

Sperrfrist: 25. September 2013, 15 Uhr

Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln

Telefon 02203 5756-0
Telefax 02203 5756-7000

Es gilt das gesprochene Wort.

**Bericht zur Lage
anlässlich der Delegiertenversammlung
des Deutschen Hausärzteverbandes
am 25./26. September 2013 in Berlin**

Ulrich Weigeldt
Bundesvorsitzender
des Deutschen Hausärzteverbandes

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Würfel sind gefallen. Die CDU/CSU hat einen klaren Regierungsauftrag erhalten. Offen ist zurzeit, welche Koalition letztlich die Bundesregierung stellen wird. Für uns wird spannend, wie die Besetzung des Gesundheitsministeriums aussieht.

Die von der Regierung in Angriff zu nehmenden Reformen im Gesundheitswesen sind doch unübersehbar: Einer Bevölkerung, die immer älter wird, in der auch durch den medizinischen Fortschritt der Anteil von Menschen mit chronischen Krankheiten und Mehrfacherkrankungen wächst, stehen immer weniger Hausärztinnen und Hausärzte gegenüber. Gerade diese medizinische Profession wird aber schon jetzt in größerem Umfang für die Versorgung benötigt. Das ist bekannt, in der Politik schon durch die Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – zuletzt sehr deutlich 2009.

In der Vorbereitung auf die kommenden Koalitionsgespräche über eine Gesundheitsreform, die sicher kommen wird, haben wir die aus hausärztlicher Sicht – und wir stehen tagtäglich in der ersten Linie der Versorgung – unverzichtbaren Elemente zusammengefasst und werden sie jetzt der neuen Regierung bei der Aushandlung des Koalitionspapiers vorlegen.

Es gibt immer wieder Aussagen, das Gesundheitswesen sei kein Feld für Wettbewerb. Wer das Gesundheitswesen mit offenen Augen betrachtet, erkennt, dass es allerhand Wettbewerb gibt, aber nicht strukturiert, nicht auf die Versorgung unserer Patienten bezogen und nicht immer fair. Fachärzte gegen Hausärzte, Radiologen gegen Kardiologen, Krankenhäuser gegen Niedergelassene und Krankenhäuser untereinander; auch Krankenkassen stehen im harten Wettbewerb etc. pp.

Wer Angst hat, in einem strukturierten und fairen Wettbewerb nicht zu bestehen, muss ihn ablehnen. Wir nehmen ihn gerne an und fordern deshalb von der neuen Bundesregierung, für einen diskriminierungsfreien und fairen Wettbewerb um eine gute Versorgung unserer Bevölkerung zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag, um Leistungen, Preise und Qualität, zu sorgen. Dafür braucht es die Stärkung der Wahlfreiheit für Versicherte und Ärzte. Versicherte und Ärzte, die sich für die Teilnahme an einem Selektivvertrag entschieden haben,

dürfen dafür im Bereich des Kollektivvertrages nicht benachteiligt werden. Wir wollen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zukünftig auch als fachgleiche, also hausärztliche Organisationen der ärztlichen Kooperation betreiben können. Größere hausärztliche Kooperationen an Zentren sind auch ein Weg, Lebensplanungen der nachrückenden Medizinergeneration besser zu berücksichtigen. Die GOÄ muss an den Stand der medizinischen Wissenschaft und die reale Kostensituation angepasst werden und die hohe Integrationsfunktion der hausärztlichen Medizin angemessen abbilden. Angesichts der vielfältigen gesetzlich eingeführten Steuerungsmöglichkeiten muss das Bedrohungssystem von Richtgrößen und Regress in der gesetzlichen Krankenversicherung beendet werden. Der ärztliche Notfalldienst darf nicht länger durch KVen als politischer Spielball gegen die Selektivverträge missbraucht werden. Er bedarf einer grundsätzlichen Neuregelung, um die regionale Zusammenarbeit zum Nutzen der Patienten zu stärken.

Ganz entscheidend wird sein, ob es gelingt, genügend ärztlichen Nachwuchs für unsere hausärztlichen Praxen zu gewinnen. Wir versuchen, die Arbeits- und Honorarbedingungen in unseren Verträgen so zu gestalten, dass eine gute Patientenversorgung und gleichzeitig die Bedürfnisse nach einer familiengerechten Lebensplanung kein Gegensatz mehr sein müssen. Die Bedingungen dafür haben wir angesprochen.

