

Sperrfrist: 19.04.2013, 15.30 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 Hausärzterverbandes
am 19./20. April 2013 in Wolfsburg**

Ulrich Weigeldt
Bundesvorsitzender
des Deutschen Hausärzterverbandes

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

wir treffen uns heute hier in Wolfsburg zur letzten regulären Delegiertenversammlung vor der Bundestagswahl. Der Deutsche Hausärztetag wird sich dann bereits mit den feststehenden Wahlergebnissen befassen können. Er findet nur wenige Tage nach dieser Bundestagswahl statt, wobei ich betonen möchte, dass unser Termin früher festgelegt wurde. Zufall?

Nein im Ernst, der Ausgang dieser Wahl ist schwer vorherzusagen. Die letzte Frühjahrstagung in Hamburg sah noch die Piraten als frische Partei im Aufwind, die sich jetzt allerdings auf dem steinigen Boden der Tatsachen bei um die drei Prozent wiederfinden. So einfach ist es eben nicht, ein etabliertes System aufzumischen. Dazu braucht es schon ein klares Programm und innere Geschlossenheit. Damit will ich nicht für eine Hausarztpartei werben, aber eine klare Linie und innere Geschlossenheit zeichnen den Deutschen Hausärzterverband aus und sind die entscheidenden Erfolgsfaktoren.

Zurück zur Politik: Wie die Piraten sich im Niedergang befinden, so kommt die FDP langsam aus ihrem Umfragetief wieder heraus und es wird allgemein mit einem Überspringen der Fünf-Prozent-Hürde bei der Bundestagswahl gerechnet. Ob der Kanzlerin-Bonus der Union in der Höhe der derzeitigen Umfrage-Ergebnisse bis September anhält ist ebensowenig vorherzusagen wie letztlich das Abschneiden der SPD. Lediglich die Grünen scheinen stabil zu liegen.

Was uns angeht, ist ganz entscheidend, wie die Freien Verträge der Hausarztzentrierten Versorgung aber auch der fachärztlichen Versorgung bis in die stationäre Versorgungsebene unterstützt werden. Wir freuen uns darüber, dass die SPD zielgerichtet, wie schon in Hamburg beschrieben, bei der Aussage bleibt, den § 73b SGB V wieder von dem unseligen Absatz 5a zu befreien, und zwar ohne Wenn und Aber. Diese Haltung sehen wir auch bei der CSU. In der CDU argumentieren wir vor allem auch mit den positiven Ergebnissen aus der Evaluation der ersten zwei Jahre des HZV-Vertrages mit der AOK Baden-Württemberg, um sie ebenfalls davon zu überzeugen, dass der Absatz 5a im § 73b SGB V hindernd ist und eigentlich auch aus der Sicht eines Wirtschaftlichkeitsgebotes überflüssig, da dieses ja bereits im ersten Absatz beschrieben ist. Die von den bayerischen Kollegen initiierte und von mehr als 150.000 Menschen unterschriebene und eingereichte Petition sollte uns dabei helfen. Am Montag erreichte uns die Pressemitteilung des bayerischen Gesundheitsministers Huber mit folgendem Titel: „Staatsregierung steht an der Seite der Hausärzte“, die den Start einer Bundesratsinitiative zu Hausarztverträgen und zur Abschaffung des Absatzes 5a bekannt gibt. Diese große Unterstützung beweist den enormen Einsatz des bayerischen Hausärzterverbandes mit Dieter Geis an der Spitze und verdient unseren ausdrücklichen Dank!

Die Grünen sind auch bereit, den Absatz 5a zu streichen, allerdings bestehen sie auf einer Verknüpfung, die sich einer rationalen Logik entzieht und eher den interessierten Standpunkt einiger größerer Kassen darstellt. Wie Biggi Bender von den Grünen auf dem Podium des baden-württembergischen Hausärztetages dargelegt hat, soll im gleichen Atemzug die Verpflichtung der Krankenkassen fallen, ihren Versicherten die Vertragsalternative anbieten zu müssen. Eine nahezu identische Auffassung hört man von der FDP.

An dieser Stelle muss ich aber ein Novum vermelden: Eine von uns vielfach beklagte Serie ist zu Ende gegangen. Mit Daniel Bahr hat uns erstmalig ein FDP-Gesundheitsminister die Ehre gegeben und am Neujahrsempfang nicht nur ein Grußwort gehalten, sondern sich auch an den folgenden Diskussionen sehr aktiv beteiligt. Das sei hier ausdrücklich erwähnt.

Doch zurück zur Politik. Ehe ich noch einmal auf den § 73b SGB V und die Freien Verträge nach § 73c und 140a ff im SGB V zurückkomme, möchte ich Ihr Augenmerk kurz auf die noch anstehenden Gesetze und den Schwerpunkt der Gesundheitspolitik der nächsten Legislatur lenken.

Um mit letzterem zu beginnen: Wir müssen davon ausgehen, dass vor allem die Krankenhausfinanzierung und -planung das Kernthema der nächsten Reformgesetzgebung sein werden.

