

Sperrfrist: 15.09.2011, 13.00 Uhr

DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND



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 15./16. September 2011 in Berlin**

Ulrich Weigeldt
Bundesvorsitzender
des Deutschen Hausärzteverbandes

Bericht zur Lage 2011 des Bundesvorsitzenden, Ulrich Weigeldt

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

heute, am Ende unserer Legislaturperiode gilt es Bilanz zu ziehen über die vergangenen vier Jahre und in die Zukunft zu blicken.

Vorhersagen sind besonders in der politischen Welt mit einem hohen Risiko behaftet und meistens von vornherein zum Scheitern verurteilt. Allerdings hat sich in den vergangenen mittlerweile mehr als 10 Jahren gezeigt, dass auch Rückschläge und politische Ausschläge in die eine oder andere Richtung zwar den Fortschritt hindern können, ihn aber nicht wirklich aufhalten. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Zielbestimmung auf der differenzierten Analyse einer Entwicklung beruht, deren Eintreten kaum zu bezweifeln ist.

Der Deutsche Hausärzteverband hat sehr früh erkannt, dass auf das Gesundheitswesen die jetzt allenthalben kommunizierte demographische Entwicklung mit ihrer Morbiditätslast zukommt. Da wir Hausärztinnen und Hausärzte so nah an den Menschen sind wie sonst keine Berufsgruppe, haben wir dies nicht nur kühl festgestellt, sondern intensiv darüber nachgedacht, wie dieser unabwendbaren Entwicklung zu begegnen ist. Dies hat unsere Linie im vergangenen Jahrzehnt bestimmt. Darin sind wir uns, wenn ich das richtig wahrnehme, insgesamt und über die Zeit völlig einig.

Wenn wir Auseinandersetzungen hatten und haben, dann über den Weg zu einer Lösung, welche die Primärversorgung einer älter werdenden Bevölkerung sicherstellt. Diese Auseinandersetzungen zu führen und in ein konstruktives Handeln umzusetzen, ist die Stärke unseres Verbandes!

Wir haben erkannt, dass die tradierten Strukturen so festgefahren sind und so wenig Flexibilität aufweisen, dass sie weder jetzt noch zukünftig in der Lage sind, dieser Problematik Herr zu werden. Wir haben uns deshalb auf die eigene Kraft besonnen und auf die Tarifautonomie als Wahlalternative für die Bevölkerung aber auch für die Hausärztinnen und Hausärzte gesetzt.

Diese Tarifautonomie ist die immer wieder durch diese Delegiertenversammlung bestätigte Zielbestimmung, an der sich der geschäftsführende Vorstand ausrichtet. Vielleicht kann man an dieser Stelle hinterfragen, ist die Zielbestimmung noch zeitgemäß und vernünftig?

Die Besonderheit der Strategie dieses Verbandes, und darauf können wir stolz sein, ist, dass wir unsere Ziele anhand der Versorgungsnotwendigkeit einer älter werdenden Bevölkerung mit einem zunehmenden Anteil an chronisch Kranken definieren und bestimmen und nicht aus einer strukturkonservativen Strategie des Erhalts einer Organisation oder Körperschaft.

Das Beharrungsvermögen und die Trägheit der tradierten Strukturen haben nach vielfältigen Versuchen der Veränderung zu unserem Entschluss geführt, eine eigene Struktur als Versorgungsalternative neben dem Kollektivvertragssystem aufzubauen. Dies haben wir getan! Und damit haben wir die einzige potentiell flächendeckende Wahlmöglichkeit zum Kollektivvertragssystem geschaffen. Wir haben streng darauf geachtet, dass die Instrumente zur Umsetzung unserer Strategie in unserer Hand bleiben. Wir haben darauf geachtet, dass wir uns ebenfalls streng auf den hausärztlichen Versorgungsbereich konzentrieren, aber der Versorgungsidee folgend, die fachärztliche Versorgung in Kooperation mit MEDI und den Genossenschaften konsequent unterstützen. Diese Strategie halte ich auch in Zukunft für richtig und unverzichtbar. Das ist ein wichtiger Grund, weshalb man eine Übernahme von Tätigkeiten in der Umsetzung der Verträge nicht anderen überlassen sollte. Auch nicht Kassenärztlichen Vereinigungen, mit denen wir sonst hervorragend zusammenarbeiten, wie mit der KV Bayerns, Baden-Württemberg oder auch Mecklenburg-Vorpommern und auch mit vielen anderen. Der KV-Weg kann auf den ersten Blick verführerisch einfach erscheinen. Was spricht dann dagegen, alles oder zumindest die Abrechnung über die KVen abzuwickeln, fragen sich viele Kollegen? Ich sage es Ihnen: Dann sind wir wieder Einflüssen ausgesetzt, die aus dem fachärztlichen Lager kommen, die aus dem gesamten Körperschaftssystem kommen, die nicht der Entscheidungshoheit dieser Delegiertenversammlung und der Landesverbände unterliegen. Darin, diesen originalen Schutzraum für Hausärzte zu verlieren, sehe ich das größte Risiko. Vom Ausbluten der Körperschaft ihrerseits spricht nur noch ein schillernder Laboragent aus Hamburg, der sich um seine Pfründe sorgt. Die KV Baden-Württemberg lebt immer noch und sieht sich nicht in ihrer Existenz bedroht, obwohl der dortige Vertrag mit der AOK schon drei Jahre existiert und mittlerweile um Verträge mit fast allen Kassen ergänzt wurde.

