

Sperrfrist: 9. Mai 2014, 16 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 9./10. Mai 2014 in Dortmund**

Ulrich Weigeldt
Bundesvorsitzender
des Deutschen Hausärzteverbandes

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

auf dieser Frühjahrstagung, hier in Dortmund, freue ich mich, Ihnen von einem besonders guten Start des Jahres 2014 berichten zu können. Nach spannenden und intensiven Zeiten im politischen Geschäft nach der Bundestagswahl und einem für uns im Ergebnis sehr positiven Koalitionsvertrag hat diese Regierung Wort gehalten und den unseligen Absatz 5a aus dem § 73 b im Fünften Sozialgesetzbuch gestrichen. Dafür danken wir der Regierung! Wir danken aber auch allen Beteiligten und ich bin stolz auf diesen Verband, der mit ruhigem, sachlichem aber stetigem Argumentieren die notwendige Überzeugungsarbeit geleistet hat!

Durch diese Überzeugungsarbeit ist es gelungen, die Hausarztzentrierte Versorgung gesetzlich zu stärken, uns die erforderlichen vier Jahre Zeit zu geben, die Vorteile dieser Versorgung für unsere Patienten zu zeigen und Anreize zu setzen, um so mehr junge Kolleginnen und Kollegen für unseren schönen Beruf zu gewinnen.

Der Rückhalt in der Bundesregierung und bei vielen, die politische Verantwortung tragen, ist sicher nicht der Liebe zum Deutschen Hausärzterverband geschuldet, oder sagen wir, nicht nur. Geschuldet ist das zum großen Teil auch dem Versagen des etablierten Systems der KVen und vieler Krankenkassen, tragfähige Lösungen für die auf unser Land zukommenden Probleme zu entwickeln oder gar umzusetzen. Die Sicherstellung zumindest der hausärztlichen Versorgung gelingt immer weniger. Die Problematik der Ausdünnung der Primärversorgung durch dafür ausgebildete Hausärzte ist nicht mehr nur ein Thema der Fachmedien sondern wird überall diskutiert. Nach wie vor ist die KV-Welt allerdings auf die fachärztliche Versorgung fokussiert und merkwürdigerweise vor allem auf die wenig spezialisierten Fachärzte, denen das Attribut „grundversorgend“ euphemistisch zugeordnet wird. Dem Erhalt dieser schmal sektorierten aber wenig spezialisierten Versorgungsform wird letztlich die hausärztliche, auf die umfassende Primärversorgung spezialisierte Praxis geopfert. Das hat wenig mit Versorgungsqualität zu tun, ist doch der einzige Spezialist für die flächendeckende und umfassende Primärversorgung der weitergebildete Facharzt für Allgemeinmedizin.

Die Kollegen, die derzeit auch die zunehmende Versorgungslast schultern, seien es hausärztlich tätige Internisten oder auch praktische Ärzte, haben häufig langjährige Fortbildungsgänge vor sich. Wir müssen den jungen Kolleginnen und Kollegen ein strukturiertes klares Curriculum bieten. Dafür ist die Allgemeinmedizin prädestiniert. Aber wir müssen heute den jungen Kolleginnen und Kollegen ein klares, strukturiertes Weiterbildungs-Curriculum bieten. Nur die Weiterbildungsordnung in der Allgemeinmedizin sieht einen verpflichtenden ambulanten Weiterbildungsabschnitt in der qualifizierten Weiterbildungspraxis vor.

Fatal ist, dass nicht nur das KV-System die Versorgungsnotwendigkeiten ignoriert, sondern auch und gerade die Kammerwelt das Austrocknen der umfassenden hausärztlichen Versorgung nachhaltig fördert. Es vergeht doch keine Novellierung der Weiterbildungsordnungen ohne wieder Kompetenzen aus dem Fach Allgemeinmedizin zu entfernen und einem kleinen anderen Fach zuzuordnen. Das schlägt sich dann in der fehlenden Abrechnungsmöglichkeit im EBM nieder. (Wenn man böse Absicht unterstellen möchte, ist hier vielleicht ein Grund zu finden, weswegen die Einzelleistungsabrechnung der Pauschalierung der Vergütung gerne vorgezogen wird?) Lassen Sie mich hierfür zwei gar nicht mal so neue Beispiele zur Illustration anführen: Der Hörtest: Der Patient bekommt zwei Kopfhörer aufgesetzt, eine medizinische Fachangestellte betätigt verschiedene Knöpfe auf dem Gerät, welches schließlich ein Ergebnis auswirft. Dies darf ein Hausarzt nicht abrechnen (unter bestimmten Bedingungen ein Kinderarzt), sondern man muss fünf Jahre im OP einer HNO-Klinik weitergebildet worden sein, um das abrechnen zu können. Zweites Beispiel: Der Augendruck: Es gibt ein einfaches Verfahren, zu prüfen, ob ein erhöhter Augendruck vorliegt oder nicht; das vorzuhalten, gehört bei den niederländischen Hausärzten zu den Qualitätsmerkmalen einer Praxis. Damit können die Patienten selektiert werden, bei denen eine feinere Bestimmung in der Augenheilkunde erforderlich ist. Abrechnungsmöglichkeit beim Hausarzt hierzulande? Fehlanzeige. Fünf Jahre Augenheilkunde ist die Abrechnungsvoraussetzung!