Wer die Presse der letzten Zeit aufmerksam verfolgt hat, wird festgestellt haben, dass bereits jetzt insbesondere der Krankenhaussektor thematisiert wird. „OECD verschreibt Kliniken Wettbewerb um Qualität“ titelt die F.A.Z. am 8. April, Gesundheitsminister Bahr eröffnet am 11. April eine Konferenz zum Thema „Mengenentwicklung im Krankenhausbereich“ und will Krankenhäuser belohnen, die zurückhaltender bei Operationen vorgehen, berichtet die WELT. Die F.A.Z. kommentiert am selben Tag „Die Krankenhäuser müssen besser werden“. Diese Debatte wird unterlegt mit Zahlen: 63 Milliarden Euro und damit ein Drittel der Gesamtausgaben verbraucht der Krankenhaussektor. Wir haben nach Japan und Korea die höchste Bettendichte mit 8,3 Betten pro 1.000 Einwohner und die Zahl der Krankenhausbehandlungen liegt in Deutschland nach Österreich auf dem zweiten Platz bei 240 je 1.000 Einwohner, der OECD-Durchschnitt liegt dagegen bei 155! Diese Vergleiche ließen sich fortsetzen. Auch die hohe Krankenhausdichte mit insgesamt über 2.000 Häusern ist eine auffällige Marke. Unberücksichtigt bleibt bei diesen Vergleichen, und das vermerkt die F.A.Z., dass die Vergleichsländer in der Regel über kein so ausgefeiltes System der ambulanten fachärztlichen Versorgung verfügen wie Deutschland. Die auffällig hohe Zahl von Knie- und Hüftoperationen oder invasiver kardiologischer Diagnostik beschreibt nicht mehr allein der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen als Fehlversorgung, sondern mittlerweile auch die Ta-

gespresse. Die über steigende Kosten und drohenden Ruin klagenden Krankenhäuser sollen von der Regierung jedoch wieder mit etwa einer Milliarde Euro gefüttert werden. Die Problematik ist uns Hausärzten soweit schon länger bekannt, die zunehmend starke Medienpräsenz dieses Themas deutet auf einen sich verdichtenden Handlungsbedarf.

Damit schließt sich eigentlich der Kreis zum Thema Freie Verträge, die im Übrigen auch von etlichen Kommentatoren und Akteuren für den Bereich der Krankenhäuser gefordert werden, in dem derzeit ja ein Kontrahierungszwang besteht.

Mit einer qualitativ guten Primärversorgung als Basis, wie wir sie nachgewiesenermaßen in der HZV darstellen können, mit daran anschließenden Versorgungsverträgen mit den ambulant tätigen Fachärzten und dem stationären Bereich, können Qualität und Effizienz unseres Gesundheitswesens gleichermaßen gesteigert werden. Wir haben dafür mit den Versorgungslandschaften (Diabetes, Rheuma, Pflege, Schmerz, Demenz) eine Blaupause entwickelt, wie die verschiedenen Sektoren miteinander vernetzt kooperieren. Diese Versorgungslandschaften zeichnen sich besonders dadurch aus, dass sie – gemeinsam mit den betroffenen Fachgruppen bzw. der Pflege – von der Versorgung unserer Patienten ausgehend gedacht und entwickelt wurden. Dabei ging es einmal nicht um Verteilungsgerechtigkeit, Erhalt von Strukturen, Klientelpolitik, sondern um die bestmögliche Versorgung und Lösung von Patientenproblemen. Und ich muss Ihnen sagen, dieses Zusammenwirken mit den unterschiedlichen Fachgruppen macht Spaß, weil wir die Versorgung, die Schnittstellen, die wechselseitige Information eben nicht durch die Honorarverteilungsbrille vernebelt diskutieren!

Wir haben über die – aus unserer Sicht – völlig unangebrachte Verknüpfung von Streichung des unseligen Absatzes 5a aus dem § 73b SGB V nachgedacht und sind zu der Erkenntnis gekommen, dass eine solche Verpflichtung für alle Krankenkassen, ihren Versicherten eine Wahlalternative über alle Sektoren – hausärztliche, fachärztliche und stationäre Versorgung – anzubieten, eigentlich der logische Weg wäre. Damit können die Versicherten sich für einen zweiten Weg entscheiden, wenn sie wollen. Sie können natürlich auch im Kollektivvertragssystem bleiben, ohne irgendeine Entscheidung treffen zu müssen. Diese Entscheidung des Versicherten müsste wie bisher in den Freien Verträgen auch revidiert werden können. Bislang gibt es mit der Privaten Krankenversicherung eine Wahlmöglichkeit nur für Versicherte, die über der Beitragsbemessungsgrenze liegen. Eine Entscheidung, die in der Regel allerdings nicht reversibel ist und zu Systembrüchen führt.

Eine Abschaffung der Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten ein Angebot für eine Hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, würde uns um circa 10 Jahre zurückwerfen.

Weil der damals bereits bestehende § 73b SGB V – bis auf die AOK Baden-Württemberg – von keiner Kasse umgesetzt worden ist, kam ja die Verpflichtung ins Gesetz. Bei einem Rückfall in die alte Zeit würden die Versicherten in weiten Teilen Deutschlands, in denen sie sich bisher in HZV-Verträge einschreiben konnten, auf den Kollektivvertrag zurückgeworfen, der in der Versorgungsqualität nach den Evaluationsergebnissen aus Baden-Württemberg das HZV-Niveau nicht erreicht. Das kann eigentlich keiner wollen.

Unsere Position ist klar: Ersatzlose Entfernung des Absatzes 5a, Ausdehnung der Verpflichtung für die gesetzlichen Kassen zum Angebot mindestens einer sektorübergreifenden Versorgungsalternative!

Noch ein letztes Wort zu der Verpflichtung, die vielen Kassenvorständen ein Dorn im Auge ist: Man kann nicht als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Vorteile der Staatsbindung in Anspruch nehmen, die gesetzlichen Vorgaben und Verpflichtungen auf der anderen Seite jedoch ignorieren. Die Erfahrung zeigt, dass die Körperschaften, anders als freie Unternehmen, eben diese Vorgaben und Verpflichtungen brauchen, um substantielle Änderungen des Status quo zu bewirken. Wir hätten im Übrigen nichts dagegen, wenn die Verpflichtung durch eine unmittelbare Zuweisungslogik aus dem Gesundheitsfonds unterstützt würde.

Gestatten Sie mir noch ein Wort zur Abschaffung der Praxisgebühr: Ohne das jetzt näher zu diskutieren, finde ich es doch bemerkenswert, dass das ursprüngliche Ziel dieses Instrumentes, die Steuerung im Gesundheitswesen zu stärken, so mir nichts dir nichts mit über Bord gegangen ist. Damit bleibt doch nur noch der § 73b, oder?