Wie können wir erreichen, dass mehr Studierende, dass junge Ärztinnen und Ärzte sich für die hausärztliche Medizin entscheiden? Wir brauchen an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland Lehrstühle für Allgemeinmedizin, und zwar solche, die Forschung und Lehre ermöglichen, also vollwertige Institute. Es ist doch ein peinlicher Skandal, dass über ein Drittel der 37 medizinischen Fakultäten in Deutschland das wichtigste Fach der Grundversorgung gar nicht anbieten. Dies ist im internationalen Vergleich ein Armutszeugnis. Geändert werden kann dies nur im Zusammenwirken aller politischen Kräfte, da die Kompetenzen föderal verteilt sind. Ich gebe meinem Amtskollegen in der DEGAM, Prof. Ferdinand Gerlach, völlig recht, wenn er betont, dass es sich bei der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung – und damit auch bei der Förderung des Nachwuchses – um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, die nicht im Zuständigkeitsgerangel untergehen darf.

Es bedarf eines Pflichtquartals für die Allgemeinmedizin, auch wenn ich mir für diese Forderung wieder Prügel der Fachschaftsvertreter einfange. Wir brauchen eine garantierte Förderung der Weiterbildung in ausreichender Höhe. Dies kann nicht weiter dem Belieben facharzt dominierter KVen überlassen werden. Wenn junge Kolleginnen sich – völlig zu Recht – darüber beschweren, dass sie zwar den Weg in die Allgemeinmedizin gehen wollen, ihnen dann aber auf halbem Wege gesagt wird, der Topf für die Fördergelder sei aufgebraucht, oder wie in Bremen, die Förderung allein auf die Schulter der Hausärzte geladen wird, so ist doch der Beweis erbracht, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihrer Verantwortung nicht nachkommen. Es kann nicht sein, dass diejenigen, die sich für unseren wichtigen und schönen Beruf entscheiden, auf halber Strecke kehrt machen müssen, weil ihnen ständig Steine in den Weg gelegt werden. Wir unterstützen die Bildung von Weiterbildungsverbänden, um die Weiterbildung verlässlicher und transparenter zu gestalten und wir haben mit der Stiftung „Perspektive Hausarzt“ eine Plattform geschaffen, die nicht nur Werbung für die hausärztliche Medizin macht, sondern auch konkrete Unterstützung leisten will. Es hat sich ein hochkarätiger Beirat unter der Führung von Ulla Schmidt bereit erklärt, aktiv daran mitzuwirken.

Gemeinsam mit der DEGAM schlagen wir vor, in den Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung aufzunehmen, dass zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung die Ausbildung von Medizinstudierenden und die Instrumente zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gezielt weiterentwickelt werden. Damit wäre sichergestellt, dass diese Aufgabe nicht in Vergessenheit gerät.

Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Hausärztinnen und Hausärzte gehört auch das Konzept der VERAH[®], der arztentlastenden Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis. Während andere über Delegations- und Substitutionskataloge diskutieren, konnten wir bundesweit schon mehr als 4.400 VERAHS[®] zum erfolgreichen Abschluss ihrer Qualifikation gratulieren. Die Zusammenarbeit mit den nichtärztlichen Professionen stärken wir damit ebenso, wie die Möglichkeit, sich im Berufsbild der medizinischen Fachangestellten weiter zu qualifizieren. Innovative Krankenkassen wie die AOK Baden-Württemberg unterstützen dieses Konzept tatkräftig im HzV-Vertrag, zuletzt mit der Finanzunterstützung des VERAH[®] - Mobils!

Wir haben sicher noch eine gute Gesundheitsversorgung, aber man kann sich darauf doch nicht ausruhen und gebetsmühlenartig vom besten Gesundheitssystem der Welt reden, ohne die veränderten Anforderungen zu antizipieren. Die outcomes im OECD-Vergleich, so unpräzise er auch sein mag, geben die behauptete Überlegenheit unseres Systems schon jetzt nicht mehr her. Und nicht nur der Sachverständigenrat warnt vor partieller Überversorgung und Übertherapie bei zunehmenden Defiziten in der Betreuung der chronisch Kranken und Menschen mit Mehrfacherkrankungen insbesondere in den ländlichen Regionen und den sozial schwächeren Bezirken der Großstädte. Die Fakten für eine zukunftsfeste Gesundheitsversorgung liegen auf dem Tisch. Der Bedarf an flächendeckender hausärztlicher Präsenz wächst unübersehbar. Dennoch wird hingenommen, dass wir eine immer größere Zahl von Fachärzten in immer feiner ziselierteter Unterteilung produzieren. Dies geschieht in der Welt der Ärztekammern in trauter Einigkeit mit dem KV-System. Gibt es auch nur zarte Ansätze für eine Trendwende, werden diese durch den Fetisch der Besitzstandswahrung im hergebrachten Kollektivvertragssystem systematisch zunichte gemacht. Eine Stärkung hausärztlicher Medizin führt reflexartig zu einem „ich auch“ und entsprechenden Forderungen aus dem fachärztlich dominierten KV-Bereich.