Die Liste können wir stundenlang fortsetzen, aber die beiden Beispiele mögen genügen.

Irgendwie fällt mir in diesem Zusammenhang die Wartelistendiskussion ein. Ist diese Diskussion nicht Ausdruck eines veritablen Strukturproblems? In ihrer Spezialität arbeitende Fachärzte und umfassend ausgebildete, in der hausärztlichen Praxis weitergebildete Hausärzte wirken zusammen und lösen die Probleme unserer Patienten gemeinsam, jeweils an der am besten geeigneten Stelle. Könnte das nicht ein Weg sein? Auf den gehen wir, gemeinsam mit Fachärzten, die das auch so sehen und entwickeln über die Versorgungslandschaften ein Konzept, das Terminvergabestellen und ähnliches überflüssig machen! Gute hausärztliche Primärversorgung in Kombination mit einer guten fachärztlichen Versorgung ist das Ziel dieser Verträge, die mit Rheumatologen, Diabetologen und Pflege entwickelt wurden. Diese sind kurz vor dem Abschluss und ich wage die Prognose, dass in Kürze die ersten Vertragsabschlüsse öffentlich werden. Mit anderen Fachgruppen werden neue Versorgungslandschaften entwickelt. Wichtig für uns Hausärzte ist einerseits die enge Anbindung an die Hausarztzentrierte Versorgung und andererseits, dass die HZV und alle Versorgungslandschaften stets gleiche Prozesse haben. Die HZV wird damit Ausgangs- und Endpunkt für eine Integrierte Versorgung, die nicht nur medizinisch sinnvoll ist, sondern auch die Prozesse vereinheitlicht und damit unnötige Verwaltung konsequent vermeidet. Das ist etwas anderes als eine Versorgung mit IGeL und angeschlossener kleiner Kassenpraxis!

Hier entsteht eine moderne, innovative, ebenenübergreifende Gesundheitsversorgung von Hausärzten und Fachärzten aus Praxis und Krankenhaus, aber auch mit anderen Leistungserbringern gemeinsam entwickelt.

In den Körperschaften zerfleischen sich die Versorgungsebenen und die Fachgruppen untereinander – zwischen KV und stationären Seiten werden die „Schützengräben“ immer tiefer. Außerhalb der Körperschaften werden innovative Versorgungskonzepte gemeinsam entwickelt, vertraglich vereinbart und anschließend mit ärztlicher Geschlossenheit mit den Krankenkassen konstruktiv und partnerschaftlich verhandelt.

So sieht Zukunft aus!

Um hier im Vorfeld des Deutschen Ärztetages noch einmal auf die Kammer zurückzukommen: Wir haben nichts dagegen, wenn sich fachärztliche Fächer um ambulante Weiterbildungsabschnitte bemühen und diese als freiwillige Option anbieten wollen. Den durch den Bundesärztekammerpräsidenten an den letzten Ärztetag durchgereichten KBV-Entwurf zur verpflichtenden ambulanten Weiterbildung für alle Fächer kann man kaum ernst nehmen, muss ihm aber auch an dieser Stelle eine klare Absage erteilen!

