

Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln

Telefon 02203 5756-0
Telefax 02203 5756-7000

Sperrfrist: 15. April 2016, 15 Uhr

Es gilt das gesprochene Wort.

Bericht zur Lage
anlässlich der Delegiertenversammlung
des Deutschen Hausärzterverbandes
am 15. / 16. April 2016 in Freiburg

Ulrich Weigeldt

Bundevorsitzender

des Deutschen Hausärzterverbandes

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste,

wir haben in den letzten Jahren mehr als einmal gehört, vor welchen Herausforderungen das deutsche Gesundheitswesen steht. Gerade im Moment habe ich jedoch den Eindruck, dass einige es vielleicht doch noch nicht oft genug gehört haben.

Wir leben in einer Gesellschaft, deren Altersdurchschnitt nur noch von Japan getoppt wird. Selbst wenn wir bei immerhin 80 Millionen Einwohnern eine Million – in der Regel ja jüngere – Flüchtlinge aufnehmen, würde sich das nur merklich ändern.

Diesen gesellschaftlichen Entwicklungen, dem relativen Wohlstand und dem medizinischen Fortschritt verdanken wir viele fitte ältere Menschen, aber eben auch viele, die mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leben, arbeiten und älter werden.

Neben diesen grundlegenden gesellschaftlichen Trends gibt es Entwicklungen, auf die wir ebenfalls achten müssen und die wir meiner Meinung nach proaktiv nützen sollten.

Die Informationstechnologie ist selbstverständlich keineswegs mehr ein Gimmick für Jugendliche. Sie hat mittlerweile die gesamte Gesellschaft erfasst. Natürlich gibt es, wie bei jeder technischen Revolution, angefangen vom mechanischen Webstuhl bis zur Erfindung der Eisenbahn, Auguren des damit verbundenen Weltuntergangs. Das erleben wir auch in der ärztlichen Welt. Kaum ein anderer gesellschaftlicher Bereich hat sich bisher so erfolgreich gegen die Digitalisierung gewehrt. Aber auch dort wird man sehen, dass die Karawane weiterzieht, ob man sie anbellt oder nicht. Ich werde später noch auf dieses Thema eingehen, auf die Chancen, die uns die Digitalisierung, eigentlich schon weiterentwickelt zur individuellen digitalen Mobilität, bietet und welche Risiken wir im Auge behalten müssen.

Menschen mit chronischen Erkrankungen und besonders mit mehreren Erkrankungen gleichzeitig brauchen eine langfristige zuverlässige Betreuung und ggf. die Koordination verschiedener Fachärzte, Krankenhäuser und weiterer medizinischer Hilfen. Für diese Aufgabe gibt es Hausärzte, deren Weiterbildung darauf ausgerichtet ist, dieses ebenso qualitativ hochwertig und fokussiert zu beherrschen, wie andere Fachgebiete ihre Kompetenzen beherrschen müssen.

Gleichzeitig konstatieren wir, dass der Bedarf an hausärztlicher Versorgung wächst und dringend gedeckt werden muss. Dies sehen wir derzeit noch nicht ausreichend gelöst. Auf diese Fragen gilt es, Antworten zu finden.

Insgesamt sehen wir den ärztlichen Nachwuchs – vor allem, aber nicht nur im hausärztlichen Versorgungsbereich – in Bezug auf die Niederlassung in der eigenen Praxis eher zurückhaltend agieren. Mehr Frauen als zuvor absolvieren das Medizinstudium und suchen eine Tätigkeit, die es ihnen ermöglicht, Beruf und Familie unter einen Hut zu bekommen. Dieser Anspruch ist wiederum nicht nur bei den Ärztinnen zu finden, sondern selbstverständlich auch bei dem männlichen Teil des ärztlichen Nachwuchses. Gestatten Sie mir bitte eine kurze Bemerkung zur sogenannten Generation Y: Wenn ich in der Familie, aber auch weit darüber hinaus sehe, mit welchem Engagement und Einsatz gerade in dieser Generation gearbeitet wird, finde ich so manche Bemerkungen über die angeblich hedonistische Lebensweise diskriminierend und völlig unangebracht!

Aber zurück zum Thema: Antworten!

Ich wollte eingangs diese Entwicklungen noch einmal grob skizzieren, um mich damit auseinanderzusetzen, welche Antworten wir auf diese Herausforderungen finden. Hausärzte sind in der Regel pragmatische Menschen und so wollen wir einmal ganz pragmatisch schauen, welche Antworten und Lösungen, aber auch Aufgaben, uns Hausärzten denn vor diesem Hintergrund offen stehen.