Nur, wenn man sich ansieht, was sich in der Realität in dieser gemeinsamen Selbstverwaltung, insbesondere im ärztlichen Teil dieser Veranstaltung abspielt, gibt es wenig Anlass zur Hoffnung. Was erleben wir denn dort? Honorarumverteilungen in einem System, das durch seine Komplexität bereits das Stadium der Unbeherrschbarkeit erreicht hat. War im letzten Jahr nach dem Scheitern der Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV die Notwendigkeit einer Schiedsmanns-Entscheidung – ich erinnere an die 0,9 %-Entscheidung des Schiedsmanns – ein peinlicher Vorfall am Rande des Systemversagens, den man noch als Ausrutscher durchgehen lassen könnte, zeigt die jüngste Entwicklung, dass hier ein bürokratisches System dabei ist, an seinen verkrusteten Strukturen zu ersticken.

Ich will an dieser Stelle auf die von uns formulierte und breit kommunizierte Kritik an dem von der KBV in die Welt gesetzten Hausarzt-EBM gar nicht im Detail eingehen – eine Kritik, die im Übrigen inzwischen von vielen anderen bestätigt wird. Wir werden sicher noch

darüber diskutieren. Dieser Komplex beleuchtet allerdings exemplarisch die Erstarrung und die schwindende Problemlösungskraft des Körperschaftssystems.

Die Liste derer aus unseren Reihen, die sich an einer nachhaltigen Reform dieses Systems versucht haben, ist lang. Die Erfahrungen sind immer die gleichen: Man passt sich an, an die Gepflogenheiten, die Struktur und die eingefahrenen Rituale des Systems oder man wird aus diesem System ausgestoßen. Wie die jüngsten Ereignisse um den hausärztlichen KBV-Vorstand Regina Feldmann zeigen, genügen dazu als Vorwand kleinste Anlässe, wie die Veränderung einer taktischen Maßnahme (Ausbudgetieren der hausärztlichen Grundpauschale oder nicht), während andere Funktionäre bis hin zum KBV-Vorsitzenden sich ganz andere Eskapaden erlauben können, ohne dass Konsequenzen auch nur diskutiert werden. Wer sich die vorgesehenen Satzungsänderungen der KBV ansieht, wird feststellen, dass der Begriff *Körperschaft des öffentlichen Rechts* eine ganz neue Bedeutung bekommt. Die Öffentlichkeit, auch die der Pflichtmitglieder, kann ohne besonderen Grund ausgeschlossen werden. Wer auch immer etwas in der KBV zu tun hat, muss sich strafbewehrten Geheimhaltungsritualen unterziehen, die militärischen Nachrichtendiensten gut zu Gesicht stehen würden. Die Abschottung der KBV von äußeren Einflüssen kennen wir ja schon beispielhaft durch die Besetzung der KBV-Gremien, wo systematisch darauf geachtet wird, Vertreter des Deutschen Hausärzterverbandes heraus zu säubern. Es wird nicht helfen! Vor was hat diese Organisation solche Angst, dass sogar zum Thema EBM die Öffentlichkeit ausgeschlossen wird, wie auf der Vertreterversammlung der KBV am letzten Freitag? Die Pflichtmitglieder dürfen an Debatten um ihre zukünftige Honorarordnung noch nicht einmal als Zuhörer teilhaben! Zum Körperschaftssystem gehört die staatliche Aufsicht gewissermaßen als Kehrseite der Pflichtmitgliedschaft. Der Versuch, diese auch noch auszuladen, ist allerdings nicht gelungen. Dies mag als kleiner Hinweis an dieser Stelle genügen für diejenigen, die von einer Hausarzt-KV träumen.

Das Ergebnis dieser Vertreterversammlung bestätigt den Eindruck, der sich immer weiter verdichtet, dass tragfähige Lösungen für die anstehenden Probleme im Körperschaftssystem nicht mehr gefunden werden. Es ist durch gute Zusammenarbeit der Mehrheit der hausärztlichen Vertreter in der KBV gelungen, den geplanten Angriff auf Regina Feldmann mit dem Ziel ihrer Demission zu verhindern. Sie wäre die dritte hausärztliche Vertreterin im KBV-