Dies sehen nicht nur wir so. Im immer intensiveren Dialog mit den anderen Verbänden wie dem BDI, dem Hartmannbund und dem Marburger Bund finden wir ähnliche Auffassungen. Es ist auch an der Zeit, gerade mit dem Berufsverband der Internisten wieder über die Qualifikation zur hausärztlichen Versorgung zu sprechen. Wir tun dies in einer sehr kollegialen Atmosphäre, ohne die Punkte auszuklammern, in denen wir noch unterschiedlicher Auffassung sind. Wir müssen in diesem Zusammenhang intensiv und rasch über die Möglichkeiten nachdenken, wie Kolleginnen und Kollegen ein Umstieg aus anderen Fächern in die hausärztliche Versorgung ermöglicht wird. Dies sind Realitäten, denen wir uns stellen müssen und wer soll hier wegweisende Vorschläge machen, wenn nicht wir?

Beschlüsse zur Muster-Weiterbildungsordnung sind auf dem diesjährigen Ärztetag nicht zu erwarten, allerdings werden wir wohl Änderungen des von uns und anderen kritisierten sogenannten „Pyramiden-Modells“ vorgetragen bekommen. Wir werden auch klarstellen, dass der Deutsche Hausärzterverband, gemeinsam mit den wichtigsten anderen Berufsverbänden, das Schreibrecht für die anstehende Novellierung der M-WBO einfordern muss.

Doch zurück zur Tagesarbeit.

Die Voraussetzung für eine flächendeckende HZV hat die Politik gestärkt. Ohne dem detaillierten Bericht von Stephanie Becker-Berke vorgreifen zu wollen, möchte ich doch an dieser Stelle kurz auf die Entwicklung unserer Vertragswelt eingehen. Im Übrigen könnten wir an dieser Stelle Stephanie für ihren unermüdlichen Einsatz an allen Vertrags- und Schiedsfronten ausdrücklich danken!

Vor einigen Wochen hatte ich in Berlin wieder einmal Besuch einer Professorengruppe aus Japan. Unter Nutzung japanischer Brückentage kommt diese Gruppe regelmäßig auch nach Deutschland, um sich über die Entwicklung des Deutschen Gesundheitswesens zu informieren. Japan hat mit Deutschland die älteste Bevölkerung, mindestens der entwickelten Welt, insofern haben wir ähnliche Versorgungsprobleme. Die Kollegen nehmen sehr genau auf, was sie hier erfahren, und zwar im wahrsten Sinne des Wortes – die Videokamera läuft mit. Warum erzähle ich Ihnen das hier? Nach über zwei Stunden detaillierter Nachfrage zur HZV-Entwicklung in den einzelnen Bundesländern äußerte ein Kollege, das sei doch eine erfreuliche Entwicklung, in der KBV habe man ihnen das Gegenteil erzählt!

Mitunter hören wir ja Zweifel am Fortgang der Vertragsentwicklung, auch aus den eigenen Reihen, und die Blockadehaltung mancher Kassen, oft im Zusammenspiel mit den jeweiligen KVen, führt schon mitunter zum Schwimmen in zähem Teig. Aber nicht nur von den Zugpferden Baden-Württemberg und glücklicherweise auch wieder Bayern, nach positiven Signalen aus dem Schiedsverfahren, sondern auch in den anderen Bundesländern kommen wir vor allem dank der bundesweiten Verträge mit TK und IKK classic voran. Etwa 8 % des hausärztlichen Honorars werden inzwischen über unser Rechenzentrum ausgezahlt, in Baden-Württemberg können wir mit über 30 % der über 65-Jährigen bereits über Flächendeckung reden. Der exzellenten Zusammenarbeit mit der dortigen AOK unter Christopher Hermann steht allerdings auch die beschriebene Blockade beispielsweise einiger Kassen in NRW gegenüber, die sich über fünf Quartale nicht in der Lage sehen, die Honorarrechnungen zu begleichen! Es läge an der mangelnden Fähigkeit der Datenlieferung durch die HÄVG und das Rechenzentrum, heißt es da. Ich kann nur sagen, das ist ausgesprochen unwahrscheinlich, wenn alle anderen Abrechnungen in der Regel gut funktionieren. Leider, und das ist schade, sehen Aufsicht führende Länderbehörden diesem Treiben mehr oder weniger tatenlos zu. Es ist schon ein Skandal, wenn Körperschaften des öffentlichen Rechts gesetzliche Vorgaben derart dreist missachten!

Wir werden uns dadurch nicht zermürben lassen und halten Linie, auch wenn es in den Landesverbänden für die Kollegen mitunter sehr hartes Brot ist.