Sehen wir uns zunächst einmal die ärztlichen Organisationen an, die KBV und die BÄK. Was für Lösungen bieten sie den Patienten und uns Hausärzten an?

Dass der Bedarf an hausärztlicher Versorgung eher zunimmt und die Anzahl der Hausärzte tendenziell eher stagniert, während gleichzeitig die Zahl der verschiedenen Gebietsärzte – von der BÄK gefördert – ungebrochen zunimmt, hat die KBV in den letzten Jahrzehnten wenig berührt. Alle Maßnahmen, um den hausärztlichen Praxen das Notwendigste zukommen zu lassen, mussten vom Gesetzgeber angewiesen werden: Hausärztliche Grundvergütung, Honorartrennung, Beratende Fachausschüsse und vor kurzem die Parität in der Vertreterversammlung der KBV. Letztere ist zunächst einmal verweigert worden, die übrigen Errungenschaften sind durch unterschiedliche, trickreiche Maßnahmen der KV-Welt weitgehend verpufft. Ich erinnere an die aktuelle Auseinandersetzung um die Laborvergütung, bei der bekanntlich die Honorartrennung umschifft und das hausärztliche Honorar übermäßig belastet wird.

Die Beschäftigungen der KBV galten immer mehr der fachärztlichen Versorgungsebene. Deren Honorarumsatz beträgt ungefähr das Doppelte des hausärztlichen, weshalb intern dann auch die Begriffe „cash cow“ und „poor dogs“ entsprechend zugeordnet wurden.

Das zunehmende Unvermögen, die hausärztliche Versorgung sicherzustellen, ist inzwischen unübersehbar. Das wäre eigentlich eine, wenn nicht die Kernaufgabe des KV-Systems. Damit entzieht sich das System zumindest teilweise selbst seine Existenzberechtigung, denn es kommt seinen im SGB V fest umschriebenen Aufgaben nur unzureichend nach. Die immer deutlicheren Mahnungen und Maßnahmen aus der Politik bis zur Frage, ob diese Organisationen noch zeitgemäß sind, erfolgen in immer kürzeren Abständen.

„Uns ist allen klar: Es geht in diesem Jahr um nichts weniger als um die Zukunft des KV-Systems!“ hat Herr Gassen am 4. März 2016 vollständig richtig geäußert. Korruption und interne Querelen sind dabei nur die eine Seite. Viel bedeutender ist, wie bereits ausgeführt,

dass das System der Kassenärztlichen Vereinigungen den Sicherstellungsauftrag nicht mehr erfüllt! Dies gilt im Besonderen – aber nicht nur – für den hausärztlichen Versorgungsbereich. Es bleibt die Beschäftigung mit sich selbst, das verzweifelte Ringen um den Erhalt der körperschaftlichen Struktur. Dazu kursieren diverse Papiere und Vorschläge in der KBV, die in der letzten Kurve die KV-Welt retten sollen.

Was sind aber denn nun die Antworten auf die Herausforderungen? Tragen sie zur Problemlösung bei?

Das Gebot der Stunde heißt: Patientensteuerung! Die KBV hat nach vielen Jahren erkannt, dass die Patientensteuerung vielleicht doch ein wichtiges Thema ist und versucht dafür Konzepte anzubieten.

Vor einem Jahr habe ich mich in meinem Bericht zur Frühjahrstagung in Frankfurt mit dem Thema „Grundversorgung“ intensiv auseinandergesetzt. Wie das in der Politik so ist, spielt dieser Begriff auch jetzt wieder eine wichtige Rolle! Mit ihm soll der klaren Strukturierung des § 73 SGB V in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung der Boden entzogen werden. Wir kennen ein Papier aus dem Beratenden Fachausschuss der Fachärzte in der KBV, das den kompletten Versorgungsauftrag aus diesem § 73 SGB V der fachärztlichen Ebene zuschreibt. Das wird so sicher nicht kommen, aber man erkennt die Absicht.

Die Patientensteuerung nach der Vorstellung der „KBV 2020“ geht davon aus, „dass es viele Versicherte gibt, die im Normalfall (*was ist ein Normalfall?*) gar keinen Arzt bräuchten“ und begründet damit, dass ein Primärarztsystem die „Patientenbedarfe“ nicht decke. Vielmehr sei ein Modell der Patientensteuerung bei akuten Erkrankungen sinnvoll.