Vorstand innerhalb von sechs Jahren, deren Zusammenarbeit mit dem Vorsitzenden der KBV, Andreas Köhler, vorzeitig endete. Über dieses Phänomen könnte man auch mal nachdenken, aber nicht hier und jetzt. Ich will mich an dieser Stelle noch einmal dem dort getroffenen Beschluss zum Hausarzt-EBM zuwenden. Diskutiert wurde etwa zwei Wochen vor Einführung dieses EBM, ob man ihn aussetze. Das hätte man vor drei Monaten noch tun können. Jetzt haben sich die Kolleginnen und Kollegen allenthalben auf die neuen Abrechnungsbedingungen eingestellt, viele vielleicht auch das 78 Euro teure Buch eines KV-Vorsitzenden dazu erworben, erwarten das Update ihres Software-Hauses und nun heißt es „April-April“? Das geht so nicht! Diese Erkenntnis hat die Antragsteller auf Aussetzung zum Kompromiss getrieben. Dafür hatte die hausärztliche Fraktion einen vernünftigen Vorschlag: Die Kritikpunkte an diesem neuen EBM müssen aufgenommen und möglichst korrigiert werden, gelänge das bis November nicht, sei neu zu beraten. Sie wurden von der fachärztlichen Mehrheit überstimmt, die statt einer neuen Beratung das Aussetzen des EBM zum 31.12.2013 fordert. Abgesehen davon, was das in den hausärztlichen Praxen auslöst, die nebenbei ja auch noch die Versorgung ihrer Patienten bewältigen und in der Zeit höchster Inanspruchnahme eine gebührenordnungstechnische Rolle rückwärts machen sollen, fragt man sich, was das die fachärztlichen Vertreter überhaupt angeht? Hier spielen doch offensichtlich ganz andere Motive eine Rolle, als die vernünftige Vergütung der hausärztlichen Tätigkeit zu organisieren. Die alte Forderung gilt nach wie vor: **Über hausärztliche Belange haben die Vertreter des hausärztlichen Versorgungsbereiches zu entscheiden**, allerdings müssten die hausärztlichen Vertreter schon in den Kassenärztlichen Vereinigungen von den Hausärzten gewählt werden und nicht von den in der Regel fast überall bestehenden Facharztmehrheiten. Ob das am Ende hilft, mag man diskutieren, aber vielleicht lassen sich damit die größten Ungereimtheiten abmildern.

Um es klar zu sagen, unsere Kritik am EBM hat sich nicht geändert, wir sehen uns eher bestätigt und die Zuschriften der Kolleginnen und Kollegen sprechen da eine klare Sprache. Diese Kritik debattieren wir intensiv und konsequent mit den hausärztlichen KV/KBV-Vertretern und verschließen uns nicht einer konstruktiven Begleitung. Diese Auseinandersetzung ist nicht immer einfach, aber wir halten sie unter uns! Wir werden mit den tradierten Strukturen dennoch eine ganze Weile leben müssen und brauchen Kolleginnen und Kollegen, die innerhalb dieses Systems das Schlimmste verhindern. Es ist anzuerkennen, dass dies keine

leichte Aufgabe ist und deswegen gebührt denjenigen unser Dank. Allerdings erwarten wir, dass sie die Erwartungen und die Kritik ihres Verbandes ernst nehmen. Flächendeckende Versorgung kann durch das korporatistische System allein nicht mehr gewährleistet werden. Für die Versorgungssicherheit bedarf es einer verpflichtenden Wahlalternative für Versicherte. Dazu benötigt es einen weiteren Schritt des Gesetzgebers, um das verpflichtende HzV-Angebot der Kassen an ihre Versicherten zu erhalten. Dies sollte auch für die ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung gelten. Zwingend notwendig ist eine gesetzliche Regelung zur transparenten Bereinigung der Gesamtvergütungen, um den vielfältigen Manipulationen durch einige Kassen und KVen ein Ende zu bereiten!

Unabhängig von der Gestaltung des EBM gibt es ein nach wie vor nicht gelöstes Phänomen: Honorarzuwächse gelangen zum größten Teil immer noch in den fachärztlichen Versorgungsbereich, alle politischen Interventionen für eine Trennung der Gesamtvergütungen werden unterlaufen. Fragwürdige Gutachten sollen dabei einen sich vom hausärztlichen in den fachärztlichen Versorgungsbereich verlagernden Leistungsbedarf nachweisen.

Der Begriff „Leistungsbedarf“ mag ja allen Funktionären der Selbstverwaltung locker von den Lippen gehen, aber was sagt der eigentlich aus? Damit wird die Menge der angeforderten Leistungen gemessen in Punkten dargestellt. Immer mehr vor allem technische Leistungen in einem Sektor mit immer mehr technologischen Innovationen steht die hausärztliche Medizin mit ihrer ganzheitlichen Sicht, ihrem integrativen Charakter, ihrer Erfahrung und ihrem Kenntnisreichtum aus langjährigen Patientenbeziehungen, um nur einige Spezifika zu nennen, diesem auf Technik fokussierten Weltbild gegenüber. Der jetzt wiederholte Versuch, mit einem neuen EBM, durch Splitten der hausärztlichen Medizin in Einzelleistungen, den Wettbewerb mit fachärztlichen Leistungsbedarfen aufzunehmen, ist vorhersagbar zum Scheitern verurteilt. Da mögen gute Absicht und der Wille, das Richtige zu tun, die treibende Kraft sein. Das verdient Anerkennung und Respekt vor der Arbeit, aber leider wird dieser Versuch enden, wie alle anderen zuvor. Weil das Geld diesem – hohen fachärztlichen – Leistungsbedarf in Punkten folgt, unterstützen wir alle Anstrengungen einer kompletten Trennung hausärztlicher und fachärztlicher Honorarkontingente. Ohne diese Voraussetzung gibt es unabhängig von den konkreten EBM-Regelungen keine Chance, hausärztliche Honorarvolumina zu sichern, leistungsgerecht und nachhaltig anzupassen und weiter zu