Seit 2004 konkretisieren wir unsere Strategie in der Umsetzung. Begonnen hat es mit dem Barmer-Vertrag, der als Vertrag nach § 140 SGB V angelegt war und die Apotheker als Integrationspartner integriert hatte. Auch wenn dieser Vertrag gerichtlich beendet wurde, war er ein bedeutender Anfang, weil er bewies, dass eine Vertragsstruktur neben dem tradierten Kollektivvertragssystem funktioniert und zwar reibungslos mit über 40.000 Ärzten, 18.000 Apotheken und 2,2 Mio. Versicherten. Man hätte nach dieser Niederlage die Hände in den Schoß legen, die Ungerechtigkeit der Welt beklagen und wie andere lediglich kommentierend das Gesundheitswesen begleiten können. Das ist die Sache des Deutschen Hausärzteverbandes, seiner Landesverbände und seiner Mitglieder nicht!

Der Verband hat dann alles daran gesetzt, die gesetzliche Grundlage für die eigenen Verträge mit den Krankenkassen für eine hausarztzentrierte Versorgung zu klären. Das Gelingen dieses Vorhabens mit der Formulierung des § 73b SGB V durch den Gesetzgeber ist auf eine konsequente Überzeugungsarbeit und klare Haltung des Verbandes und besonders des bayerischen Landesverbandes zurückzuführen.

Gleichzeitig konnte nach konstruktiven Verhandlungen gemeinsam mit den Kollegen von MEDI und mit der AOK Baden-Württemberg der erste flächendeckende Vollversorgungsvertrag das Licht der Welt erblicken und ist heute seit mittlerweile über drei Jahren absolut etabliert und nicht mehr aus der Versorgungslandschaft wegzudenken. Mit den Anschlussverträgen in den fachärztlichen Versorgungsbereich nach § 73c SGB V ist hier vielmehr auch schon die Weiterentwicklung einer strukturierten Versorgung weit vorangeschritten.

So einvernehmlich wie mit der AOK Baden-Württemberg ist kaum ein Vertrag zu verhandeln und bis zum heutigen Tag zu leben. Neben vielen Krankenkassen, die das Gesetz bis heute schlichtweg ignorieren oder nur als unverbindliche Empfehlung auffassen, konnten zumindest einige Verträge durchgesetzt werden, viele nur über Schiedsverfahren. Aber auch die Ergebnisse der Schiedsverfahren werden regelmäßig juristisch bekämpft wie beispielsweise der Vertrag in Hamburg mit der AOK Rheinland-Hamburg. Manche Krankenkassen schrecken auch nicht davor zurück, Versicherte, die sich bei ihrem Hausarzt eingeschrieben haben, mit düster klingenden Botschaften zu traktieren. Die BKK Daimler schreibt ihre Versicherten an und versucht, die hausarztzentrierte Versorgung als Freiheitseinschränkung madig zu machen. Hier steht nicht die bestmögliche, weil strukturierte Versorgung der Versicherten im Vordergrund, sondern der Erhalt des für die Kassen so bequemen Kollektivvertragssystems mit der befreienden Gesamtvergütung. Diese ermöglicht den Kassen ein unbegrenztes Leistungsversprechen zu Lasten der Ärzte, die sich dann in Verteilungskämpfe verstrickt sehen. Das wollen wir nicht mehr!

Die AOK Bayern hat nach heftigen Auseinandersetzungen mit dem bayerischen Landesverband den Hausarztvertrag zum Jahreswechsel gekündigt, in den nicht weniger als 2,5 Mio. Versicherte und ca. 8.000 bayerische Hausärzte eingeschrieben waren.

Dies hat zu einem massiven Rückschlag für die bayerischen AOK-Versicherten, zu dramatischen Honorarverlusten der bayerischen Hausärzte und zu einer Existenz bedrohenden Situation für die ja noch im Aufbau befindliche HÄVG und das damit verbundene Rechenzentrum geführt. Das wird den einen oder anderen Kassenstrategen dazu verführt haben, eine Flasche Sekt aus dem Kühlschrank zu holen.

Dieser Rückschlag hätte für lange Zeit das Aus für eigenständige Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung herbeiführen können. Neben einem harten Restrukturierungsprogramm, in dem wir uns in einem schmerzlichen Prozess auch von etlichen engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern trennen mussten, haben wir auch aus dieser Krise gelernt und die Strukturen so angepasst, dass wir jetzt auf massive Rückschläge besser vorbereitet sind und schneller reagieren können. Dazu werde ich im weiteren Verlauf noch detaillierter berichten.

An dieser Stelle sei nur erwähnt, dass die Talsohle durchschritten ist und sich die hausärztliche Vertragsgemeinschaft und das Rechenzentrum wieder auf einem Pfad nach oben befinden. Mit weniger Personal mussten die in Bayern gekündigten Verträge abgewickelt, die strengeren Auflagen des § 295a im Rechenzentrum umgesetzt und notwendige Übergangsregelungen vertraglich und technisch umgesetzt werden. Dies hat zu vielen Verzögerungen in den Abrechnungen geführt und mancher Arzt war zu Recht unzufrieden, weil er das Gesamtbild nicht gesehen hat. Aber hier in dieser Delegiertenversammlung darf festgestellt werden: Da wurde gut gearbeitet und die Möglichkeit zur Erreichung der Tarifautonomie erhalten! Damit sind wir in der glücklichen Lage, die verbliebenen Verträge umzusetzen. Wir sind auch in der Lage, neu anlaufende Verträge wie mit der TK in Bayern, NRW und Hamburg und mit der IKK classic sachgerecht zu organisieren und abzurechnen.

Für diese Verträge gelten wie für den nun wieder im Schiedsverfahren zu regelnden AOK-Vertrag in Bayern noch die Bedingungen des § 73b SGB V vor dem Inkrafttreten des GKV-FinG.