Dieses Konzept sieht, soweit bekannt, vor, dass Patienten auch von Fachärzten „gesteuert“ werden. Patienten mit einer chronischen rheumatischen Erkrankung könnten dann von

einem Rheumatologen primär betreut und ggf. weitergeleitet werden. Diese Idee soll dann mit unterschiedlichen Kassentarifen unterlegt werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, dieses System verkennt vollkommen die Kompetenz und Leistung der hausärztlichen Praxis, der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland! Von wegen „das bisschen Hausarzt macht sich von allein...“

Mag sein, dass der Vorschlag gut gemeint ist, dann ist er im besten Fall nur naiv. Er wird keines der aufgezeigten Probleme lösen und den Patienten nicht helfen.

Eigentlich ist dieses Programm sogar eher rückschrittlich. Es verstärkt die Sicht auf die Krankheit, während die hausärztliche Medizin auf den Patienten fokussiert ist. Das ist unser USP! Wir Hausärzte lösen in weit über 80 Prozent der Fälle die Patientenprobleme in unseren Praxen. Dabei wird sehr häufig nicht nur ein Patientenproblem behandelt, sondern mehrere gleichzeitig. Jeder von uns kann sofort mit Beispielen dazu aus der Praxis aufwarten. Wie soll ein Gebietsarzt mit dem Phänomen der „Eintrittskarte“ umgehen? Ich will das für die Nicht-Hausärzte gern kurz erläutern: Oft kommen Patienten mit einer zunächst banal scheinenden Beschwerde in die Praxis, um während der Beratung und Untersuchung eine wesentlich ernstere Problematik zu offenbaren. Dazu müsste der Patient bei gebietsfachärztlicher Primärversorgung schon mal mindestens einen weiteren gebietsärztlichen Termin vereinbaren. Weder aus Qualitäts- noch aus Kostenaspekten ist ein solches Verfahren sinnvoll. Von einer möglichst effizienten Patientenversorgung ist das weit entfernt und wird eher häufigere Krankenhausbehandlungen nach sich ziehen. Die Sicherstellung einer guten Patientenversorgung wird damit nicht erreicht werden. Mehr Geld für den fachärztlichen Versorgungsbereich würde es gleichwohl bringen – zulasten des hausärztlichen Honoraranteils!

Wir gehen davon aus, dass diese gemeinsame Überzeugung, dass wir eine auf den gesamten Patienten bezogene hausärztliche Primärversorgung brauchen, auch von unseren hausärztlichen Vertretern in der KBV konsequent vertreten wird. Der Versorgungsrealität

widersprechende Kompromisse führen nicht nur zu einer schlechteren Versorgung unserer Patienten, sondern darüber hinaus zur Entwertung der hausärztlichen Medizin. Dies wird im Übrigen den Nachwuchsmangel eher verschärfen.

Auch das, was wir an kollektivvertraglicher Bürokratie erleben, ist keine Werbung für die Niederlassung, wir kennen das alles seit vielen Jahren, ändern tut sich nichts. Nur einige kurze Beispiele: Geht der Nachbarkollege in den Ruhestand und die dort bislang versorgten Patienten kommen zusätzlich in die Sprechstunden, greift eine „Fallzahlzuwachsbeschränkung“ und minimiert das Honorar für die zusätzliche Belastung.

Anstatt die zusätzlich bereitstehenden Honorarsummen über die Chronikerpauschalen an die hausärztlichen Praxen, auszukehren, wie es bei den Fachärzten geschehen ist, wird das Geld an den völlig unpraktikablen Einsatz einer NÄPa geknüpft und bleibt liegen. Es hätte in den Praxen auch zur Finanzierung der inzwischen mehr als 8.000 VERAHs® beitragen können, wenn die KBV es gewollt hätte!

Wie steht es mit Lösungen bei den Fragen rund um die Informationstechnologie? Anstatt über die gematik Druck für eine diskriminierungsfreie, sichere Telematikinfrastruktur aufzubauen, versucht man, mit dem proprietären Ansatz des KV-Safenets vollendete Tatsachen zu schaffen. Der Versuch, gemeinsam mit uns eine Struktur in ärztlicher Hand zu entwickeln, war ja bekanntlich am Einspruch regionaler KV-Vorstände gescheitert.