entwickeln. Erinnern Sie sich, wie wir vor genau einem Jahr versucht haben, in einer aufgeregten Situation wenigstens Ansätze einer besseren Verteilung der Ressourcen zu initiieren? Den Spruch des Schiedsmannes, 0,9 % plus, hatten wir als Systemversagen wahrgenommen. Ist das heute anders? Wir werden es spätestens morgen erfahren – heute tagt der Bewertungsausschuss wieder. Am Rande sei erwähnt, dass auch die Krankenkassenvertreter hinter vorgehaltener Hand zugeben, dass sie das verknäulte Honorar-, nein, von System kann man kaum noch sprechen, Chaos in seiner Komplexität nicht mehr durchdringen und wir erleben wieder das Problem der kurzen Bettdecke: Wenn der eine sich zudeckt, bekommt der andere kalte Füße. Wir sind mäßig gespannt auf das Ergebnis, wenn es denn eines gibt.

Bleiben wir in der Welt der Körperschaften, wechseln nur den Schauplatz. Die diesjährige Frühjahrstagung hatte die Vorbereitung des Deutschen Ärztetages zum Thema, vor allem die vorgesehene Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung (M-WBO). Ich fasse noch einmal kurz zusammen, um welche beiden Kernpunkte der Streit dort geht: Einmal ist es die vorgesehene Struktur der M-WBO, zum anderen das Prozedere der Erstellung.

Die Weiterbildungsordnungen sollen nach den Vorstellungen der BÄK in Kompetenzlevel eingeordnet werden unter Zuhilfenahme eines Modells, dem die Pyramide von Dr. Tony Miller zugrunde liegt, die ich zur Illustration hier einmal präsentiere. Dieses Schaubild verdeutlicht die Untauglichkeit dieser Struktur zur Abbildung von Weiterbildungsordnungen. Es scheint sich zudem in der Kammerwelt die Illusion zu halten, dass es sich dabei um reine Bildungsordnungen handelt. In der Realität geht es aber immer auch um Zumessung von Honorar und da kann ich mir schon vorstellen, wie das Dezernat 3 der KBV die Kompetenzlevel auslegt. Wir sind uns in der Ablehnung dieser Struktur mit dem BDI und dem Hartmannbund ebenso einig wie in der Ablehnung des Verfahrens, in dem lediglich die Fachgesellschaften Schreibrecht für die M-WBO haben und die Berufsverbände lediglich kommentieren dürfen. Das haben wir mit der DEGAM zwar einvernehmlich und pragmatisch geregelt, halten aber das Prinzip nach wie vor für falsch. Jetzt scheint die Kritik angekommen zu sein, die wir auch im Einzelnen mit dem Präsidenten der bayerischen Landesärztekammer und Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Max Kaplan, besprochen haben und die

BÄK hat eine Verschiebung der Novellierung auf 2015 bzw. 2016 angekündigt. Wir werden die Zeit nutzen und gemeinsam mit den anderen Verbänden an Struktur und Inhalt arbeiten.

Der diesjährige Deutsche Ärztetag hat dazu beigetragen, das Gewicht der ärztlichen Verbände gegenüber den Körperschaften noch einmal zu stärken und die Zusammenarbeit zu fördern. Haben wir uns im letzten Jahr noch der Kritik ausgesetzt gesehen, weil wir uns nicht an jedem Klamauk beteiligen, erleben wir jetzt ein konstruktives Zusammenrücken. Auch andere Verbände erkennen die Notwendigkeit, die Interessenvertretung unserer Mitglieder aktiv in die eigenen Hände zu nehmen.

Ein wesentlicher Katalysator für diesen Umschwung war nicht zuletzt der Deutsche Ärztetag. Ein Antrag der KBV, über den Bundesärztekammerpräsidenten ins Plenum eingereicht, brachte das Fass zum Überlaufen. Schon das Selbstverständnis des Deutschen Ärztetages lässt nicht zu, sich von anderen, insbesondere der KBV, in seine Geschäfte hineinreden zu lassen. Der Antrag auf verpflichtende ambulante Weiterbildungsabschnitte für alle Fachärzte, deren Umsetzung an eine Finanzierungsgarantie gebunden war, ging nicht nur den Delegierten zu weit. Dieser Antrag war dazu angelegt, den Marburger Bund als Vertreter der angestellten Ärztinnen und Ärzte in den Praxen zu etablieren. Das beträfe natürlich auch die Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten!

