In den seltenen Fällen, in denen die Versicherten diesen Vertragsübergang nicht wollten, könnten sie problemlos die HZV kündigen. Allerdings erleben wir das fast nie.

Und, um auch das klarzustellen: Die ärztliche Teilnahme an der HZV steht den hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten genauso offen wie den Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin – alle Hausärztinnen und Hausärzte profitieren gleich. Da braucht es weder eine Änderung der Mandatierungsvorgaben noch sonstiger Bestimmungen im § 73 b!

Die eingangs erwähnten Parteiprogramme machen wenig Hoffnung, dass die Strukturprobleme des Gesundheitswesens mit einer zu großen Zahl von Krankenhäusern, einer fehlenden effektiveren Förderung der flächendeckenden Primärversorgung durch qualifizierte Hausärztinnen und Hausärzte mit ihren kompetenten Mitarbeitenden im

Konzert mit weiteren Gesundheitsberufen und dem wachsenden Einfluss von Kapitalgesellschaften wirklich gelöst werden.

Auch die immer häufigere Entscheidung für eine Anstellung statt Selbstständigkeit bringt Veränderungen des Berufsbildes mit sich – und das nicht immer nur zum Vorteil der Beteiligten.

Der *Masterplan Medizinstudium 2020*, eigentlich müsste man wie früher ein „sogenannte“ voranstellen, ist doch ein Beleg dafür, wie die notwendigen Maßnahmen für ein zukunftsfestes Gesundheitswesen aus egoistischen pekuniären Interessen verdaddelt werden. Koalitionsvertrag, Beschluss der GMK, positive Stellungnahme des BMG, alles Makulatur, weil der medizinische Fakultätentag mit einer irren Zahlenakrobatik den Untergang des Abendlandes heraufbeschwört und damit die Wissenschafts- und Kultusminister der Länder auf seine Seite zieht und letztlich die Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten diesen Plan mit der Novellierung der Approbationsordnung vom Tisch wischen.

Wir haben in den letzten 10 Jahren viel erreicht, haben gemeinsam mit der DEGAM an fast allen Universitäten Lehrstühle und Institute für Allgemeinmedizin einrichten können, Kompetenzzentren aufgebaut und damit viel für unseren hausärztlichen Nachwuchs getan, um dann wieder die notwendigen Schritte in der universitären Ausbildung um die Ohren gehauen zu bekommen. Das können und werden wir nicht akzeptieren!

Für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gibt es das bewährte Förderprogramm. Diese Besonderheit ist berechtigt, auch wenn immer wieder Begehrlichkeiten aus anderen Gebieten, vor allem aus dem Internistenverband, vorgetragen werden. Allgemeinmedizin ist das einzig spezifische medizinische Fachgebiet für die hausärztliche Versorgung. So ist es auch im § 95 b SGB V beschrieben. Die Politik hat erkannt, dass für eine gesicherte ärztliche Primärversorgung mehr Medizinstudierende den Weiterbildungsweg in die Allgemeinmedizin finden sollen. Gerade für die Weiterbildung in der ambulanten Praxis erfordert das die Unterstützung durch das Förderprogramm. Die anderen fachärztlichen

Abschlüsse sind dagegen in der Regel noch überproportional, zumal die Ärztekammern immer neue Fach-Entitäten auf den Markt werfen.

Um es hier wieder klar zu betonen, ich bin weit davon entfernt, die Internistinnen und Internisten in der hausärztlichen Versorgung in irgendeiner Weise zu diskriminieren oder diskreditieren: Wir organisieren die Versorgung gemeinsam und das machen wir sehr gut zusammen. Das hat nicht zuletzt die Pandemie mit allen Herausforderungen bewiesen. Es geht um die Zukunft der hausärztlichen Versorgung und nicht um das Überhöhen der Einen oder Herabsetzen der Anderen! Eine Stärkung des einen Faches, bedeutet nicht – wie das so manch anderer Verband spalterisch behauptet – die Schwächung des anderen. Ich weiß, Ihnen gegenüber müsste ich das gar nicht so betonen, auf Praxisebene ist das längst klar!

Wir belegen gerade in unserem gemeinsamen Hausärzteverband, wie wichtig und erfolgreich der gemeinsame Kampf um bessere Arbeits- und Honorarbedingungen für die hausärztlichen Praxen und zum Nutzen für unsere Patientinnen und Patienten ist!

Nachdem der Amtsvorgänger von Jens Spahn, Hermann Gröhe, der uns durchaus positiv in Erinnerung geblieben ist, eine rekordverdächtige Anzahl an Reformgesetzen und Verordnungen auf den Weg gebracht hatte, wurden wir auch in dieser Legislaturperiode von neuen Gesetzen und Verordnungen überschüttet.

Eines der Spahn'schen Kernprojekte seiner Amtszeit war – die Pandemiebekämpfung lassen wir hier mal außen vor – das weite Feld der Digitalisierung. Angefangen von Organisationsreformen – z. B. in der gematik – bis hin zu absoluter Kleinteiligkeit bei dem Angebot, der Verwaltung und der Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA), ist vieles gesetzlich geregelt worden, wie z. B. im *Digitalen Versorgungsgesetz (DVG)* Ende 2019 und dem *Digitale Versorgung und Pflege Modernisierungs-Gesetz (DVPMG)* Mitte des Jahres.