Erinnern wir uns noch einmal daran wie es zu diesem Wettbewerbs-Stop durch das GKV-FinG gekommen ist. Da drohen Kassen wie die AOK Rheinland/Hamburg, die BARMER, die DAK und eine KKH Allianz mit Milliardendefiziten für das Jahr 2011, 11 Milliarden wurden im Brandbrief dieser Kassen genannt und die Presse hat es gierig aufgesogen. Über 1,5 Mrd. € Verlust wurde allein für die HZV als Drohung formuliert. Damit haben diese Kassen das BMG bewusst in die Irre geführt und es zu einer überstürzten Reaktion getrieben. Es gab nicht wenige in der Politik und den Körperschaften auf Kassen- und Arztseite, denen das gerade recht war, denen der § 73b, der Wettbewerb außerhalb des tradierten Systems schon lange ein Dorn im Auge war. Nur der guten Ordnung halber sei erwähnt, dass sich das Menetekel des Milliardendefizits inzwischen ganz stiekum in ein komfortables Plus auf Kassenseite und im Gesundheitsfonds entwickelt hat. Dass hier die Profis der Kassen mal eben eine ca. 14 Mrd. € schwere Fehlschätzung abgeliefert haben, ist auch dem investigativen Journalismus keine Zeile wert. Aber, wir wollen nicht klagen.

Festzuhalten ist, dass die Politik zu unseren Rückschlägen massiv beigetragen hat und damit auch dazu beigetragen hat, dass die Situation für eine zukunftsfeste Primärversorgung unserer Bevölkerung immer bedrohlicher erscheint. Da hilft es auch wenig, wenn der AOK-Bundesverband in seiner Farbbroschüre „Jahresbericht 2010/2011“ unter dem Motto „Wir zeigen Perspektiven“ auf Seite 13 von hausärztlicher Überversorgung in fast allen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen zu berichten weiß. Das ist, ja ich muss sagen, patientenverachtende Vogel-Strauß-Politik in Reinkultur!

Es ist doch eigentlich gar nicht unsere Aufgabe, aber wer sonst nimmt sie wahr? Wir mahnen seit Jahren an, mit den unwiderlegbaren Altersstatistiken der Hausärzte in Deutschland, dem drohenden Mangel an Hausärzten schnell und wirkungsvoll entgegenzuwirken und stoßen mit einigen Ausnahmen, wie zum Beispiel AOK Baden-Württemberg, IKK classic oder der TK, auf Köpfe, die im Sand stecken. Unsere Verträge sind ein entscheidender Beitrag, dass die Hausärzte in Deutschland überleben können, und dass Nachfolger für die Versorgung unserer Patienten gefunden werden. Ohne Hausärzte ist die Versorgung nicht sicher zu stellen. Schon gar nicht mit arztersetzenden Kräften aus der Pflege, die ja schon in ihrem ureigenen Arbeitsbereich ebenfalls völlig unterbesetzt ist.

An dieser Stelle möchte ich auf ein Phänomen aufmerksam machen, das in den offiziellen Statistiken geflissentlich unterschlagen wird: Zwischen den als Hausarzt niedergelassenen Ärzten und solchen die wirklich hausärztlich tätig sind, klafft eine erhebliche Lücke! Die KV Mecklenburg-Vorpommern hat festgestellt, dass ca. 20% der als Hausarzt niedergelassenen Ärzte nicht den hausärztlichen Leistungsumfang abdecken, sondern andere, häufig fachärztliche Schwerpunkte haben. Ähnliche Zahlen haben wir aus Bayern und Baden-Württemberg. Dazu kommen Praxen, die in den letzten Jahren fast keine Medikamente verordnet haben. Dies ist bei der Ermittlung der möglichen Teilnehmer an den HZV-Verträgen aufgefallen, in die sich ja nur in der hausärztlichen Versorgung stehende Hausärzte einschreiben können! Eins kann damit unmissverständlich festgehalten werden: Die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung

- verbessern die Versorgungsqualität
- erhöhen die Patientenzufriedenheit und
- die Attraktivität des Berufsstandes.

Es führt kein Weg daran vorbei, der § 73b SGB V muss wieder auf den Stand vor dem GKV-FinG zurückversetzt werden!

Die Anbindung an die ja ex ante nie bekannte Honorarsituation im Kollektivvertrag muss ebenso zurückgenommen werden, wie der Zwang zur sofortigen Refinanzierung der Vertragskosten. Die vom BVA dem noch mit der Rückzahlungsverpflichtung von nicht realisierten Einsparungen durch die Hausärzte aufgesetzte Krone hat sowieso zu entfallen! Wir sehen hier eine eigenmächtig weiterentwickelte Ideologie durch eine Aufsichtsbehörde. Ein Vorgang, der das Bundesgesundheitsministerium bisher nicht auf den Plan gerufen hat.

Diese unsinnigen und realitätsfernen Regelungen machen es nicht nur uns unmöglich weitere Verträge zu vereinbaren, sondern auch den Krankenkassen. Jeder weiß doch, dass ein Versorgungsvertrag, wie eigentlich jegliche Neuentwicklung auch, in anderen gesellschaftlichen Bereichen zunächst Kosten produziert, die sich nach der Etablierung des Modells langfristig als Investitionen auszahlen. Diese Chance ist mit diesem völlig verunglückten Gesetz nicht gegeben! Kein anderer gesellschaftlicher Bereich und auch kein Sektor im Gesundheitswesen hat sich je der Forderung gegenübergesehen, ein angemessenes Honorar an anderer Stelle erwirtschaften zu müssen. Wir Hausärzte sollen mit unserem Honorar dafür gerade stehen, wenn die Medikamentenpreise steigen oder das Krankenhaus teurer wird? Gerade sind die Kosten für die Krankenhausbehandlungen um 4,6% gestiegen, die Kosten für die ambulante Versorgung um 2,6%. Die Dramatik ist dabei durch die prozentuale Darstellung noch verharmlost. Absolut sind die Krankenhauskosten im Vergleich zu 2010 damit um ca. 2,4 Mrd. € gestiegen und die Ausgaben für die ambulante Versorgung um ca. 775 Mio. €.