Es ist richtig, die übermäßige Verschuldung von säumigen Beitragszahlern gesetzlich zu begrenzen. Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass dem Beschluss des Bundesgerichtshofes folgend, das Thema Korruption gesetzlich geregelt wird. Es muss aber scharf darauf geachtet werden, dass hier nicht das Kind mit dem Bade ausgeschüttet, sondern Augenmaß bewahrt wird. Es darf nicht zur Kriminalisierung eines ganzen Berufsstandes kommen, weil einige ihre Gier nicht im Zaum halten können. Eine gesetzliche Regelung ist allerdings auf jeden Fall sinnvoller, als die von BÄK-Präsident Montgomery geforderten polizeilichen Rechte für die Ärztekammern.

Es soll noch ein Präventionsgesetz geben, das die § 20-Mittel etwas aufstockt. Es ist ja immer wieder zu beobachten, dass etwa ein Dreivierteljahr vor der Bundestagswahl das Thema Prävention einen plötzlichen Aufschwung erfährt, der aber ebenso regelmäßig jäh endet, wenn es um die praktische Umsetzung geht. Leider wird auch dieses Gesetz in seiner Wirkung überschaubar bleiben. Wenn nicht evaluierte Präventionsprogramme der Kassen auch

zu Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds führen. Bislang gibt es nur Geld gegen Krankheit, um es auf einen kurzen Nenner zu bringen. Damit gibt es dann auch Krankheit; man bekommt gemeinhin das, wofür man bezahlt. Eine kleine Änderung der Zuweisungslogik kann große Änderungen im Gesundheitswesen herbeiführen, wie auch weiter vorn schon erwähnt. Man muss sich halt trauen!

Auch wenn es reizt, diese Themen noch tiefer zu beleuchten, will ich es dabei erst einmal bewenden lassen und mich einem zweiten großen Thema zuwenden, das Ärzte im allgemeinen und Hausärzte besonders immer wieder in hitzige Diskussionen treibt – ja, es handelt sich um die nächste Reform eines Gebildes namens EBM.

Um gleich zu Anfang den mitunter kursierenden und von interessierter Seite in die Welt gesetzten Gerüchten die Grundlage zu entziehen, und das sage ich an dieser Stelle nicht zum ersten Mal und werde es sicher immer mal wieder konstatieren: Wir, der Deutsche Hausärzterverband, sein Vorstand und sein Bundesvorsitzender sind sehr daran interessiert, die Einkommenssituation der Hausärztinnen und Hausärzte für den Bereich des Kollektivvertrages endlich auf eine angemessene Höhe zu bringen und arbeiten dazu auch gerne mit allen Kräften in den KVen und KBV, insbesondere den in der KV-Welt Verantwortung tragenden Hausärztinnen und Hausärzten für dieses Ziel zusammen. Allerdings, und das sage ich hier auch ganz klar, wir sehen diese Zusammenarbeit nicht als Einbahnstraße mit der Entgegennahme von Verkündigungen! Wir erwarten, dass konstruktive Kritik als solche auch ernst genommen wird. Ich empfehle schon, die im Hausärzterverband vorhandene, aus vielen Jahren und Jahrzehnten Honorarpolitik gespeiste Expertise auch zu nutzen und nicht als mangelndes Verständnis oder beabsichtigte Verunsicherung abzutun.

Wir werden sicher noch darüber sprechen – und ich will die Diskussion nicht vorwegnehmen – aber ich will hier trotzdem unsere Position noch einmal erläutern:

Die erste und auch für die zukünftige Honorarentwicklung bedeutende Forderung ist die Trennung und getrennte Weiterentwicklung der Gesamtvergütung ohne Hintertürchen, Tricks und doppelte Böden! Die zu Unrecht aus dem hausärztlichen Topf mitfinanzierten Vorwegabzüge insbesondere zur Stützung von Psychotherapie und O III-Labor müssen zurückgeführt werden. Es gibt dabei ein Kompromissangebot der hausärztlichen KV-Vorstände, sich auf die Zeit ab 2010 zu beschränken, welches wir ohne Wenn und Aber mittragen. Das ist die Grundvoraussetzung zur Sicherung des hausärztlichen Honoraranteils für die Zukunft! Die Forderung der nachhaltigen und endgültigen Trennung der Honoraranteile in Euro erheben wir seit mehreren Jahren und es ist nun an der Zeit, sie zu erfüllen! Zukünftige Abflüsse für fachärztliche Leistungen durch Vorwegabzüge müssen ausgeschlossen sein. Auch da sehen wir uns mit unseren hausärztlichen Vertretern in den KVen und KBV einig. Die Bedin-

gungen der Honorartrennung sind das entscheidende Thema zur Sicherung adäquater hausärztlicher Honorare. EBM-Reformen verteilen hausärztliches Honorar um, schaffen aber grundsätzlich kein neues Honorar! Einige fachärztliche KV-Altvordere träumen davon, Leistungsmengenverlagerungen vom hausärztlichen in den fachärztlichen Bereich nachweisen zu können. Mit den Einzelleistungs-EBM-Kapiteln der Fachärzte entsteht der Irrglaube, ein paar mehr hausärztliche Einzelleistungen würden diesen perversen Wettbewerb zu unseren Gunsten entscheiden. Abrechnung hat nichts mit der tatsächlichen Versorgungslast der Versorgungsebenen zu tun. Hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsauftrag sind komplett unterschiedlich und somit nicht vergleichbar. Die Evaluationsergebnisse aus Baden-Württemberg zeigen deutlich eine Leistungsmengenverlagerung, weg von den Fachärzten, hin zu den Hausärzten. Dies war im Übrigen messbar auch und gerade in einem pauschalierten Honorarsystem. Wir werden diese Daten aber nicht zum innerärztlichen Honorarklau verwenden. In den Freien Verträgen verbessern wir die Patientenversorgung. Durch eine konsequente Trennung und eigenständige Weiterentwicklung der jeweiligen Gesamtvergütung, ohne Hintertüren, wäre auch das KV-System durchaus zukunftsfähig. Kommt wieder nur ein fauler Kompromiss zustande, werden die Hausärzte auch weiterhin durch die fachärztlichen Mehrheiten in unserer Körperschaft „gemolken“.