Aber gerade in NRW gibt es auch gute Nachrichten. Die Betriebskrankenkassen und die LKK haben konstruktive Lösungen gefunden und werden ab dem 01.10.2014 die HZV in NRW in einer guten Vertragspartnerschaft mit uns leben. Die TK, IKK classic sowie BKKen und LKK leben damit die Vorteile der HZV für ihre Versicherten in NRW.

Immer mehr Krankenkassen erkennen die Vorteile dieses partnerschaftlichen Miteinanders. Vorneweg die AOK Baden-Württemberg, der wir anlässlich des fünfjährigen Bestehens des HZV-Vertrages das Konzept VERAH[®]-Mobil vorstellen konnten. Dabei unterstützt die AOK die Leasinggebühren für ein Auto mit dem die VERAH[®] Hausbesuche machen kann. Diese Unterstützung wird durch eine entsprechende Kennzeichnung des Autos als VERAH[®]-Mobil dokumentiert. Wir haben jetzt der Presse entnehmen können, dass die AOK plus dieses Konzept in Thüringen kopiert, wobei das Auto dort über die KV-Thüringen bestellt wird. Einerseits ist ein solch schamloses Plagiat ärgerlich, andererseits zeigt es, welche fortschrittliche und attraktive Ideen die HZV hervorbringt!

Das leitet mich direkt zu einem Papier der KBV zum Koalitionsvertrag (!), das schließlich 100 Tage nach Regierungsantritt mit der fachärztlichen Mehrheit der KBV-VV beschlossen worden war. Neben der Forderung aus Köhler's Zeiten, dass der Sicherstellungsauftrag nur noch wahrgenommen werden könne, wenn die Forderungen der KBV an die Politik erfüllt würden, wärmt man auch wieder auf, dass der Selektivvertrag das Versuchslabor sei, dessen positive Ergebnisse in den Kollektivvertrag zu überführen seien.

Das geht nicht!

Die HZV und die Facharztverträge sind nicht der Sandkasten des Kollektivvertragssystems und unsere Patienten sind keine Versuchskaninchen!

Die HZV ist eine alternative Versorgungsform, die den Versicherten laut Gesetz flächendeckend anzubieten ist! Sie ist für teilnehmende Ärzte wie Versicherte freiwillig, unterliegt nicht einer befreienden Gesamtvergütung mit einem in der Folge im Punktwert schwankenden EBM – auch nicht dauernder sogenannter EBM-Reformen – und beruht auf einem Einschreibesystem.

Ganz abgesehen davon, erfordert der Aufbau der HZV, aber auch der damit verbundenen Verträge nach §§ 73 c und 140 a ff. Fünftes Sozialgesetzbuch (Versorgungslandschaften), nicht unerhebliche Investitionen, die sowohl für die Hausärzte, als auch deren Organisation refinanziert werden müssen. Daher werden wir uns wohl auch stärker gegen Ideenklau und freche Plagiate schützen müssen. Wir erwarten hier eine klare Position unserer hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen im KV-System, dass die HZV und die damit verbundenen Selektivverträge als eigenständiger Bereich unterstützt und nicht bekämpft werden.

Es kursiert derzeit ein Brief aus der KV Hamburg und KV Schleswig-Holstein, unterstützt aus Thüringen, der die KBV als Unternehmen bezeichnet, welches sich im Konkurrenzumfeld mit dem Deutschen Hausärzterverband befindet. Deshalb könne der Deutsche Hausärzterverband, insbesondere der Bundesvorsitzende in personam, nicht an den Vorbesprechungen zur KBV-VV teilnehmen, da er sich dann ja über die strategischen Überlegungen der KBV – sofern es dort welche gibt – informieren und darauf einstellen könnte. Damit verbunden ist dann die schon 2006/2007 geführte Diskussion um die Vertraulichkeit in dieser Körperschaft des öffentlichen Rechts. Geradezu belustigend ist in diesem Zusammenhang der Vorschlag aus der KBV, *der Verband und sein Vorsitzender sollen sich doch um die Verträge kümmern und die KV-Landschaft zufrieden lassen*. Können wir gerne drüber reden, allerdings nicht solange die Pflichtmitgliedschaft in der KV besteht und der Löwenanteil des hausärztlichen Honorars über die KVen verteilt werden. Um diese Verteilung muss sich der Verband eh immer mehr kümmern, als es eigentlich sein müsste und ihm lieb ist. Immer wieder wird die Honorartrennung zu Ungunsten der Hausärzte „angepasst“ oder durch Vorwegabzüge unterlaufen. Wenn sich KVen sogar weigern, ihre Rechenschritte dazu wenigstens der KBV mitzuteilen und jedes KV-Gebiet mit diversen HVM-Regelungen die EBM-Regelungen zu korrigieren versucht, führt dieses ins Chaos. Wir werden wohl zu diesem Thema, wie zu einer klaren Regelung der Bereinigung der Gesamtvergütungen für Selektivverträge, gesetzliche Regelungen vorschlagen und einfordern müssen!