Wir kommen auf diese Aspekte noch einmal zurück, aber zunächst wollen wir uns das Angebot der Bundesärztekammer betrachten.

Kurz vor Toresschluss beobachten wir das Scheitern der GOÄ-Novellierung. Wesentlicher Grund sind ungenügende Verhandlungsergebnisse aus ärztlicher Perspektive. Dieses folgte nur wenige Tage nach der öffentlichen Aussage des BÄK-Präsidenten, die GOÄ sei das beste

tarifpolitische Ergebnis seiner Karriere. Gutes Management sieht anders aus. Nun denn. Wir haben für unsere Forderungen gekämpft, die hausärztliche Tätigkeit sachgerecht und mit angemessener Bewertung abzubilden. Das war, soweit wir wissen, nicht passiert. Die bessere Bewertung der Gesprächsziffer mit unbeschränkter Zugriffsmöglichkeit hätte im verabredeten dreijährigen Beobachtungszeitraum kassiert werden können. Ganz abgesehen davon, dass sich die komplexe hausärztliche Tätigkeit nicht auf Gesprächsleistungen reduzieren lässt. Insbesondere die Betreuung von chronisch erkrankten und polymorbiden Patienten wollten wir in einem Komplex aufgenommen haben, wie auch den Einsatz der VERAH®. Man will meinen, dass dies vor dem Hintergrund der eingangs dargestellten Herausforderung Konsens sein müsste, war es aber in der BÄK anscheinend nicht. Ich bleibe hier bewusst im Konjunktiv, denn so genau wurden ja die Basis und ihre Verbände nicht informiert! Wir haben die Intransparenz massiv auf dem außerordentlichen Ärztetag im Januar beklagt. Sehr professionell scheint der Umgang mit der als „Chefsache“ bezeichneten Unternehmung „GOÄ-Novelle“ in der BÄK wirklich nicht betrieben worden zu sein. Es wird mit Sicherheit auf dem Deutschen Ärztetag einige Diskussionen um Personen und auch um den Präsidenten Montgomery geben, unabhängig davon, was letztlich zum Scheitern der GOÄ geführt hat. Das ist ja allen Foren und Zeitungen bereits zu entnehmen.

Was in Bezug auf die notwendige Förderung der Allgemeinmedizin in der Kammerwelt getan wurde und wird, ist kaum der Rede wert. Neben der Produktion immer neuer Fachgebiete sehen wir eher Behinderungen. Die offensichtlich vom Präsidium der BÄK gewollte Abschaffung der Akademie für Allgemeinmedizin ist auf Grund unserer massiven Intervention und der Einrichtung der AG Ärztekammer wohl vom Tisch. Die Überführung in eine AG unter vielen wäre unserem Fach auch nicht gerecht geworden. Es mag auch die Sorge um Kompetenzverlust der BÄK bei der Revidierung der Präsidiumsentscheidung eine Rolle gespielt haben - wir hätten jedenfalls die Akademie sonst in Eigenregie wieder aufleben lassen und unsere Kompetenz für die hausärztliche Versorgung noch stärker dokumentiert. Unsere AG Ärztekammer wird aber so oder so bestehen bleiben. Das haben wir fest verabredet und terminiert.

Ein etwas peinlicher Nachgeschmack bleibt an der BÄK hängen, weil die Abschaffung der Akademie mit den Kosten begründet wurde, die in Bezug auf alles, was die BÄK sonst so ausgibt, äußerst gering sind und im Wesentlichen sowieso von den Landesärztekammern getragen werden.

Auch wenn wir auf dem kommenden Ärztetag die Weiterbildung nur als Sachstandsbericht behandeln werden, werden wir uns mit diesem Thema kontinuierlich und eingehend beschäftigen müssen. Wenn wir, wie in Bremen, erleben, dass Kammern es ermöglichen, dass die Facharztbezeichnung „Allgemeinmedizin“ auch erworben werden kann, wenn man mit diesem Fach nie etwas zu tun gehabt hat, dann heißt es: Lieber doppelt aufmerksam sein!

Vor allem müssen wir darauf achten, nicht weitere Kompetenzen an gebietsärztliche Fachdefinitionen abzugeben. Im Gegenteil, die Entwicklung der Medizin und der Medizintechnik muss unser Tätigkeitspektrum wieder erweitern. Die Weiterbildungsordnung ist eben immer auch in Bezug auf die späteren Abrechnungsmöglichkeiten zu sehen.