Genau und verlässliche Aussagen zu der so genannten Währungsreform, d. h. die nominelle Erhöhung des Orientierungspunktwertes auf 5,11 Cent bei Absenkung der entsprechenden Punktzahlen der Leistungsbewertung zum Erreichen der geforderten Kostenneutralität sind bislang nicht zu erhalten. Auf ein Problem möchte ich dabei schon hier dennoch hinweisen: Eine Absenkung der Punktbewertungen kann bei den hausärztlichen Leistungen, wie beispielsweise Hausbesuchen oder Gesprächsleistungen, nicht zu einer Absenkung so genannter Plausi-Zeiten führen. Die Absenkung dieser Zeiten könnte allerdings zu einer Mengensteigerung bei den entsprechenden technischen Leistungen führen. Ob das dann ohne Konsequenzen für den Trennungsfaktor bleiben wird, wenn die Honorartrennung nicht abschließend geregelt ist, ist zu bezweifeln!

Es geht um mehr Honorar für die Hausärzte, nicht zuletzt auch zur Steigerung der Attraktivität des Berufes für den Nachwuchs im Vergleich zu anderen Fächern und der Arbeitsleistung angemessen. Dafür stehen nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012 bekanntlich 250 Mio. Euro bereit, zweckbestimmt für die Förderung der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung durch die hausärztlichen Praxen. Diese Mittel werden bislang auch ohne Existenz entsprechender EBM-Positionen ausgezahlt. Das könnte aber bereits nach dem 1. Juli vorbei sein, wenn diese Positionen bis dahin nicht vereinbart sind. Deshalb haben wir uns dafür ausgesprochen, diese EBM-Positionen als Sofortmaßnahmen zu vereinbaren und die hausärztliche Grundpauschale, wie bei den Fachärzten, zu

erhöhen. Dafür braucht es keinen neuen EBM. Dieser ist jetzt ja in der Planung bereits auf den 1. Oktober dieses Jahres verschoben.

Zum EBM ist eigentlich alles gesagt, aber ich will hier noch einmal betonen, dass die Forderung „Keine neue Leistung ohne neues Geld“ ja immer noch Bestand hat. Gleichzeitig sehen wir aber mit der Bestimmung des Knöchel-Arm-Index mindestens eine neue Leistung, ohne entsprechende Gegenfinanzierung. Über den Zuwachs an Komplexität in dem Versuch, die Amortisation von Geräten zu fördern, will ich hier gar nicht lange sprechen, aber ich kann nicht nachvollziehen, wie das zu neuem Geld führen soll.

Seit über 30 Jahren mache ich Berufspolitik. Bei jeder EBM-Reform hieß es immer, damit würde die Unterfinanzierung dargestellt, dadurch käme mehr Geld ins System. Die zweite Botschaft, die jede EBM-Reform bisher begleitet hatte und jetzt wieder beschworen wird, hieß: jetzt kehre endlich Gerechtigkeit ein. EBM-Reformen kommen und gehen und werden mit großen Emotionen diskutiert.

Aber stets musste gravierend nachgesteuert werden, weil es zu nicht prognostizierten Verwerfungen kam. Man könnte den Eindruck gewinnen, dass das Bild des „zu kurzen Tischtuchs“ passt. Jede EBM-Reform zieht das Tischtuch auf eine andere Seite – das Gejammer ist dann auf der blanken Seite des Tisches groß. Am Ende bleibt die Analyse stets gleich: Das Tischtuch ist zu klein!

Es ist ja zu begrüßen, dass die Vorteile der HZV jetzt auch im KV-System anerkannt werden und man versucht, Teile dieses Honorarsystems zu übernehmen, man darf nur nicht vergessen, dass der entscheidende Unterschied darin besteht, dass die Gesamtvergütung immer ein Budget darstellt, in dem einvernehmlich vereinbarten HZV-Verträgen die anfallenden Leistungen bezahlt werden, ohne Abstufungen, komplizierte Mengenerrechnungen und Fallzahlbegrenzungen.

Die hausärztliche Grundversorgung wird in ihrer Qualität ex ante beschrieben und Hausärztinnen und Hausärzte können an den Verträgen teilnehmen, wenn sie die Anforderungen erfüllen oder erfüllen wollen – dazu gibt es in der Regel Übergangsbestimmungen. Das ist im Kollektivvertragssystem schwieriger. So ehrenwert und nachvollziehbar die Idee ist, das hausärztliche Honorar auf die tatsächliche hausärztliche Versorgung zu konzentrieren und Trittbrettfahrerei auszuschließen, so schwierig ist der Versuch, das über den EBM und vor allem die Änderung des Anhangs 5 des Bundesmantelvertrages (der s. g. Hausarztvertrag) lösen zu wollen. Wir haben den jetzigen Entwurf durch einige Versorgerpraxen testen lassen und sehen die Gefahr einer unkalkulierbaren Umverteilung. Es könnten vor allem auch große

Hausarztpraxen mit Komplettversorgung nachhaltig getroffen werden. Viele derjenigen, die es zu fördern gilt, werden Honorarverluste hinnehmen müssen. Zur Lösung der Probleme im Kollektivvertrag bedarf es Korrekturen an der Zulassungsverordnung, um Umwidmungen von hausärztlichen Sitzen in fachärztlich-internistische Schwerpunkte zu verhindern. Die komplexe Problematik von Gemeinschaftspraxis und/oder Praxisgemeinschaft muss ebenfalls auf den Prüfstand. Das ist alles nicht einfach und nicht mit einem Federstrich zu erledigen, aber m. E. unvermeidlich.