Auch die EBM-Entwicklung ist keineswegs dazu angetan, die Dinge laufen zu lassen. Da gibt es erhebliche Wahrnehmungsunterschiede. Aus der KBV höre ich immer, wie zufrieden die Hausärzte allenthalben mit der letzten EBM-Reform seien, und dass sie die sogenannte Weiterentwicklung kaum erwarten könnten. Damit werde die Reform erst richtig greifen. Diese Botschaft höre ich wohl. Aber ich höre und lese ebenso ganz andere Beurteilungen des EBM: Mehr Bürokratie, kompliziertere Abrechnung ohne bessere Vergütung; vor allem die großen Versorgerpraxen stöhnen über diese neuen Belastungen. Mir wurde aus der KV-Welt schon Krieg angedroht, sollte ich die zweite Stufe des Reformvorhabens nicht unterstützen! Damit muss ich wohl leben. Es wird den Kritikern des aktuellen EBM immer wieder unterstellt, sie würden das alles nicht so recht verstehen. Die Idee, dass die Kritik berechtigt ist, wird gar nicht zugelassen. Fast alle KVen mussten in rechtlich nicht immer abgesicherten Verfahren, die Not in den Praxen lindern, indem Ziffern der Abrechnung zugesetzt und nachträglich Abrechnungen verändert wurden. Dazu heißt es aus der KBV, *dass sei normal, weil EBM-Änderungen halt von den Hausärzten nicht immer sofort verstanden würden*. Dabei hatten wir die Abrechnungshilfe aus Westfalen-Lippe doch schon auf dem letzten Hausärztag angesprochen.

Auch wenn es keiner mehr hören mag: In der HZV gibt es solches Theater nicht! Da gibt es eine Gebührenordnung in Euro (Honoraranlage), die beispielsweise bis auf kleine Anpassungen und einige Honorarerhöhungen seit sechs Jahren stabil für eine auskömmliche Vergütung in den Praxen in Baden-Württemberg sorgt. So ist es nun mal!

Bei dieser Gelegenheit möchte ich nicht versäumen, den Partnern in Baden-Württemberg zum 6. Geburtstag des Vertrages zu gratulieren.

Ich bitte mir nachzusehen, dass ich erst jetzt auf die personelle Entwicklung im KBV-Vorstand zu sprechen komme. Nach dem krankheitsbedingten Abdanken von Andreas Köhler, dem wir für seine weitere Genesung alles Gute wünschen, übernahm Andreas Gassen, ein Orthopäde aus Düsseldorf, diese Position.

Außer dem Einbringen der KBV-Stellungnahme zum Koalitionsvertrag, und damit dem Aufwärmen Köhler'scher Positionen, ist Richtungweisendes noch nicht an die Öffentlichkeit gedrungen. Der Besuch auf dem letzten KBV-Verbändegespräch hat im Ergebnis, außer der Übernahme etlicher Arbeitsaufträge durch den KBV-Vorstand, wenig Erhellendes zu Tage gebracht. Die zweite Stufe der Image-Kampagne der KV-Welt setzt ebenfalls lediglich den vorher geplanten Ablauf um. Ob die Neu-Besetzung von einem „weiter so“ abweicht, werden wir sehen. Die Erwartungen sind allerdings überschaubar. Selbst wenn man guten Willen unterstellen mag, wird auch der Ruf nach festen Preisen unter den Bedingungen einer befreienden Gesamtvergütung verhallen. Jedenfalls für die hausärztlichen Honorare, selbst wenn es gelingt, einige fachärztliche Leistungen auszubudgetieren. Auch auf den Umgang mit dem § 116 b, der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung, sind wir gespannt, mehrten sich doch bei den betreffenden Facharztgruppen die Stimmen, die für eine Abrechnung außerhalb der KV-Welt eintreten. Zudem interessieren uns die dortigen Regelungen zur Bereinigung brennend.