Lediglich der NAV mit seinem Vorsitzenden schlug sich auf die Seite der KBV. Hartmannbund, BDI und wir haben den Antrag gemeinsam entschärft und dem Marburger Bund signalisiert, dass wir gerne zusammenarbeiten, aber für von der KBV avisierte tarifliche Vertretung unserer angestellten Ärztinnen und Ärzte auch in der Weiterbildung weder Grundlage noch Notwendigkeit sehen. Hier wird unsererseits mit den anderen Verbänden zurzeit eine dem freien Beruf des Arztes entsprechende Struktur erarbeitet.

Erfreulicherweise erstreckt sich die konstruktive und kollegiale bis freundschaftliche Atmosphäre mit den übrigen Verbänden auch auf die Welt der Selektivverträge. Die frühere Ablehnung ist zumindest einer zugewandten Skepsis gewichen. Es gibt dagegen schon Gespräche über eine engere Zusammenarbeit. Das wird bei dem einen oder anderen Stirnrüzeln hervorrufen, aber ich kann sagen, dass sich diese Gespräche in einer sehr vertrau-

lichen und freundschaftlichen Atmosphäre konstruktiv entwickeln. Ich bin überzeugt, dass wir auch für den bislang ausgeklammerten Weiterbildungskonflikt eine Lösung finden werden. Wir sehen an den Teilnehmern unserer HzV-Verträge, dass die hausärztlich tätigen Internisten etwa 20 % der eingeschriebenen Hausärzte in der HzV ausmachen, während ihr Anteil an der hausärztlichen Versorgung insgesamt bei etwa 18 % liegt.

Bevor ich auf die Vertragssituation detaillierter eingehe, komme ich noch einmal kurz auf die Politik zurück, konkret auf den § 73b mit dem in der letzten Legislaturperiode eingebrachten Absatz 5a. Erfreulich ist die konstante Haltung der SPD wie der CSU dazu, die Verpflichtung der Krankenkassen zu belassen, ihren Versicherten die HzV anzubieten, wie sie auch Palliativversorgung und andere Angebote verpflichtend machen müssen, und den unsinnigen, praktisch nicht umsetzbaren Absatz 5a zu streichen. Wir wissen, dass wir beide Bedingungen nur im Zusammenhang diskutieren können. Es hat sich in der vergangenen Legislatur nichts an diesem Paragraphen geändert – die Weiterentwicklung haben wir vorhin thematisiert. Was sich geändert hat, ist der Umgang mit der Wirtschaftlichkeitsvorschrift durch die Schiedspersonen. Die letzten Schiedssprüche zeigen, dass die obstruktive Haltung von einigen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Bereinigung der Gesamtverträge dazu geführt hat, dass jetzt kein Bezug mehr genommen wird zu dieser Gesamtvergütung, sondern vom gesamten HzV-Honorar eine Rückstellung beim Hausärzteverband gebildet wird. Diese beträgt in den geschiedsten Verträgen mit der AOK Rheinland-Pfalz, der Knappschaft in Sachsen und den Ersatzkassen Berlin 3 % der Honorarsumme. Diese 3 % werden bei Verfehlen der Wirtschaftlichkeitsziele herangezogen. Diese Bedingung hat für die Ersatzkassen das BVA ebenso wenig beanstandet, wie die Landesregierung Rheinland-Pfalz für den dortigen AOK-Vertrag. Damit erfüllt diese transparente und kalkulierbare Regelung die Anforderungen des § 73b Abs. 5a. Dass nun wieder die AOK Rheinland-Pfalz dabei ist, unseren Verdacht zu bestätigen, dass Krankenkassen gesetzliche Vorschriften nur als unverbindliche Empfehlungen zu betrachten, steht auf einem anderen Blatt. Über Trickereien von Krankenkassen zur Umgehung gesetzlicher Regelungen könnte man ein Buch schreiben, deswegen will ich es mit dieser Bemerkung bewenden lassen und über die erfreulichen Entwicklungen berichten:

Aktuell nehmen rund 16.000 Hausärzte bundesweit an den Hausarztverträgen im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung teil.