Ein Hausarzt, der einen palliativ versorgten Patienten wegen dessen Medikationsvielfalt gegen Schmerzen mit Akupunktur unterstützen muss, soll Honorareinschränkungen hinnehmen, wie der Hausarzt, der bei der Behandlung eines drogenabhängigen HIV-Patienten die Substitution neben der Grundbehandlung durchführt, ebenfalls. Wollen wir diese Fälle nicht in der hausärztlichen Versorgung halten? Die Charakterisierung hausärztlicher Leistungen im Bundesmantelvertrag als „atypisch“ – im Übrigen ohne Abstimmung mit der BÄK – ist ein gefährliches Unterfangen. Die ersten Facharztstimmen werden laut, daraus einen neuen K.O.-Katalog zu entwickeln. Damit eröffnen wir den Kassen, mit denen der BMV ja vereinbart wird, den Weg die hausärztliche Versorgung in ihrem Umfang mitzubestimmen. Das mag jetzt kein abgeschlossener Katalog sein, Leistungen mögen beispielhaft erwähnt sein, aber das kann sich im Verlauf alles ändern. Wir kämpfen bei der Muster-Weiterbildungsordnung, auf die ich noch an anderer Stelle zu sprechen komme, darum, die hausärztliche Leistungsbreite nicht einschränken zu lassen und sollen hier zustimmen? Um es noch einmal deutlich zu sagen, die Absicht ist verstanden, richtig und akzeptiert, aber der vorgeschlagene Weg muss noch diskutiert werden.

Es gibt einen weiteren Grund, mit äußerster Vorsicht und Bedacht Änderungen am EBM und BMV vorzunehmen.

Nicht nur wir haben erkannt, dass die Selbstverwaltung im letzten Jahr kurz vor dem Kollaps, vor dem Systemversagen stand. Weil die Parteien im Bewertungsausschuss meilenweit auseinanderlagen und keinen Kompromiss gefunden hatten, musste Schiedsman Wasem mit seinen unparteiischen Beisitzern schließlich die Beschlussfassung durch einen Schiedsspruch ersetzen. Die dabei festgelegten 0,9 Prozent Zuwachs auf Bundesebene wurden zunächst lautstark angeprangert. Schließlich hat man sich arrangiert und auch die angekündigte Klage fallen lassen. Es spricht viel dafür, dass die nächste Verhandlungsrunde nach gleichem Muster erfolgt. Damit muss keine Seite irgendwo nachgeben, man hat gekämpft wie die Löwen, aber der Schiedsman hat nun mal gesprochen. Dies ist nicht nur eine vogelige Idee des Hausärzterverbandes, sondern eine inzwischen aus vielen Quellen zu hörende Einschätzung des weiteren Verlaufes. Und so gilt das so genannte Struck'sche Gesetz auch

hier: kein EBM und keine Honorarforderung kommt so aus dem (Erweiterten) Bewertungsausschuss heraus, wie es hereingekommen ist!

Ich muss wohl nicht betonen, dass es in einer Zeit der Honorarverhandlungen nicht besonders hilfreich ist, über bei einigen KVen liegende nicht abgerufene Honorarsummen zu sprechen.

Diese Entwicklung macht uns nicht glücklich, weil sie die Honorarentwicklung im Kollektivvertrag zumindest für den hausärztlichen Bereich nicht im notwendigen Maß voranbringt. Da hilft gefahrlos, wie bereits erwähnt, nur eine hohe hausärztliche Grundpauschale.

Es verdeutlicht auf der anderen Seite die Notwendigkeit, die Freien Verträge in der Fläche anzubieten. Die Idee, die Vertragsautonomie der Hausärzte zu entwickeln, ist vor nun gut 12 Jahren ja nicht aus Jux und Dollerei entstanden, sondern weil die Erfahrung mit der budgetierten Honorarwelt des Kollektivvertrages zwangsläufig dahin führte. Dass auch fachärztliche Gruppen mehr und mehr an Freien Verträgen Interesse finden, ist nur konsequent, wie zu Anfang berichtet.

Wir bemühen uns, die Vertragsstruktur möglichst einheitlich zu gestalten, wobei wir einen gewissen Spielraum für wettbewerbliche Interessen der Krankenkassen erhalten können. Auch Krankenkassen sind nicht daran interessiert, 17 verschiedene Verträge zu administrieren. Dies hat u. a. auch die IKK classic deutlich gemacht, nachdem sie durch die Fusion zunächst verschiedene IKK-Verträge „geerbt“ hatte.

Ich komme gleich auf die aktuelle Situation unserer Verträge zurück, möchte an dieser Stelle aber einen Gedanken kurz einflechten: Die Kassenlandschaft hat sich zunächst quantitativ, jetzt aber auch qualitativ deutlich verändert. Als ich mich 1983 niederließ, gab es über 1.400 Krankenkassen, regional von der jeweiligen AOK angeführt. Zurzeit haben wir noch etwa 134 Krankenkassen, wobei sich die Vielzahl der BKKen gerade in einem Dachverband organisiert und konzentriert. Der Regionalbezug geht mehr und mehr verloren, die gebietsübergreifende Kasse ist inzwischen die Regel. Das verändert natürlich auch die Verhandlungsposition der einen oder anderen Kassenärztlichen Vereinigung!

Eine Kasse mit klarem Regionalbezug ist die AOK Baden-Württemberg, mit der wir am 8. Mai ein Jubiläum feiern können und werden: fünf Jahre HZV, ein Erfolgsmodell! Fast 4.000 eingeschriebene Hausärzte, fast 1,2 Millionen Versicherte haben sich für die Hausarztzentrierte Versorgung entschieden, bereits eine sechsstellige Anzahl Versicherter haben sich in die fachärztlichen Verträge nach § 73c SGB V eingeschrieben. Damit ist eine Versor-

gungsform neuen Typs eine für die Versicherten wählbare alternative Regelversorgung geworden! Dies kann man den Versicherten in anderen Teilen Deutschlands doch nicht ernsthaft vorenthalten!