Also, unsere Forderung an die Politik bleibt unmissverständlich: Nehmt das GKV-FinG für den § 73b SGB V zurück und lasst den Wettbewerb um eine bessere Versorgung wieder zu!

Von einer liberalen Besetzung des BMG hätte man eigentlich die Stärkung des Wettbewerbs erwarten können, was wir dagegen erleben, ist eine Rolle rückwärts zum staatlich kontrollierten Kollektivvertrag ohne Alternative. Das hat nichts mehr mit Wettbewerb zu tun! Leider scheint es zudem so zu sein, dass Minister Bahr die kurze Tradition seines Vorgängers fortsetzt, dem Hausärzteverband und seinen über 30.000 Mitgliedern die kalte Schulter zu zeigen. Er hat die Teilnahme am Eröffnungsabend abgesagt. Das hatten wir in den letzten 10 Jahren vor der Übernahme des Gesundheitsministeriums durch FDP-Minister nicht erlebt! Wir werden an der Stelle des Ministers seinen frisch ins Amt gekommenen beamteten Staatssekretär Ilka begrüßen dürfen.

Wir sind gespannt, wie sich das politische Berlin entwickelt, nach zumindest für die FDP dramatischen Ergebnissen in Mecklenburg-Vorpommern, dem miserablen Kommunalwahlergebnis in Niedersachsen und wenig guten Aussichten in den Umfragen für die Wahl am kommenden Sonntag in Berlin.

Wird diese Regierung bis 2013 halten, bekommen wir Neuwahlen? Wir wissen es nicht und halten uns mit Vorhersagen zurück.

Es gibt viel politischen Sprengstoff, der auch an dieser Stelle zur Diskussion reizt, aber den Rahmen dieses Berichtes in der Tat sprengen würde.

Auch wenn Schuldenkrise, Euro-Rettungsschirm und mögliche Rezession ein Versorgungsstrukturgesetz in der Öffentlichkeit völlig an den Rand drängen, kann es für uns bedeutsam sein. Das Schicksal des geplanten und in der Routine der Gesetzgebung befindliche VStG ist auch nicht vorhersagbar. Kommt die spezialärztliche Versorgung ohne Beteiligung der Körperschaften im Rahmen eines reformierten § 116b SGB V, kommt es zu einer Lösung mit dreiseitigen Verträgen mit KBV, DKG und Kassen? Dann allerdings droht ein Schicksal wie bei der gematik, nämlich gegenseitige Blockade und jahrelanger Stillstand. Was wird mit der Regionalisierung? Kommt sie, oder wird doch wieder die zentrale Regulierung in der KBV-Behörde vorgenommen?

Die Förderung der Allgemeinmedizin, die Förderung von Niederlassungen in unterversorgten Gebieten, die Aufhebung der strengen Residenzpflicht, um nur einige Beispiele zu nennen, zeigen in die richtige Richtung. Nur, ob die konkreten Maßnahmen diesen Zielen dienen, darf bezweifelt werden. Die auch immer wieder von Journalisten, wie zuletzt in der Frankfurter Rundschau, aufgegriffene Honorarschaukel ist weder akzeptabel noch umsetzbar. Es kann doch nicht sein, dass die Versorgerpraxen in den Städten die Strukturprobleme ausgedünnter ländlicher Bereiche oder unterversorgter städtischer Bezirke finanzieren. Wir arbeiten gerne mit an der Behebung des Hausärztemangels auf dem Land, unsere Verträge sind dazu ein wesentliches Element. Ärzteschelte ist aber sicher nicht geeignet, Probleme generell strukturschwacher Regionen zu lösen! Die Menschen in diesen Regionen zahlen die gleichen Beiträge an die Krankenkassen wie in der Stadt, da müssen sich die Kassen auch bewegen, mehr für die Versorgung zu unternehmen und beispielsweise Hausärzten attraktive Verträge anbieten! Die Teilenteignung von Ärzten in der Stadt löst das Problem nicht. Wo sollen denn die Menschen hingehen, wenn ihre Praxis von der KV aufgekauft worden ist? Es ist immer wieder erschreckend, wie die Regulierungselite Konzepte entwickelt, die an den Bedürfnissen unserer Patienten vollkommen vorbei gehen!

Zu den bis jetzt bekannten Details des VStG haben wir einen eigenen Tagesordnungspunkt vorgesehen, so kann ich es hier mit den Bemerkungen bewenden lassen. Wir wollen hier nur noch einmal betonen, dass wir die Forderung der FALK-KVen nach Regionalisierung unterstützen und lediglich die grundsätzliche Honorartrennung und die grundsätzlichen Bestimmungen zur Bereinigung der Gesamtvergütungen gesetzlich geregelt haben wollen. Politisches Ziel muss bleiben, dass wir überall in Deutschland ein adäquates hausärztliches Honorar zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung brauchen. Hier stehen wir genauso eng an der Seite unserer Landesverbände, die am Ende der Honorarskala stehen. Dies gilt insbesondere für Nordrhein und Westfalen sowie die anderen Regionen mit wirklich katastrophalen Fallwerten, wie z. B. Hamburg. Das Ziel bleibt dabei ein Fallwert von 85 €, der bereits vor fünf Jahren von der KBV errechnet und bisher ausschließlich durch unsere HZV-Verträge realisiert worden ist. Diese Verträge dienen der Sicherung unserer Praxis, unabhängig, ob Einzelpraxis oder gemeinschaftliche Berufsausübung, weil pro eingeschriebenem Versicherten honoriert wird. Damit entfallen Fallzahl- und Honorarabstaffelungen generell und nicht nur in unterversorgten Gebieten wie es das VStG vorsieht, weil im Einschreibesystem die Fallzahl endlich ist. Insofern gibt es auch keine Grundlage wie im Kollektivvertragssystem, bestimmte Praxisformen finanziell zu bevorzugen, um Fallzahlvermehrungen zu vermeiden.