Rechnet man die Ärzte heraus, die an nicht versorgungswirksamen HzV-Verträgen teilnehmen plus die Teilnehmer an den Verträgen mit den privaten Kassen, sind rund 14.500 Hausärzte in die Verträge eingeschrieben. Dabei haben wir gemessen an allen Allgemeinärzten/Praktikern in den Ländern Teilnahmequoten, die mit 62 % in Bayern und 52 % in Baden-Württemberg, schon als flächendeckend zu bezeichnen sind. Besonders in Baden-Württemberg hat es nach Bekanntwerden des neuen Hausarzt-EBM insgesamt über 1.000 neue Vertragsteilnahmen gegeben. Die bevölkerungsbezogene Flächendeckung zeigt sich auch an der HzV-Teilnahme der gesetzlich Versicherten mit 17 % in Baden-Württemberg und 13 % in Bayern. Bundesweit nehmen weit über 3,1 Mio. Versicherte an der HzV teil, das sind insgesamt 4,5 % der 70 Mio. GKV-Versicherten. Die aus Patientensicht sehr erfolgreichen HzV-Verträge in einzelnen Bundesländern bieten die Chance, weitere Teile der GKV-Versicherten von diesen Verträgen zu überzeugen. Wir tun alles dafür, diese Wahlfreiheit für Versicherte und Hausärzte in der gesamten Republik umzusetzen; in Hessen sehen wir eine gute Entwicklung: Bereits wenige Stunden nach Bekanntgabe der dort geplanten Termine für Informationsveranstaltungen zu den HzV-Verträgen waren diese in einzelnen Orten komplett ausgebucht. Hier war es ja gelungen, nach dem Schiedsspruch einvernehmlich weitere Verbesserungen in den AOK-Vertrag zu verhandeln.

Wir freuen uns sehr, dass wir in der IKK classic einen weiteren konstruktiven und zuverlässigen Vertragspartner für die HzV bundesweit haben. Die IKK classic hat sich für die HzV als Vollversorgung ohne Beteiligung der KVen entschieden. Deutliches Signal hierfür ist, dass der Hausarztvertrag mit der KV Westfalen-Lippe zum 30.09.2013 beendet wurde. Alle Hausärzte aus Westfalen-Lippe, die bisher an der KV-Kopie teilgenommen haben, sind daher ab sofort eingeladen, an unserem IKK classic-Vertrag teilzunehmen – eine sichere Bank in den Zeiten eines unsicheren EBM.

Warum der Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK, Christoph Straub, in seiner Ablehnung hausärztlicher Selektivverträge immer wieder auf den vor Gericht gescheiterten Hausarzt-Hausapotheken-Vertrag aus 2004 verweist, versteht außer ihm niemand mehr. Die Welt hat sich weiter gedreht und wir sprechen jetzt über Vollversorgungsverträge, die dort, wo sie

evaluiert werden, gute Ergebnisse zeigen. Der Vorschlag, der auch immer wieder aus der KV-Welt kommt, bewährte Regelungen aus unseren Verträgen ins Kollektivvertragssystem zu überführen, geht schon deswegen völlig fehl, weil die wesentlichen Elemente beispielsweise die freiwillige Einschreibung von Versicherten bei einem Hausarzt dort kategorisch abgelehnt werden und an die Stelle von nachvollziehbaren Honorarordnungen wieder intransparente Verteilungen einer befreienden Gesamtvergütung nach Punkten lauern. Andere Kassen wie jüngst die IKK, die jetzt bundesweit ihren Versicherten die HzV anbietet, haben erkannt, dass sie mit dem Einstieg in die Vertragswelt mehr Verantwortung für die Versorgung übernehmen. Dies ist auch die klare Aussage des Vorstandsvorsitzenden der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann, unserem Vertragspartner mit nun mittlerweile über fünfjähriger HzV-Erfahrung und Erfahrung mit den weiterführenden § 73c-Verträgen für die fachärztliche Versorgung mit MEDI. Die Verträge und die Partnerschaft mit der AOK Baden-Württemberg, aber auch mit MEDI, sind, gerade mit dem Blick auf das EBM-Chaos, beispielhaft.

Über unsere Vertragskonzepte für eine integrierte Versorgung, unsere Versorgungslandschaften, die gemeinsam mit den Fachkollegen bzw. mit dem Verband privater Pflegeanbieter (bpa) erarbeitet worden sind, kann ich berichten, dass sich die Gespräche darüber mit verschiedenen Krankenkassen zu konkreten Vertragsverhandlungen entwickelt haben. Erste Vertragsabschlüsse sind bei aller Vorsicht auf Ende des Jahres terminiert.