Dass die Bundesärztekammer für die Allgemeinmedizin die richtigen Antworten auf die Herausforderungen für die hausärztliche Medizin gibt, darauf würde ich mich jedenfalls nicht verlassen.

Darüber hinaus werden wir über unsere AG Ärztekammer auch besser als früher dafür sorgen, dass Landesärztekammern nicht – wie seinerzeit den Beschluss von Rostock – mögliche Erfolge auf dem Deutschen Ärztetag konterkarieren können!

Liebe Kolleginnen und Kollegen - das sind also die Angebote der Selbstverwaltung. Wenn wir das bilanzieren, dann sehen wir wenig zukunftsfähiges, aber viel Ratlosigkeit. Und: Das sehen nicht nur wir so! Wir müssen uns als Hausärzte fragen: Sind das die Antworten, die wir für

unsere Patienten und uns selbst wollen? Und: Haben wir denn selbst Antworten auf die oben gestellten Fragen?

Wir haben schon vor der Jahrtausendwende begonnen, unsere strukturellen Gedanken in praktische und pragmatische Konzepte zu gießen. Die heute so offensichtlichen Trends zeichneten sich schon damals ab, ob nun die demografische Entwicklung oder die Notwendigkeit, die hausärztlichen Praxen zu sichern und zukunftsfest zu machen. Die zunehmende Facharztdichte, die Honorarentwicklung im Kollektivvertrag, all das war doch schon absehbar und ist nichts, was in den vergangenen Monaten aus dem Nichts über uns eingebrochen ist.

Zwei Dinge standen damals für uns im Vordergrund: Eine freiwillige primärärztliche Struktur und die Unabhängigkeit von den facharztominierten Körperschaften (oder den Arbeitsgemeinschaften, wie im Fall der Bundesärztekammer). Wir forderten die Tarifautonomie.

Was haben wir bis heute erreicht? Eine eigene Vertragsstruktur mit einem für Hausärzte und Versicherte freiwilligen Primärarztssystem mit Einschreibungen der Patienten bei ihrem Hausarzt. Eine faire Bezahlung ohne Abstufungen und Punktwertschwankungen. Nebenbei haben wir über diese Wettbewerbssituation auch die Honorare in der konkurrierenden Kollektivvertragswelt steigern können. Wir haben nicht nur insgesamt knapp 5,8 Millionen Menschen von unserem Konzept überzeugen können, davon gut vier Millionen im von uns selbst organisierten und umgesetzten Vollversorgungssystem, sondern erfahren mehr und mehr auch von denen Anerkennung und Zuspruch, die uns bis dato eher bekämpft hatten. Da spricht der KBV-Vorsitzende von dem geordneten Nebeneinander – ich hoffe, dass dann auch die hindernden Regelungen gegen an der HZV teilnehmende Hausärzte beendet werden! Bei einigen Krankenkassen sehen wir weniger Blockadehaltung. In der Politik sehen wir uns bestätigt, indem der § 73b SGB V seinen festen Platz im Versorgungsteil des Gesetzbuches behalten hat, während die übrigen selektivvertraglichen Regelungen größtenteils im § 140a SGB V zusammengefasst worden sind.

Was uns insgesamt immer mehr Anerkennung einbringt, ist das Gesamtkonzept. So haben wir hausärztliche Honorarordnungen mit den Krankenkassen, wenn auch viele über Schiedsverfahren, vereinbaren können, die nicht nur eine auskömmliche Einkommenssituation schaffen, sondern diese auch ohne ständige Änderungen, Restriktionen und Wertschwankungen nachhaltig sichern. Wir haben über das Institut für hausärztliche Versorgung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) gemeinsam mit dem Verband der medizinischen Fachangestellten das Erfolgsmodell VERAH® ins Laufen gebracht. Über 8.000 dieser besonders qualifizierten Mitarbeiterinnen unterstützen uns mittlerweile in den Praxen. Über die geringe Anzahl der NÄPa's, Agnes und Evas wollen wir lieber den Mantel des Schweigens legen.

Das IhF hat sich zu einem bedeutenden Anbieter und Organisator von kontinuierlicher, berufsbegleitender, hausarztspezifischer Fortbildung entwickelt. Neben den Kongressen in Bad Orb und in Mannheim gibt es – pharmaunabhängig! – inzwischen deutschlandweit und darüber hinaus ein umfassendes Angebot.