Aber auch, wenn wir am Beispiel des § 73b innerhalb des GKV-FinG eine politische Rolle rückwärts erleben, ist ein Megatrend nicht zu übersehen. Wir haben ein stark reguliertes Gesundheitswesen. Diese hochkomplexe Regulierung macht unflexibel, erzeugt Fehlsteuerungen und behindert erforderliche Entwicklungen im Gesundheitswesen. So werden wir unabhängig von der jeweiligen Regierung immer wieder erleben, dass Regulierungen gelockert werden und wettbewerbliche Alternativen entstehen, wenn auch im Trippeltempo.

Noch einmal zum § 116b; selbst wenn die Öffnung hier nicht durchgehalten wird, ist ein Ansatz zu erkennen, bestehende Regulierungen zu lockern und festgefahrene Strukturen zu hinterfragen. Dies wird jede Regierung tun müssen; dass nun gerade Schwarz-Gelb und ein liberaler Minister den § 73b zurück in den Dirigismus führen, verrät sehr viel über den Zustand einer liberalen Partei, aber es ändert nichts an diesem Megatrend.

Als Beleg für diese Aussage mag die gesetzliche Festlegung im § 295a SGB V dienen, die ausdrücklich auf die privatwirtschaftliche Alternative für die Abrechnung von Selektivverträgen abhebt. Seit über einem Jahr haben wir für die Umsetzung dieses Paragraphen gekämpft und sind sehr froh, dass diese Baustelle jetzt durch den Gesetzgeber geschlossen wurde. Sie haben ja die heftigen Angriffe einiger Datenschützer in der Presse mitverfolgen können. An dieser Stelle möchte ich nochmal betonen, dass die Umsetzung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen enorme Anstrengungen erfordert hat und ich möchte mich dafür bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor allem des Rechenzentrums bedanken. Wie wir berichtet haben, konnten wir in diesem Zusammenhang den ehemaligen Landesdatenschützer des Landes Sachsen, Dr. Giesen, für uns gewinnen, der mit Herzblut unsere Anliegen unterstützt, für die Rechte der Ärzte kämpft und sie eben nicht als Wasserträger eines mehr oder weniger staatlich regulierten Systems sieht, aber auch unbequem sein wird, wenn es um den Schutz der Sozialdaten der Versicherten geht.

Diese Auseinandersetzung zwischen Regulierung und Marktöffnung ist international und sie wird auch in Deutschland bei abnehmender Problemlösungskraft und zunehmender intransparenter Komplexität dazu führen, dass die Politik immer weitere Öffnungen in den überregulierten Bereich bohrt. Dies wird Schritt für Schritt weitergehen und sich um so mehr beschleunigen, je mehr erfolgreiche Konzepte dabei entstehen.

Hier sehen auch Kapitalgesellschaften, und zwar keineswegs nur auf MVZ bezogen und aus Amerika stammend, Chancen, an Effizienzverbesserungen finanziell zu partizipieren.

Wir sichern mit unserer Vertragsstrategie ab, dass die möglichen Effizienzgewinne eben nicht in irgendwelche Bilanzen fließen, sondern im hausärztlichen und letztlich auch im fachärztlichen Bereich bleiben. Wir können uns der Zukunft nicht entziehen, sondern müssen die richtigen Rezepte für die anstehenden Probleme konzipieren. Vielleicht sind wir der einzige Verband, der es tatsächlich geschafft hat, mit HÄVG, IhF und Rechenzentrum organisationsstarke Unternehmen unter hausärztlicher Führung, trotz enormer Widerstände, zu etablieren. Diese Stärke des Verbandes weckt Neid und Missgunst, ist aber die einzige Chance, unsere Zukunft in die eigenen Hände nehmen zu können. Entwicklungen in der Kardiologie und Radiologie zeigen, dass sich viele einzelne Ärzte und Praxen unter das Dach größerer Gesellschaften begeben. Das ist nicht unser Weg!

Man darf sich allerdings nicht der Illusion hingeben, dass Gesetze oder Bestimmungen aus ärztlichen Körperschaften diese Entwicklung nachhaltig verhindern könnten. Dies können wir nur selber, indem wir dieses Feld mit eigenen Konzepten besetzen!

Dies schaffen wir nur mit einer Konstruktion wie der HÄVG in den Händen der Landesverbände und des Bundesverbandes. Deshalb muss sie auch von den demokratisch gewählten Verbandsstrukturen kontrolliert werden. Diese Schutzfunktion des Verbandes und der HÄVG wird von etlichen Kritikern nicht erkannt, die sich häufig auch lieber mit Gerüchten und Verdächtigungen beschäftigen. Vielleicht wollen sie das auch nicht erkennen oder dienen anderen Interessen.

Besonders beflügelt fühlten sich unsere Gegner, als die Verhandlungen mit der CompuGroup durch eine Indiskretion bekannt wurden und die Veröffentlichung von Auszügen der Verhandlungsunterlagen genutzt werden sollten, um den Verband und vor allem seine Repräsentanten und seine Geschäftsführung zu desavouieren.

Die Zusammenarbeit mit dem Marktführer im Praxissoftwarebereich ist ein wichtiges Element in der Absicherung der Selbstständigkeit der Hausärzte. Inzwischen ist die Strategie des AOK-Bundesverbandes bekannt geworden, der eine Schnittstelle für die Praxissoftware entwickeln lässt, wobei Geld anscheinend keine Rolle spielt. Eine Schnittstelle, die in der Lage ist, eine direkte Kommunikation zwischen AOK und Praxissoftware herzustellen.

Diesen Kassentroyaner gilt es zu verhindern!