Unsere Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der KBV liegen auf dem Tisch. Als erster Schritt zu Gleichberechtigung und Selbstbestimmung ist die KBV-Vertreterversammlung neu zu strukturieren: Nur zugelassene – niedergelassene – Ärzte und Psychotherapeuten sind wählbar, die Versorgungsebenen bilden zu gleichen Teilen die gemeinsame Vertreterversammlung, hausärztlicher und fachärztlicher Vorstand werden von der jeweiligen Versorgungsebene gewählt, die Vertreter der jeweiligen Versorgungsebene entscheiden bei versorgungsbereichsspezifischen Belangen eigenständig über ihren Bereich. Damit wird die Gleichberechtigung gestärkt und die Transparenz der Entscheidungen verbessert. Die Kontrolle der operativen Ebene wird nicht mehr von ihr selbst ausgeübt, sondern von denen, die mit den Entscheidungen leben müssen. Der Vorwurf, damit spalte man die KBV, geht ins Leere. Die Spaltung steht ja eher im Raum, wenn es weiterhin bei der Unterdrückung der hausärztlichen Interessen durch die fachärztlich dominierte Vertreterversammlung bleibt.

In der für diese Legislatur vorgesehenen Gesetzgebung soll dieses Thema behandelt werden, so steht es im Koalitionsvertrag und so wird es auch wie zuletzt sehr deutlich von Staatssekretär Karl-Joseph Laumann am Tag der offenen Tür bei uns in Köln von der Politik bestätigt. Weiterhin sind auf der Agenda die beiden für uns nicht unwichtigen Themen wie die Möglichkeit eines rein hausärztlichen MVZ und die Einrichtung eines Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit. Letzteres ist bereits im vorliegenden Entwurf für das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) beschrieben. Wir vermissen in diesem Gesetzentwurf die Beteiligung der Selektivvertragspartner auf der Arzt- wie auf der Kassenseite. Es kann ja nicht angehen, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit der Selektivverträge von den Kollektivvertragsparteien KBV und GKV-Spitzenverband beurteilt werden. Wir haben diese Auffassung bereits bei den entsprechenden Stellen platziert und versuchen eine vernünftige Lösung des Problems zu erreichen.

Die Entwicklung unserer eigenen Strukturen ist durchweg positiv. 260 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind mittlerweile für den Deutschen Hausärzteverband und seine Landesverbände in den Töchtern wie HÄVG, Rechenzentrum, IhF, Pro Versorgung, Verlag und Wirtschaftsgesellschaft tätig. Wir können uns an dieser Stelle für deren hervorragendes Engagement eigentlich mal mit einem ordentlichen Applaus bedanken.

Die Zusammenarbeit mit der Telekom entwickelt sich erfreulich und ich will an dieser Stelle noch einmal betonen, es handelt sich um eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit gegenseitigem Nutzen. Eine Einflussnahme auf den Verband und seine Politik ist wie immer durch die vertraglichen Regelungen ausgeschlossen. Eigentlich versteht sich das von selbst, wenn man sich die Geschichte unseres Verbandes und der eingegangenen Partnerschaften ansieht. Auch dort, wo Partnerschaften beendet wurden, wie zuletzt leider bei unserem Projekt mit HausMed, ist für den Verband kein Schaden entstanden. Noch ein Wort zu dem Projekt HausMed: Es ist schade, dass sich diese Idee des Hausarzt gestützten Online-coachings von Patienten nicht ausreichend durchsetzen konnte. Vielleicht war einfach die Zeit dafür noch nicht reif. Für eine wirtschaftliche Tragfähigkeit hat die Akzeptanz eben nicht ausgereicht.

Andere Projekte sind ungleich erfolgreicher, wie beispielsweise der HZV-online-key, der ohne große Belastungen für die Praxen eine sichere online-Verbindung für die Abrechnung der HZV-Verträge ermöglicht und damit die ohnehin schon geringere bürokratische Belastung in den Selektivverträgen weiter verringert.