Für die Umsetzung unserer Verträge haben wir das Rechenzentrum zunächst gemeinsam mit dem Apothekenrechenzentrum ARZ Hahn aufgebaut, es dann aber komplett in eigene Hände überführt. Um die bereits jetzt sehr umfangreichen Aufgaben auch unter dem Gesichtspunkt der auf uns zukommenden weiteren Herausforderungen gerecht zu werden, haben wir uns wieder nach einem Partner umgeschaut und sind mit der Deutschen Telekom einig geworden, genaugenommen mit der Telekomtochter T-Systems. Wie immer haben wir streng darauf geachtet, dass weder der Verband noch die HÄVG AG von dem Einfluss Dritter abhängig werden kann. Deswegen waren die Verhandlungen nicht ganz einfach. Gerüchte die dann kursieren, kann man nie verhindern, aber weder haben wir auch nur ein Fitzelchen der HÄVG AG verkauft, noch haben wir aus existentieller Not gehandelt. Ganz im Gegenteil, auch

andere sehen, dass hier ein Erfolgsmodell auf der Spur ist, an dem man gern beteiligt ist. Dies lässt sich auch beispielsweise an dem Wunsch der in MEDI GENO organisierten Verbände und Netze ablesen enger mit uns zu kooperieren. Sie wünschen sich konkret eine engere Zusammenarbeit mit unseren Landesverbänden. Das sollten wir ruhig fördern.

Ich will jetzt und hier kein neues Fass aufmachen, aber wenn wir über die Weiterentwicklung der elektronischen Vernetzung auch für die Vertragsabrechnung nachdenken haben wir mit der Partnerschaft mit T-Systems sicher keinen Fehler gemacht. Wir können aber auch auf eigene Entwicklungen stolz sein, wie auf den kleinen USB-Stick zur sicher verschlüsselten Datenübertragung in unser Rechenzentrum, der gerade in Bayern getestet wird. Auch in Richtung Telemedizin bieten sich Perspektiven, die wir im Auge haben sollten.

Zum Abschluss dieses Themas will ich gerne im Sinne eines *ceterum censeo* betonen: Die Honorarzuwächse in der HzV werden nicht durch Umverteilung zwischen den Ärzten erzielt, sondern durch zusätzliches, die Bereinigungssummen übersteigendes Geld von den Krankenkassen – illustriert durch eine Folie der AOK-Baden-Württemberg.

Dass unsere Fortbildungsaktivitäten ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Qualität der HzV sind, hat die Evaluation des Baden-Württemberger AOK-Vertrages schon bewiesen. Dahinter steckt harte Arbeit, die vielleicht etwas weniger öffentlichkeitswirksam ist als andere Bereiche. Wir können auf die Entwicklung stolz sein. Das IhF ist gut aufgestellt, zusammen mit den Landesverbänden ist damit ein flächendeckendes qualitätsgesichertes Fortbildungsangebot aufgebaut worden. Der Mannheimer IhF-Kongress zählte, wie im Vorjahr, über 400 Teilnehmer und die Anmeldungen für die *practica*, die nun zum zweiten Mal unter der Regie des IhF stattfindet, verzeichnet bereits 15 % mehr Anmeldungen als im Vorjahr, so dass wir mit einer endgültigen Teilnehmerzahl von 1.200 rechnen können.

Um schnell, unbürokratisch und flexibel die Fortbildungsaktivitäten erfassen zu können, wird das Fortbildungskonto in hohem Tempo weiterentwickelt. Vor allem die schnelle elektronische Erfassung der Teilnahme an Veranstaltungen steht hier im Fokus.

Eine neue Entwicklung will ich nicht vergessen, wenigstens kurz darzustellen. Nachdem der Vertrag über die Erstellung unseres Verbandsorgans DER HAUSARZT mit dem Verlag Springer-Science zum Jahresende ausgelaufen ist, haben wir verschiedene Optionen geprüft und die Chefredaktion wieder in die bewährten Hände von Dr. Monika von Berg gelegt, die inzwischen selbstständig ist. Zu diesem Zweck haben wir mit ihr und dem Kirchheim Verlag einen gemeinsamen Verlag gegründet, der die Zeitschrift ab Januar 2014 mit aufgefrischem Design herausgeben wird. Die ersten Redaktionskonferenzen haben bereits stattgefunden. Wir werden sicher Gelegenheit haben, über dieses Projekt auch mit Dr. Monika von Berg, die ich hiermit herzlich begrüße, zu diskutieren.

Mir ist völlig klar, dass bei der Vielzahl unserer Aktivitäten mit unseren hervorragenden mittlerweile über 200 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, dieser Bericht die Dinge nur anreißen und manches nur kursorisch streifen kann, hoffe aber, dass ich dennoch einen Überblick geben konnte. Vieles müssen wir in der Diskussion noch vertiefen. Ich bin sehr froh, nach harten Zeiten wieder eine Handbreit Wasser unter dem Kiel zu haben. Ich kann mich bei vielen Mitgliedern für ihre aufmunternde und motivierende Unterstützung bedanken, wie bei unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, stellvertretend für viele wieder bei Dagmar Esser und ihrem Team für die tolle Vorbereitung und Organisation dieses Hausärztetages.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!