Wir haben eine sichere und effiziente Vernetzung zur schnellen, unkomplizierten Abrechnung der Leistungen aufgebaut. Wir haben ein Tool zur Arzneimittel-Therapiesicherheit erarbeitet und lassen dieses in unser AIS-Softwaremodul HPM einbauen. Wir beteiligen uns an einem Telearztprojekt, bei dem die VERAH® mit einem Telemedizin-Rucksack zur Vitaldatenmessung sowie einem Tablet für Videoübertragungen ausgestattet wird. VERAH® werden dann bei Hausbesuchen direkt mit der Praxis verbunden und können so die Entscheidungen des Hausarztes schnell umsetzen.

Wir gehen aber auch über die hausärztliche Versorgungsebene hinaus und haben mit der Pro Versorgung eine Struktur, die gemeinsam mit gebietsärztlichen Facharztverbänden Versorgungspfade vom Hausarzt in die fachärztliche Versorgungsebene inkl. Krankenhaus vereinbart. Knapp zehn solcher Versorgungslandschaften sind inzwischen konzipiert und können hoffentlich bald mit Krankenkassen ins Laufen gebracht werden. Vorreiter ist die Versorgungslandschaft Rheuma, die gemeinsam mit dem Berufsverband der Rheumatologen

umgesetzt und bereits gelebt wird. Die Realisierung der Versorgungslandschaft Diabetes scheitert noch am Widerstand der Krankenkassen wegen des bestehenden DMP-Diabetes.

Viele Facharztverbände bis zu deren Spitzenverband wollen mit uns kooperieren. Sie halten unser Vertragskonzept mit eigenständiger Organisation und Umsetzung, unabhängig von den Körperschaften, für zukunftsweisend und würden es gern kopieren. Damit kann ein Angebot für Versicherte entstehen, das alternativ zum Kollektivvertrag freiwillig gewählt werden kann und über den Hausarzt in die fachärztliche Versorgung führt. Dazu gibt es derzeit Gespräche, die sich zunächst um technische, dann um organisatorische Fragen drehen. Die technischen Fragen stehen dabei bewusst am Anfang, denn wir brauchen eine einheitliche IT-Struktur, um die Kommunikation untereinander möglichst störungsfrei zu organisieren. Gut, dass der Deutsche Hausärzteverband jetzt kraft Gesetzes Mitglied im Beirat der gematik ist, dazu gleich noch Näheres. Als Beleg dafür, wie die Anerkennung und der Wunsch zur Zusammenarbeit gewachsen sind, zitiere ich den vorigen Präsidenten des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), Dr. Wolfgang Wesiack: *Der Hausarztverband hat hier eine Erfolgsstory hingelegt, zu der man nur gratulieren kann. (22.03.2016, Ärzte Zeitung).*

Wenn man sich im europäischen, aber auch außereuropäischen Umland umsieht, wenn man sich die rasante Entwicklung der elektronischen Vernetzung, der Verbreitung der sogenannten Wearables, der Apps und der online-Angebote ansieht, kann man doch nicht allen Ernstes diese Entwicklung an sich vorbeiziehen lassen. Vor lauter Risiken sehen manche die Chancen nicht, die sich aus der technologischen Entwicklung auch für uns ergeben. Wenn wir die Augen verschließen für diese Welt, werden nicht nur die telemedizinischen Möglichkeiten an uns vorbeirauschen. Dabei ist gerade für die zunehmende Arbeitslast in den Praxen die Nutzung der modernen Technologien eine gute Möglichkeit, auch noch ein Leben außerhalb der Praxis zu haben.

Deswegen arbeiten wir mit Macht daran, gute Lösungen für die hausärztliche Praxis zu finden und zur Verfügung stellen zu können. Am liebsten würden wir ein einheitliches Praxissystem anbieten, dürfen wir aber nicht, wegen unserer marktbeherrschenden Stellung

als großer Verband. Wir werden aber nicht aufgeben und eine Lösung finden. Es kann nicht so bleiben, dass die Umsetzung der HZV durch die Praxissoftwarehersteller behindert und verzögert wird. Dazu gibt es inzwischen eine Intervention von betroffenen Krankenkassen und Landesverbänden beim Ministerium.