Er würde die Abhängigkeit von Krankenkassen in kurzer Zeit extrem verstärken. Ob KBV und KVen mit ihrer ebenfalls geplanten Schnittstelle hier letztlich nicht doch mit den Kassen kooperieren, wissen wir nicht. Deshalb müssen wir uns selbst absichern. Dies wird in einem Vertrag geregelt, der Rechte und Pflichten der Vertragspartner exakt festlegt und natürlich vor der endgültigen Verabschiedung den Gremien der HÄVG, also den Landesverbänden und dem Bundesverband, vorgelegt wird. Die HÄVG, nur um das hier noch einmal ausdrücklich klar zu stellen, wird in der Hand der Hausärzte bleiben.

Die Strategie des Hausärzteverbandes, die Tarifautonomie zu erreichen und mit eigenständigen unabhängigen Strukturen abzusichern und umzusetzen ist, um es mit einem bekannten Unwort auszudrücken, alternativlos.

Interessant ist, wie viele Länder dabei auf uns sehen, was die Entwicklung von Wahlalternativen angeht. Viele Länder sehen sich der gleichen demografischen Entwicklung und demgegenüber einer zu geringen Hausarztichte ausgesetzt wie wir. Unsere Vertragsalternative konnten wir in Frankreich, Österreich – Herr Dr. Jörg Pruckner aus Österreich ist heute unser Gast – USA und Kanada jeweils auf Einladung vorstellen und haben viel Beachtung und Zustimmung gefunden. In manchen Ländern wird um eine selbstständige, anerkannte Situation der Hausärzte gekämpft wie beispielsweise auch in Rumänien – hier darf

ich den Kollegen aus Rumänien, Herrn Dr. Adrian Dan Darabantiu, ebenfalls herzlich begrüßen –.

Die ausführliche Beschäftigung mit unserer langfristigen strategischen Ausrichtung nimmt notwendigerweise viel Raum in diesem Bericht ein. Dabei vergessen wir keineswegs, dass der Kollektivvertrag für die meisten hausärztlichen Praxen die wichtigste Honorarressource ist. Die Zusammenarbeit mit den FALK-KVen aber auch den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen ist dafür enorm wichtig.

Im Bericht zur Lage am 6. Mai dieses Jahres bin ich auf die wenig praktikable Umsetzung einer Vorschrift zur Verordnung von Wirkstoffen eingegangen. Dies will ich hier nicht wiederholen. Die Wirkstoffverordnung, die ja ganz im Sinne der Apotheker ist, wie ein Änderungsantrag aus der ABDA zum VStG beweist, soll die Regressgefahr in den Praxen mindern. Sie soll nach dem Willen der KBV mit dem Verzicht auf Richtgrößen für die Medikamentenverordnung kombiniert werden. Wenn diese Vorstellungen umgesetzt würden, würden wir nicht nur Kompetenzen an die Apotheker abgeben, sondern die Regressgefahr eher erhöhen als senken; jedenfalls für den hausärztlichen Versorgungsbereich. Fallen die Richtgrößen, wird die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Fachgruppendurchschnitten wiederbelebt. Dies ist für Hausärzte die schlechteste Lösung! Im Übrigen entsteht Regressgefahr sowieso nicht durch die durch generic names zu ersetzenden generica! Dieses Apothekenförderprogramm der KBV muss vom Tisch!

Wir setzen im Gegenteil darauf, die Kompetenz der Hausärzte zu stärken und über das Dispensierrecht von Hausärzten neu nachzudenken! Wir üben dieses auch schon bisher ohne Probleme beispielsweise bei den Impfstoffen sogar in der Kühlkette aus. Warum sollten wir nicht auch ein Kontingent von Arzneimitteln in der Praxis vorhalten für die Akutversorgung im Notdienst und für Hausbesuche. Für die Behandlung von Schmerzpatienten unterstützen wir eine Petition, die in die gleiche Richtung geht und die Versorgung der Patienten auch am Abend und an Wochenenden sicherstellt.

Wir werden später von den Erfahrungen der österreichischen Kollegen mit der Hausapotheke hören.

In der KV-Welt hat sich neben der bekannten FALK-Gruppe eine weitere Fraktion gebildet, die sich LAVA (Länderübergreifender Angemessener Versorgungsanspruch) nennt. Diese acht KVen fordern vor der Regionalisierung der Honorarverhandlungen einen Ausgleich gegenüber den im Honorarvolumen besser gestellten KVen und greifen interessanterweise ein Prinzip an, das sich durch das gesamte Kollektivvertragswelt zieht: den Bezug zur Vergangenheit!

Dieser Bezug wird sonst ja vom System selbst hergestellt, beispielsweise bei der Bestimmung der Regelleistungsvolumina, deren Höhe sich bekanntlich am Vorjahresquartal bemisst, was ja mit dem aktuellen Versorgungsgeschehen nicht korrelieren muss. Diese KVen sind zum Teil auch nicht glücklich darüber, dass es gelungen ist, das Bürokratiemonster AKR (Ambulante Kodierrichtlinien) zu verhindern, rechnen sie sich doch Honorarvorteile durch die Kodierung einer höheren Morbidität aus.

Für den hausärztlichen Versorgungsbereich hätten diese Richtlinien außer einer erheblichen bürokratischen Zusatzbelastung nur Nachteile gebracht. Sie bilden die hausärztliche Arbeit nicht ab. Nur ca. 50% hausärztlicher Arbeitslast lassen sich durch kodierbare Morbidität erfassen. Natürlich kommen wir nicht darum herum, unsere Arbeit zu dokumentieren, brauchen dafür aber wenig belastende und zu unserem Arbeitsfeld passende Instrumente, beispielsweise den ICPC 2, ein internationales Kodiersystem für die Primärversorgung. Wir kümmern uns darum gemeinsam mit der DEGAM und einigen kooperierenden KVen.