Fünf Jahre HZV mit der AOK Baden-Württemberg heißt auch fünf Jahre keine Strukturänderung der Honorarordnung. Es gibt Anpassungen und Modernisierungen, aber dafür braucht es keine EBM-Seminare, die Ärzte können sich auf Medizin konzentrieren. Die Honorare sind in Euro festgelegt, es gibt keine Punktwertschwankungen, keine Regresse. Aktuell wird über eine Anpassung der Honorare und eine Weiterentwicklung der Honorarordnung verhandelt. Ich bin sicher, dass am 8. Mai ein Ergebnis verkündet werden kann, das ohne Schiedsverfahren in Verhandlungen untereinander vereinbart wurde! Alle diese Versorgung begleitenden Beschlüsse der letzten fünf Jahre wurden in einem Lenkungsausschuss einvernehmlich getroffen. Ja, liebe Kolleginnen und Kollegen, so kann es auch gehen.

Natürlich kann es auch in der HZV Schwierigkeiten geben, wie bei der Kündigung der AOK Bayerns erlebt, aber selbst das haben wir durch einen zugegeben sehr rigiden und harten Sparkurs überstanden und stehen nunmehr fast besser da als vorher. Wir haben aus der Situation gelernt, unsere Strukturen angepasst und arbeiten mit Hochdruck daran, noch bestehende Lücken im Service und der Betreuung zu verbessern. Das geht immer langsamer als gewünscht, aber wir sind auf dem Weg.

Nach den letzten Schiedsverfahren können wir sagen, dass wir bis zum Jahresende fast überall Vollversorgungsverträge zur HZV anbieten können, in wenigen Regionen wenigstens add-on-Verträge. Die Verträge mit der AOK in Hessen und in Rheinland-Pfalz laufen an. Sie sind auch unter den Bedingungen des restriktiven § 73b lebbar. Zum 1. Quartal 2013 haben wir 39 laufende Verträge insgesamt, und zwar Vollversorgungsverträge – keine add-on-Verträge! 2014 wird es erstmals in beinahe ganz Deutschland eine flächendeckende hausarztzentrierte Versorgungsalternative für die Patienten geben.

Lassen Sie mich noch einmal zusammenfassend betonen: Die Honorarzuwächse in der HZV werden nicht durch Umverteilung zwischen den Ärzten erzielt, sondern durch zusätzliches, die Bereinigungssummen übersteigendes Geld aus den Kassen!

Der eine oder andere mag gestaunt haben, als KBV-Chef Köhler seine „Wahltarife“ vorgestellt hat. Da waren tatsächlich Ansätze eines Primärarztprinzips zu erkennen. Ein Wort, das sich vor zehn Jahren kaum jemand auszusprechen getraut hat. Es wäre allerdings kein echter Köhler, wenn es nicht einen giftigen Pferdefuß dabei gäbe: Die Wahltarife sind so aufgebaut, dass der Hausarzt zum Billigheimer wird und eine echte Zwei-Klassen-Medizin ent-

steht. Der Hausarzt soll nämlich weiter im Sachleistungsprinzip arbeiten, während in den Tarifstrukturen II und III der Facharzt nach dem Prinzip der Kostenerstattung honoriert wird. Würde, was allerdings sehr wenig wahrscheinlich ist, diese Tarifordnung Wirklichkeit, sind die Folgen leicht zu erahnen: fachärztliche Termine für die Patienten ohne Kostenerstattung rückt in weite Ferne und wer die Kostenerstattung wählt, bleibt schnell auf Differenzbeträgen zwischen fachärztlicher Kostenrechnung und Kassenerstattung sitzen. Das kann es ja wohl nicht sein! Aber es ist wieder ein Beleg dafür, dass die freie Vertragswelt Bewegung in das Altsystem bringt, selbst wenn die Ideen an den Versorgungserfordernissen unserer älter werdenden Gesellschaft mit zunehmender Multimorbidität meilenweit vorbeigehen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

damit möchte ich einen kleinen break machen und daran erinnern, dass die Frühjahrstagung ja auch zur Vorbereitung des Deutschen Ärztetages dient. In diesem Jahr soll in Hannover die Reform oder Weiterentwicklung der Musterweiterbildung vorbereitet werden, um sie 2014 zur Entscheidung vorzulegen. Haben wir im Rahmen der zurückliegenden Reform noch über ein Schwimmbeckenmodell (Kossow) diskutiert, soll jetzt die Festlegung von Kompetenzen gegenüber der Festlegung von Weiterbildungszeiten deutlich gestärkt werden. Dies ist un- eingeschränkt zu begrüßen, weil dadurch die Weiterbildung flexibler und durchlässiger wird. Für die Allgemeinmedizin kann das ohne Weiteres eine Steigerung der Attraktivität ergeben. Wären da nicht die vorgesehene Struktur und das vorgesehene Verfahren zur Füllung der Struktur. Geplant ist ein Pyramidenmodell mit vier Kompetenz-Ebenen von der Kenntnis bis zur Durchführung medizinischer Maßnahmen. Dieses Modell ist entwickelt und sicher auch tauglich für die Beurteilung eines Kompetenz-Levels bei bestimmten einzelnen ärztlichen Verrichtungen; wurde hier aber über alles gestülpt und wird damit ad absurdum geführt. Es werden unweigerlich Äpfel mit Birnen verglichen, wenn in diesem Modell fachärztliche wie hausärztliche Kompetenzen eingetragen werden sollen. Die Besonderheit der Allgemeinmedizin, in der Braun'schen Lehre beschrieben, die Breite des Faches, das unausgelesene Patientengut, um nur ein paar Stichworte zu nennen, ist nicht in gleicher Weise wie in Methodenfächern (Beispiel Radiologie oder Labor) oder Organfächern abzubilden. Es gibt auch keine Notwendigkeit dafür. Das Verfahren soll nun so stattfinden, dass die wissenschaftlichen Fachgesellschaften diese Pyramide in einem BÄK-Wiki füllen sollen und dafür das Schreibrecht erhalten, während die Berufsverbände das dann lediglich kommentieren dürfen. Das lehnen wir ab! Glücklicherweise können wir uns mit der DEGAM einigen, das Schreibrecht gemeinsam auszuüben. Das mag nicht überall so sein, weswegen auch BDI und Hartmannbund mit uns gemeinsam gegen dieses Verfahren in einem deutlichen Brief protestiert haben. Dieses Verfahren, aber auch die Einführung einer völlig untauglichen Struktur, müssen korrigiert werden und das werden wir auf dem Ärztetag massiv einfordern! Auch eine