Weil wir sehen, dass die gematik seit Jahren nicht vorankommt und immer wieder in Selbstblockaden der Beteiligten strandet, treten wir beharrlich dafür ein, dass endlich klare Standards von der Politik vorgegeben werden, also ob nun Rechts- oder Linksverkehr gelten soll. Oder, um in einem anderen Bild zu sprechen: Es muss festgelegt werden, wie die Spurweite der Schienen sein soll, auf der wir unsere Produkte sicher fahren lassen können. Ich erwähne ja nicht zum ersten Mal, dass viele Länder deutlich weiter sind in der Nutzung einer sicheren IT-Infrastruktur!

Anscheinend fallen unsere Argumente auf fruchtbaren Boden: Der Gesetzgeber hat im § 291b SGB V den Deutschen Hausärzteverband (übrigens: als einzigen ärztlichen Berufsverband) aufgrund unserer Rolle als die Spitzenorganisation für die Hausarztzentrierte Versorgung als ein Mitglied des gematik-Beirates eingeführt (*...einem Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgeblichen Spitzenorganisation*). Und ich kann versprechen, dass wir da nicht das stille Mäuschen spielen werden.

Wir brauchen die sichere und diskriminierungsfreie Infrastruktur auch für unser nächstes großes Projekt.

Wir haben mit unserer Argumentation genügend Überzeugungskraft erzeugt, um im GKV-VSG zu erreichen, dass MVZ auch fachgleich betrieben werden können. Wir arbeiten nun mit Hochdruck daran, die Vorteile dieser Regelung für die Kolleginnen und Kollegen zu nutzen. Dafür haben wir uns Partner ins Boot geholt, um das Projekt möglichst rasch auf die Straße zu bringen.

Viele werden fragen, was bringt mir das? Ich glaube, es ist für etablierte Hausärzte wie für Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung ein sehr gutes Konzept.

Ich will das an dieser Stelle kurz erläutern: Das Konzept sieht vor, dass Kolleginnen und Kollegen, die in ihrer eigenen Praxis arbeiten, aber gerne noch einmal etwas Neues beginnen wollen, ihren Sitz zu vernünftigen Konditionen an ein solches Hausarztzentrum übertragen können. Das ist gerade gegen Ende der Berufstätigkeit für viele eine spannende Perspektive. Sie könnten dann, je nach Gusto, voll oder mit reduzierter Arbeitszeit ihre Patienten weiter betreuen. Gleichzeitig könnten jüngere Kolleginnen oder Kollegen als Angestellte in einem solchen Hausarztzentrum arbeiten und ggf. ihre Weiterbildung absolvieren. Auch sie können von flexiblen Arbeitszeiten profitieren. Das ist attraktiv für junge Familien. Eigentlich eine klassische win-win-Situation, denn ältere Praxisinhaber müssten ihre Tätigkeit nicht von heute auf morgen komplett einstellen, sondern könnten den Beruf langsam ausklingen lassen. Junge profitieren von der Erfahrung und können sich weiter entwickeln und ggf. später Partner werden. Darüber hinaus werden die umliegenden Hausärzte kommunikativ eingebunden und wirtschaftlich beteiligt, so dass keine Wettbewerbssituationen entstehen können. Dies ist kein Traum, sondern ein ausgearbeitetes Konzept, welches demnächst erprobt wird. Ich kann mir gut vorstellen, dass dies auch ein Weg für diejenigen sein kann, die im Krankenhaus darüber nachdenken, ob sie wirklich die richtige Weiterbildungswahl getroffen haben. Wenn es uns gelingt, dieses Projekt mit kooperierenden Krankenhäusern durch funktionierende Weiterbildungsverbände zu ergänzen, ist mir nicht mehr so bange, wie wir den zunehmenden Hausärztebedarf decken können!

Richtig attraktiv wird dieses Konzept in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung. Damit fallen die im Kollektivvertrag für MVZ bestehenden Behinderungen nicht so ins Gewicht. Das heißt allerdings auch, dass wir überall nach und nach für Vollversorgungsverträge sorgen müssen!

Das müssen wir eigentlich sowieso! Wir erleben die Etablierung sogenannter „Strukturverträge“, die eigentlich unwürdig sind. Hausärzte müssen ein ordentliches Honorar

für ihre tagtäglichen, auch zu Unzeiten erbrachten Leistungen erhalten und nicht auf Prämien für die Kodierung von Krankheiten zur Besserstellung der Krankenkasse beim RSA angewiesen sein. Vielleicht ist es ein Zufall, vielleicht aber auch nicht, dass die Chroniker-Vergütung jetzt komplizierter ist und unter dem Strich abgesenkt wurde, um Luft für die Kodierverträge zu schaffen.