Uns geht es dabei um die Optimierung der Versorgung unserer Patienten. Als Instrument zur Honorarverteilung sehen wir eine Kodierung nicht. Mitunter kann man ja den Eindruck gewinnen, dass von den Kassen unsere Arbeit nur noch als Instrument gesehen wird, um ihren Risiko-Strukturausgleich zu optimieren. Dafür stehen wir nicht selbst nach den fragwürdigen Kassenumfragen über 47 Wochenstunden in der Praxis!

Für die Honorierung hausärztlicher Leistungen haben wir klare Vorstellungen, die in den Verträgen mit einigen Varianten umgesetzt sind. Dabei setzen wir für den hausärztlichen Versorgungsbereich im Einklang mit dem SVR-Sondergutachten von 2009 auf Pauschalen mit ergänzenden Einzelleistungen. Das Hamsterrad der Einzelleistungen mit unsinnigen Budgets, ob sie nun Regelleistungsvolumen oder Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) oder wieder Gelbe Budgets heißen, wollen wir nicht mehr. Letztlich sind diese undurchsichtigen Regelungen nur zur Verschleierung einer Unterbezahlung der hausärztlichen Praxis geeignet! Wir brauchen eine auskömmliche Finanzierung der Praxis, ein angemessenes Honorar für unsere Arbeit! Und ich wiederhole unsere Forderung nochmals gerne: Eine hausärztliche Praxis braucht 85 €/Fall – nur so kann die Attraktivität des Berufes und damit der Nachwuchs gesichert werden.

Wir wissen, dass für die Gewinnung von Nachwuchs für unsere Praxen das Honorar nicht alles ist, aber ohne ausreichendes und dem Vergleich mit anderen Fachgruppen standhaltendes Honorar wird es schon gar nicht gehen!

Für hausärztlichen Nachwuchs ist das frühe Kennenlernen des Faches Allgemeinmedizin schon während des Studiums von großer Bedeutung, wir brauchen Weiterbildungsverbände und werben mit der Initiative „Perspektive Hausarzt“ und „Hausarzt werden“ in Veröffentlichungen und auf unserer Homepage. Dabei spielt das IhF, unser Institut für hausärztliche Fortbildung, eine wichtige Rolle, ohne dass wir auch die anerkannte Fortbildungsqualität in unseren Verträgen nicht darstellen könnten. Wir bauen diese Fortbildungsaktivitäten kontinuierlich weiter aus mit Kompakttagen, gut besuchten Fortbildungskongressen und online-Angeboten. Zusätzlich haben wir als Unterstützung für die Praxis mit unserem Partner HausMed ein Angebot auf den Weg gebracht, das ein durch das IhF zertifiziertes Online-Coaching für Patienten zunächst für Gewichtsreduktion und Nikotinverzicht beinhaltet.

Gemeinsam mit der DEGAM und dem Marburger Bund haben wir auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag in Kiel vereinbart, auch aus anderen patientennahen Fächern den Umstieg in die Allgemeinmedizin zu ermöglichen. Dieser Quereinstieg ist ein zusätzliches Ele-

ment im Kampf gegen den Hausarztmangel. Alle Beteiligten sind sich einig, dass das Hauptaugenmerk aber auf der strukturierten Weiterbildung für Allgemeinmedizin liegen muss.

Ärgerlich ist in diesem Zusammenhang, dass in Nordrhein die KV Allgemeininternisten für die hausärztliche Versorgung zulassen will. Der 110. Deutsche Ärztetag 2007 hatte die Weiterbildung zum Allgemeininternisten nur für den stationären Bereich beschlossen. Unserer Warnung, dass diese Internisten dann in der hausärztlichen Versorgung auftauchen, obwohl sie dafür überhaupt nicht weitergebildet sind, wurde ignoriert. Der Vorstand der Bundesärztekammer, der BDI mit seinem Präsidenten Wesiack, schworen Stein und Bein, dass das auch nicht passiere. Für die hausärztliche Versorgung ist ein lediglich im Krankenhaus weitergebildeter Arzt nicht zu gebrauchen. Abgesehen davon, dass bei Liegezeiten um die acht Tage kaum noch Kenntnis von Krankheitsverläufen erworben werden können, abgesehen davon, dass man kaum davon ausgehen kann, dass der ja eher technische Weiterbildungskatalog tatsächlich komplett abgearbeitet wurde, fehlt die Weiterbildung in einer Weiterbildungspraxis. Die Qualität der hausärztlichen Versorgung kann doch nur mit in ihrem Fach weitergebildeten Hausärzten sichergestellt werden. Aber wir können den Allgemeininternisten ja den Quereinstieg anbieten, dessen Kernelement die zweijährige Praxisphase ist!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr ärgerlich ist vor allem für die Kollegen, die viele Kinder in ihren Praxen versorgen, das Kompetenzgerangel, welches der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) anzettelt. Dabei geht es um einen Fragebogen für von den Kinderärzten auf den Weg gebrachte Vorsorgeuntersuchungen. Dieser darf nur von Mitgliedern des BVKJ genutzt werden. Veröffentlichungen dieses Fragebogens werden wie von sonstigen Abmahnvereinen verfolgt und mit Strafen belegt. So etwas habe ich in den vergangenen 30 Jahren noch nicht erlebt. Wie kann man so dokumentieren, dass es überhaupt nicht um die optimale Versorgung seiner Patienten geht, sondern um die Absteckung von Honorarclaims. Mal abgesehen davon, dass es ernsthafte Stimmen gibt, die an der Vorsorgeuntersuchungspolitik erhebliche Zweifel an der Evidenz hegen, müssen doch alle Kinder Zugang zu diesen Untersuchungen haben, auch wenn sie entweder gar keinen Kinderarzt in erreichbarer Nähe haben oder gerne bei ihrem Haus- und Familienarzt bleiben wollen. Diese rigide unkollegiale Politik ist wohl eher mit Profilierungssucht einiger Funktionäre zu erklären, denn mit den Kinderärzten in der Praxis gibt es eher wenige Probleme.