Verzögerung der Muster-Weiterbildungsordnungen um ein weiteres Jahr wäre kein Beinbruch, jedenfalls besser als ein untaugliches Konzept zu verabschieden!

Einig sind wir uns allerdings mit der BÄK, aber sicher auch mit den Landesärztekammern, dass die Weiterbildungshoheit nicht aus der Kammer in die Welt der durch die Krankenkassen mitbestimmten Selbstverwaltung überführt und im Bundesmantelvertrag präformierend festgelegt wird. Das sei an dieser Stelle noch einmal festgehalten und betont.

Ein weiteres Kammerthema ist die Weiterentwicklung der GOÄ, die allerdings vom BMG erlassen werden muss. In dieser Legislaturperiode ist das nicht mehr zu erwarten. Ob es dann überhaupt noch eine Neuauflage der GOÄ gibt, ist auch vom Ausgang der Bundestagswahl abhängig. Der Ruf nach einer einheitlichen Gebührenordnung ist unüberhörbar. Ob es dazu kommt und wie diese dann aussehen soll, steht noch in den Sternen. Für den hausärztlichen Versorgungsbereich hätten wir jedenfalls den einen oder anderen Vorschlag. Bis dahin versuchen wir in den entsprechenden Gremien die Bestimmungen der GOÄ, soweit sie die hausärztliche Praxis betreffen, zu optimieren.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

lassen Sie mich nach den big points einige Themen anreißen, um über den Stand der Dinge zu informieren.

Im letzten Jahr hatten wir nach eingehender Diskussion beschlossen, die practica durch das IhF zu übernehmen. Ich bin sehr froh, hier berichten zu können, dass das Rezept aufgegangen ist und wir im Herbst circa 1.100 Kolleginnen und Kollegen sowie MitarbeiterInnen zu diesem größten hausärztlichen Fortbildungskongreß begrüßen konnten. Vielen Dank an Michael Mühlenfeld und Robert Festersen mit ihrer tollen Truppe. Dank aber auch an die Familie Mader, die den Übergang hervorragend unterstützt hat. Das ist ein echtes Erfolgsmodell! Auch der zweite Fortbildungskongreß in Mannheim verdient Lob. Dort haben sich Anfang März 570 Teilnehmer eingefunden. Wie auf der practica ist die starke Beteiligung unserer MFAs unübersehbar.

Die Weiterqualifikation von Mitarbeiterinnen zur VERAH wird so gut angenommen, dass ich die Ehre hatte, am 1. März unserer 4.000en VERAH zu gratulieren. 4.000 Versorgungsassistentinnen in den Praxen entlasten den Hausarzt, tragen zur besseren Versorgung unserer chronisch kranken Patienten bei und beweisen, dass für diese Arbeit eben kein neuer Sektor aufgemacht werden muss, der neue Schnittstellenprobleme mit sich brächte und zur weiteren Fragmentierung des Gesundheitswesens führen würde.

Die Zusammenarbeit mit unserer Initiative HausMed entwickelt sich ebenfalls erfreulich: Es haben sich bis jetzt circa 2.000 Ärzte eingeschrieben, etwa 8.000 Versicherte nehmen teil. Besonders hervorheben möchte ich an dieser Stelle, dass die HausMed mit den Coaches „Depression“ und „Bluthochdruck“ mittlerweile im AOK-Vertrag Baden-Württemberg verankert sind. Diese beiden Coaches können über Ziffern abgerechnet werden.

Damit verlassen wir die erfreuliche Seite der IT-Unterstützung hausärztlicher Arbeit und kommen zu einem Thema, das aus unserer Sicht, vor allem aber aus Sicht der Praxen eigentlich endlich mal erledigt sein sollte: die Praxis-EDV. Was hat das mit der VERAH zu tun? Nun, dem Gedanken aus dem letzten Sondergutachten des Sachverständigenrates folgend, kommt die Entwicklung der VERAH als Assistentin **IN** der Praxis dem Modell des medical home nahe und verhindert u. a. eine weitere Datensammlung unserer Patienten außerhalb der Praxis. Wir hatten auch deshalb das KBV/ABDA-Modell kritisiert. Unsere Vorstellung ist, dass die medizinischen Daten der Patienten bzw. der Versicherten in der gewählten Hausarztpraxis liegen und dem Versicherten ermöglichen, sie einzusehen aber auch beim Wechsel des Hausarztes beispielsweise wegen eines Umzuges diese Daten praktisch mitzunehmen, wie auch immer das technisch im Einzelfall gelöst werden kann.