Verstehen Sie mich nicht falsch: Ich bin keineswegs dagegen, dass die Krankheiten der von uns behandelten Patienten vernünftig dokumentiert und auch kodiert werden. Aber diese reine Krankheitsorientierung ist, ich hatte es oben schon erwähnt, eigentlich der Hausarztmedizin fremd. Wir sind patientenorientiert und auch froh, wenn es nicht zu einer schweren Diagnose kommt, sondern wenn wir diese Entwicklung rechtzeitig stoppen oder lindern konnten!

Die international anerkannte und vernünftige Hausarztsteuerung des Gesundheitssystems – soweit die Steuerung notwendig ist! – in andere Hände zu legen, wird die Qualität nicht verbessern, dafür aber die Kosten erhöhen und die Patienten in Umwege führen. Deswegen bleiben wir dabei: Der Versicherte soll frei wählen können, wir wollen niemanden zwingen! Allerdings sollte man darüber nachdenken dürfen, ob Versicherte, die den effizienteren Weg wählen, nicht auch von diesem Effizienzgewinnen profitieren dürfen. Ein Modell, das wir natürlich wieder mit unserer Partnerkrankenkasse AOK Baden-Württemberg anbieten, tut dies durch Zuzahlungsbefreiung bei Medikamenten. Das kann Vorbild für weitere Anreize zugunsten von Versicherten sein, die sich dafür entscheiden, an einer strukturierten Versorgung, die durch den Hausarzt koordiniert und gesteuert wird, teilzunehmen.

Ich möchte noch einmal auf meine Eingangsbemerkungen zurückkommen: Ja, ich bin davon überzeugt, dass wir in der Tat Antworten auf die Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung unserer älter werdenden Bevölkerung haben. Ich bin davon überzeugt, dass diese Antworten die besseren sind. Und ich bin nicht der Einzige, der das so sieht. Die Alternativen für uns Hausärzte liegen auf dem Tisch! Jetzt liegt es an uns, diese Antworten zu nutzen und weiter mit Leben zu füllen.

Damit bleibt mir nur noch der Ausblick auf die kommenden Ereignisse. Über den Ärztetag hatte ich berichtet. Dort steht die Nachwahl für Frau Lundershausen an, die Präsidentin in Thüringen geworden ist. Wir wollen dort eine hausärztliche Kandidatin ins Rennen schicken.

Die KVen und die KBV stehen vor Wahlen zu den Vertreterversammlungen und Vorständen. Die Landesverbände versuchen, eine möglichst gute Besetzung der VVen mit Hausärztinnen und Hausärzten zu erreichen. Wir wollen dafür sorgen, dass auch diejenigen das Wahlrecht bekommen, nicht in Vollzeit tätig sind. Wir müssen in den Gremien der Selbstverwaltung stark sein, denn eine scharfe Kontrolle ist dort dringend geboten. Wer die KBV-Spitze bilden soll, ist noch offen, Kandidaten sind schon unterwegs, aber wir haben keine Not, uns als Verband jetzt schon zu positionieren.

In der Politik zeichnet sich der Wahlkampf für 2017 immer deutlicher ab. Das wird nicht ohne Einfluss auf die Gesetzgebung bleiben. Wir, auch das sei an dieser Stelle noch einmal betont, äußern uns zu Gesetzen, wenn sie da sind und jubilieren nicht in aller Öffentlichkeit, bevor die Fakten auf dem Tisch liegen; vorher geben wir unsere Stellungnahmen im Sinne unserer Mitglieder ab, verzichten dabei aber auf Radau. Das hat sich bewährt, diesen Weg werden wir weitergehen.

Ich möchte es am Ende nicht versäumen, an dieser Stelle dem Hausärzteverband Baden-Württemberg ganz herzlich zu seinem 50 Jährigen Bestehen zu gratulieren!

Bei Ihnen liebe Kolleginnen und Kollegen möchte ich mich für Ihre Aufmerksamkeit und Ihr Engagement bedanken. Mein besonderer Dank gilt natürlich auch unseren engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich mit viel Elan für unseren Verband einsetzen und auch in diesem Jahr die Frühjahrstagung so hervorragend organisiert haben.

Ich freue mich jetzt auf die Diskussion und bedanke mich herzlich!