Vollständig im Gegensatz dazu erleben wir das Bedürfnis der spezialisierten Fachgruppen, die Zusammenarbeit mit Hausärzten zu intensivieren. Von der Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft hatte ich berichtet. Mit den Verbänden der Diabetologen finden ebenfalls sehr intensive Gespräche und Verhandlungen statt, die in eine Versorgung der Diabetiker über eine strukturierte Zusammenarbeit des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereiches münden. Wir werden in Kürze eine vertragliche Vereinbarung dazu vorstellen können. Dies gilt auch für andere Krankheitsbilder. Hier befinden wir uns aber erst am Anfang der Gespräche.

Wir erinnern uns an den Beginn dieses Jahres. Der damalige Gesundheitsminister Rösler hatte das Jahr der Pflege ausgerufen. Ob regierungsseitig daraus noch etwas wird, ist nicht ganz klar, aber auch nicht unbedingt unser Problem.

Wir haben schon seit längerem mit dem Verband der ambulanten Pflegedienste BPA darüber diskutiert, wie wir die Kooperation zwischen hausärztlicher Praxis und ambulanter Pflege fördern können. Dazu sind die Vertragsverhandlungen weit fortgeschritten und können in Kürze abgeschlossen werden. Unser gemeinsames Ziel ist dabei, das haben wir mehrfach kommuniziert, scharfe Sektorengrenzen, Kommunikationsbrüche und Kompetenzstreit zu verhindern. Derartige Auseinandersetzungen wären für die pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörige eine unerträgliche Belastung in einer ohnehin schwierigen Situation.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, es gäbe noch etliche Arbeitsfelder, auf die ich hier in Anbetracht der Zeit nicht näher eingehen kann, wie beispielsweise die GOÄ-Novellierung. Seien Sie versichert, dass wir auch hier mit einem kompetenten Team um Gerd Zimmermann, Jürgen Büttner und Robert Festersen intensiv und engagiert am Ball sind. Wir werden darüber in unseren Gremien berichten und diskutieren.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir haben eine schwere Zeit mit ungewöhnlich heftigen Anfechtungen hinter uns, wir haben gemeinsam große Herausforderungen gemeistert und ich bin stolz sagen zu dürfen: Dieser Verband hat das ausgehalten!

Zu keinem Zeitpunkt gab es eine Existenzgefährdung des Verbandes, auch in der schwierigen Phase der Umstrukturierung der HÄVG haben wir mit den Landesverbänden ernst, konzentriert und umsichtig diskutiert und dabei unsere Linie beibehalten. Wir haben uns nicht beirren lassen und gehen jetzt gestärkt aus der Krise hervor, was einige erstaunt, die ein anderes Ergebnis erwartet und sogar erhofft haben. Unser Weg wird weiterhin mit unterschiedlichem Interesse sehr genau beobachtet. Ich darf ihnen berichten, dass auf dem politischen Parkett mit Respekt und Anerkennung zur Kenntnis genommen wird, wie wir mit der politischen Krise, mit dem FinG und der wirtschaftlichen Krise nach der Kündigung des AOK-Bayern-Vertrages umgegangen sind, wie wir beides ausgehalten und überwunden haben.

Unser Modell des Vertragswettbewerbs um eine bessere, strukturierte Versorgung, einer älter werdenden Bevölkerung hat gehalten! Unser entschiedenes Eintreten für eigenständige, von Kassen und KVen unabhängige Strukturen zur Vertragsumsetzung hat einen Schutzraum für Hausärzte geschaffen. Dafür ist dieser Verband entscheidend. Alle sich um diesen Verband gruppierenden Gesellschaften dienen letztlich den Hausärztinnen und Hausärzten und dabei in vorderster Linie den Mitgliedern dieses Verbandes. Auch bei einem strammen Gegenwind kommen wir unserem Ziel der Tarifautonomie für Hausärzte näher und wir wissen, dass sich der Wind auch wieder in eine günstige Richtung drehen kann!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich bin stolz, der Bundesvorsitzende dieses Verbandes zu sein, mit diesen Landesvorsitzenden, diesem Vorstand, diesem Hauptgeschäftsführer und diesen Delegierten als Mitstreiter, die vor Ort wichtige Botschafter unserer Sache sind. Ich bin stolz, dass dieser Verband in all seinen Bereichen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragen wird, die mit Kompetenz, Talent, Herzblut und einem Einsatz, der weit über das Selbstverständliche hinausgeht, jeden Tag für unsere Sache eintreten, und ohne die Vieles von dem, was uns gelungen ist, nicht möglich gewesen wäre.

Vielen Dank an Sie alle für die enorme Arbeit, die sie leisten. Und vielen Dank insbesondere an das Team um Dagmar Esser für einen gelungenen Ablauf auch des diesjährigen 34. Deutschen Hausärztetages!

Last but not least will ich an dieser Stelle Cornelia Goesmann dafür danken, dass sie acht Jahre in einem schwierigen Umfeld unsere Interessen im Vorstand der Bundesärztekammer sehr gut vertreten hat.

Liebe Cornelia, wir wissen, das war nicht immer leicht, wir wissen von sehr ausführlichen Sitzungsrunden drüben am Tiergarten, die durchaus eine Herausforderung an Gleichmut und Gelassenheit sind. Du hast auf einem nicht eben hausarztfreundlichen Terrain regelmäßig dafür gesorgt, dass unsere Anliegen nicht einfach überhört wurden. Dafür danken wir Dir aufrichtig und herzlich!