Dies ist bei der Masse der heute in der Praxis eingesetzten IT-Systeme kaum möglich. Dabei handelt es sich ja in der Regel nur um mehr oder weniger weiter entwickelte Programme aus den 80er und 90er Jahren des letzten Jahrhunderts mit hoher Wechselschwelle. Dies wollen wir ändern! Wir haben dazu kontinuierlich berichtet und noch im Herbst war ich der Überzeugung, dass auch die Körperschaft verstanden hatte, dieses Thema mit uns gemeinsam zu gestalten. Die Kassenlandschaft hat ihr Ziel bis heute nicht aufgegeben, über die so genannte GEVKO-Schnittstelle, den Kassentrojaner, die Abrechnung ärztlicher Leistungen direkt bei der Kasse anzusiedeln. Das können wir nicht wollen und die KV-Welt eigentlich auch nicht. Leider haben Altfunktionäre, geprägt von Ideologie und Ablehnung des Hausärzterverbandes, innerhalb des KV-Systems das fertig vorliegende gemeinsame Konzept einer ärztlichen Schnittstellenbeschreibung von Verband und KV-System in letzter Sekunde zerschossen. Das ist schade, denn damit ist eine große Chance der konkreten Zusammenarbeit und Stärkung der Ärzteschaft insgesamt vertan worden. Wir werden das Ziel dennoch nicht aufgeben!

Dazu arbeiten wir eng mit der Deutschen Telekom zusammen und führen intensive Gespräche mit Herstellern von Praxis-IT-Lösungen. Die Zusammenarbeit mit der Deutschen Telekom war ja bereits Thema des Hausärztetages 2012. Die Kooperation folgt dem Prinzip der Gleichberechtigung, aber auch das hatten wir im September des letzten Jahres ja deutlich gemacht.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich gleich ein anderes in irgendeinem der vielen KBV-AK gestreuten Gerücht aufräumen, wir hätten unser HPM, unser Hausärztliches Prüfmodul, an die CompuGroup verkauft: Nur ein Wort: Blödsinn. Lassen Sie sich bitte von solchen über die üblichen Kanäle immer wieder verbreiteten Parolen nicht verunsichern. Wie bereits weiter vorn erwähnt, das Rechenzentrum ist nach der Krise wieder voll handlungsfähig und wir machen uns mit großem Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an die Optimierung der Performance. Hier sind wir noch nicht am Ziel, aber auf dem Weg. Das ist sicher einen Beifall wert. Vielen Dank.

Wir hatten im letzten Herbst auch über das Dispensierrecht für Ärzte diskutiert. Dabei helfen unsere internationalen Verbindungen, die über die UEMO, auf die ich gleich noch einmal kurz zurückkomme, immer fester werden. Neben dem Ausloten der rechtlichen Möglichkeiten befinden wir uns in sehr konkreten Verhandlungen mit nationalen und internationalen Apotheken und Apothekengruppen, wie die Versorgung von Patienten im Notdienst und bei Hausbesuchen, insbesondere an Wochenenden oder nachts sicher gestellt werden kann. Es ist noch zu früh, hier ein abschließendes Bild darzustellen, dazu bedarf es noch ein wenig weiterer Arbeit.

Die UEMO hat im November ihre Generalversammlung in Berlin abgehalten und wir haben die Gelegenheit genutzt, unsere Vertragskonzepte vorzustellen und zu diskutieren. Das Echo war beeindruckend. Wir sehen die meisten europäischen Länder, gerade was den hausärztlichen Nachwuchs angeht, vor die gleichen Probleme gestellt wie wir. Wir sind uns einig, dass diese Probleme nicht durch einen Wanderzirkus von Hausärzten von einem Land ins andere gelöst werden können: der deutsche Hausarzt in die Schweiz, der österreichische nach England, der rumänische nach Deutschland und so fort. Damit verschieben wir die Engpässe nur. Wir wollen eine stärkere hausärztliche Präsenz der UEMO in Brüssel bei der EU erreichen. Die Erfahrung zeigt, dass sich die dort ansonsten akkreditierten ärztlichen Gremien herzlich wenig um die Belange der hausärztlichen Primärversorgung scheren. Dieses Ziel kann ich nun effektiver als neugewählter Vizepräsident der UEMO umsetzen. Ich bin der festen Überzeugung, dass eine Intensivierung der Zusammenarbeit der Hausärzte in Europa dringender denn je notwendig ist. Wir können das nicht anderen Akteuren wie den Krankenkassen oder Apothekern überlassen, die sich längst international vernetzt haben. Die UEMO repräsentiert immerhin fast 500.000 Hausärzte! Die wichtigen Themen sind neben der Nachwuchsgewinnung die Stärkung der Weiterbildung und deren Verankerung im europäischen Recht und die gegenseitige Unterstützung zur Verbesserung der Arbeits- und Honorarbedingungen.

Sie werden die explizite Thematisierung der Nachwuchsgewinnung bisher in diesem Bericht etwas vermisst haben. Das stimmt. Aber ich denke, dass all unsere Aktivitäten auch darauf zielen, nicht nur unseren Hausärztinnen und Hausärzten in der Praxis zu dienen, sondern damit auch die Attraktivität der hausärztlichen Medizin zu steigern und die Niederlassung in der hausärztlichen Praxis zu fördern.

Wir haben außerdem über die „Perspektive Hausarzt“ berichtet, die zumindest in der Politik große Anerkennung findet und unsere Ernsthaftigkeit bei diesem Thema unterstreicht. Natürlich müssen wir weiter um die universitäre Präsenz der Allgemeinmedizin mit Errichtung von Instituten für Allgemeinmedizin kämpfen, aber auch im kleinen sollten wir immer daran denken, dass jede Praxis für Famulanten oder PJler auch eine Botschafterfunktion hat und ganz wichtig für die Entscheidung für unseren schönen Beruf sein kann.

Dieses Ziel sollte uns alle einen, ob innerhalb oder außerhalb der Vertretungskörperschaften. Unser starker Verband bezieht seine Kraft aus dem großen Zusammenhalt und einer klaren Position, die immer die Versorgung unserer Patienten im Fokus hat und ich bekenne hier, dass ich stolz bin, diesen Verband mit unseren wunderbaren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern führen zu dürfen.

Vielen Dank.