Freundlich formuliert hat nicht alles, was aus dem Hause Spahn auf den Weg gebracht wurde, einen Nutzen in der hausärztlichen Versorgung, eigentlich steht fast immer der Nutzen für die Kassen und deren Datensammlung im Vordergrund. Vieles ist zudem bürokratieaufwendig und wird unwürdig vergütet; die ePA ist das beste Beispiel dafür. In

ihrer aktuellen Form ist sie ein Angebot der Kassen für ihre Versicherten! Mehr muss ich dazu eigentlich gar nicht sagen. Wäre nicht eine einheitliche Akte für alle Bürger besser gewesen als ein Flickenteppich, bei dem viele nicht-GKV-Versicherte außen vor bleiben? Sollen sich die Kassen doch darum kümmern und – wenn es eben ohne hausärztliche Unterstützung nicht geht – uns dafür vernünftig honorieren. Hinweise einzelner Krankenkassenvertreter „*das Befüllen der ePA sei doch nur ein Klick und den müsse man ja nicht noch gesondert bezahlen*“, sind schlichtweg unverschämt und respektlos.

Vieles aus dem großen Topf „Digitale Versorgung“ ergibt aber Sinn und wir sehen auch an eigenen Angeboten, wie z. B. in Baden-Württemberg, dass elektronische Lösungen der Arzneimittelverordnung, der Krankschreibung, der innerärztlichen Kommunikation, der Terminvergabe etc. hilfreich sein und auf mittlere bis lange Sicht die Arbeit in der Hausarztpraxis erleichtern und die flächendeckende Versorgung unserer Patientinnen und Patienten verbessern können. Entsprechendes gilt für telemedizinische Versorgungslösungen, wie z. B. die Videosprechstunde. Auch das Angebot einer Messengerlösung zur verbesserten Kommunikation zwischen Arztpraxis und Patientin bzw. Patient ist ein notwendiges Element einer zukunftsorientierten Versorgung.

Wenn dabei aber das meiste zentral – im Wesentlichen über Verordnungen des BMG und die Vorgaben der gematik – geregelt wird und zudem noch mit kurzen, meist zu kurzen, Umsetzungsfristen versehen ist, dann – ich darf es mal so salopp formulieren – muss es auch (technisch) funktionieren. Es kann nicht sein, dass wir Hausärztinnen und Hausärzte zur Nutzung der Telematik-Infrastruktur, der Anwendung und Nutzung von ePA, eRezept, eAu, etc. verpflichtet werden und bei „Nichtbeachtung“ Strafzahlungen leisten sollen, die angebotenen Lösungen aber schlichtweg nicht funktionieren oder nicht sicher sind und am Ende unseren Praxisablauf massiv beeinträchtigen.

Deshalb müssen wir da, wo es zulässig und sinnvoll ist, eigene Lösungen entwickeln und anbieten. Dies kann in den Bereichen Telemedizin (Videosprechstunden), Verordnungsmanagement, Patientenverwaltung und -kommunikation oder der digitalen Einbindung unserer VERAH sein. Und, liebe Kolleginnen und Kollegen, wir sollten nicht darauf warten, dass andere diese Felder besetzen. Wo wir als Hausärzteverband

mitgestalten und mitentscheiden können, sollten wir das unbedingt tun. Dafür brauchen wir verlässliche Partner, die gemeinsam mit uns und – das ist wichtig – nach unseren hausärztlichen Vorgaben und unter unserer Kontrolle solche Angebote entwickeln, die wir dann unseren Mitgliedern anbieten können. Nehmen wir das Heft des Handelns selbst in die Hand, bevor es andere tun!

Wenn uns dann Digitalisierungs- oder Fortschrittlichkeitsfeindlichkeit vorgeworfen wird, ist das doch nur ein untauglicher Versuch, vom eigenen Versagen abzulenken. Seit 10 Jahren sind wir gemeinsam mit MEDI und der AOK Baden-Württemberg dabei, eine taugliche und inzwischen bewährte Digitalstruktur zu entwickeln! Man muss uns nur lassen! Es muss uns unterstützen und letztlich der Patientenversorgung dienen!

Apropos: In der hausärztlichen Praxis können wir uns schon lange auf unsere bewährten Teams verlassen. Unsere inzwischen mehr als 14.000 VERAH sind nach mittlerweile über zehn Jahren nicht mehr aus unseren Praxen wegzudenken. Gleichzeitig beginnen viele medizinische Fachberufe sich zu akademisieren. Im Moment gibt es für Medizinische Fachangestellte diese Möglichkeit nur eingeschränkt, zum Beispiel im Rahmen eines Studiums zum Physician Assistant, der – wie wir ja schon häufig diskutiert haben – stärker für die Tätigkeit im Krankenhaus qualifiziert ist. Wir haben Gespräche mit Hochschulen geführt, um den Hausarztpraxen ein breiteres Angebot zur Weiterqualifikation ihrer Teams zu ermöglichen, das nicht durch fachfremde Einflüsse oder in Unkenntnis unserer täglichen Arbeit geprägt ist. Ein Studium für Medizinische Fachangestellte, das gezielt für anspruchsvolle auch medizinische Assistenz Tätigkeiten in einer Hausarztpraxis qualifiziert, kann unseren Mitarbeitenden Perspektive bieten und den Beruf attraktiver machen.

All dies zeichnet unseren Verband – Bundes- wie Landesverbände – aus: Wir bieten unseren Mitgliedern mehr als nur Serviceangebote und Vergünstigungen. Wir wollen mitgestalten, wir wollen auf vielen Ebenen Unterstützung anbieten! Vielleicht liegt das in unserer hausärztlichen Natur, die pragmatisch anpackt und breit mitdenkt!

Bevor ich schließe, möchte ich mich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie dem gesamten Team um Dagmar Esser ganz herzlich bedanken, das auch diesen Deutschen Hausärztetag in Berlin wieder so hervorragend organisiert hat. Vielen Dank!