Dass die HZV die Versorgungsqualität weiter verbessern hilft, zeigen wir mit einem weiteren Produkt, das in das HPM integriert wird: Ein Hinweis zur Nierenfunktion bei der Rezeptierung bestimmter Medikamente aus den in der Praxis vorhandenen Patientendaten (Alter, Geschlecht, aktuellem Kreatinin) erhöht die Patientensicherheit noch einmal. Dies ist die Umsetzung einer Idee aus der DEGAM durch unsere IT-Abteilung und hausärztlichem Know-how der beteiligten Kollegen. Kann ein KBV-ABDA-Modell diese auf den einzelnen Patienten zugeschnittene Art der Verordnungssicherheit jemals bieten? Dabei will ich gar nicht auf den Ergebnissen der Stiftung Warentest herumreiten, was die Beratungsqualität in den Apotheken angeht.

Neben einer spezifischen IhF-Fortbildung in hoher Qualität und den bekannten Indikatoren einer besseren Versorgung in der HZV, konnten wir diesem erfolgreichen Bild mit diesem kreativen Element ein weiteres Mosaiksteinchen hinzufügen.

Wir haben viel über die Situation des fehlenden hausärztlichen Nachwuchses diskutiert. Mit der Perspektive Hausarzt, der Stiftung und der Publikation haben wir eine positive Darstellung unseres schönen Berufes weiter nach vorn gebracht. Wenn wir mit Studierenden sprechen, oder Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung in anderen Fächern, sehen wir elementare Behinderungen der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, die wir dringend beseitigen müssen.

Wir müssen natürlich weiter das dicke Brett der universitären Ausbildung bohren:

- Wer bekommt einen Studienplatz?
- Wie kommen wir zu ernstzunehmenden Lehrstühlen/Instituten für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Fakultäten?
- Wie können wir die Famulatur in der Allgemeinmedizin fördern?
- Wie kommen wir zu einem Pflichtquartal Allgemeinmedizin im PJ (und dessen Finanzierung)?

Aber die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ist jetzt das dringendste Problem. Es spricht sich herum, dass die Förderung je nach KV eine unsichere Angelegenheit sein kann. Ein letztes Beispiel lieferte uns unlängst die KV Nordrhein, die feststellte, dass das Fördergeld nun verbraucht sei und man keine weiteren Stellen fördern könne. Eine KV gebietsübergreifende Weiterbildung wird dadurch erschwert, dass erneute Beantragungen notwendig werden. Die Aufstockung von Mitteln scheitert an fachärztlichen Mehrheiten und nolens volens müssen die Hausärzte ihren sowieso schon schmalen Honorartopf mit der Förderung belasten. Wir werden den TOP auf dieser DV diskutieren, zu dem unser Justitiar Vorschläge vorbereitet hat. Soviel bereits vorab:

- es muss eine zentrale Zahlstelle geben
- das Fördergeld muss für die gesamte Weiterbildungszeit gesichert sein
- die Förderung muss das Niveau der Bezahlung im Krankenhaus erreichen
- Weiterbildungsverbände, Mentorenprogramme und universitäre Anbindung müssen gefördert werden.

Die Defizitanalyse zeigt, dass genau die Punkte entscheidend sein können, ob sich eine junge Kollegin oder ein junger Kollege für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin entscheidet. Um die Belange der Kollegen in der Weiterbildung schneller und besser zu erfassen und Lösungen zeitnah zu erarbeiten, wollen wir ein Forum Weiterbildung einrichten, das seinen Sprecher in den Geschäftsführenden Vorstand senden soll. Dazu liegt ein Satzungsänderungsvorschlag vor.

Wir werden uns auf der nächsten Delegiertenversammlung auch mit dem Thema auseinandersetzen müssen, wie wir mit unseren angestellten Ärztinnen und Ärzten umgehen. Den Vorschlag für einen Kodex, der Bezahlung und Arbeitsbedingungen in Anlehnung an die stationären Bedingungen regelt, ist mit den Verbänden in Abstimmung; mit dem Ziel, hier noch vor dem Ärztetag zu abschließenden Entscheidungen zu kommen.

Die Vielzahl der Themen, die unsere Arbeit bestimmen, hier umfassend darzustellen, hätte einen Bericht zur Folge, der Castro'sche Dimensionen annehmen würde. Ich will es deshalb hiermit bewenden lassen.

Allerdings kann ich nicht schließen, bevor ich auf den Hausärztetag in diesem September hingewiesen habe, der als 1. Internationaler Hausärztetag in Bonn mit hochkarätiger Besetzung stattfinden wird und natürlich, last but not least, noch einmal herzlichen Dank an Dagmar Esser und ihre Crew für die Organisation und den Landesverbänden Nordrhein und Westfalen-Lippe für die Ausrichtung dieser Frühjahrstagung.