



60 JAHRE

---



DEUTSCHER  
HAUSÄRZTEVERBAND

1960 | 2020

#### **Impressum**

Chronik „60 Jahre Deutscher Hausärzteverband e.V.“

1. Auflage 2020, gedruckt in Deutschland

Herausgeber: Deutscher Hausärzteverband e.V.



**DEUTSCHER  
HAUSÄRZTEVERBAND**

Alle Rechte vorbehalten

© mm medizin+medien Verlag GmbH

Konrad-Zuse-Platz 8, 81829 München

[www.medizinundmedien.eu](http://www.medizinundmedien.eu)

Autoren: Jürgen Stoschek, Robert Festersen (Fort- und Weiterbildung), Dr. med. Gerd W. Zimmermann (Honorarstrukturen)

Redaktion: Deutscher Hausärzteverband e.V. (v.i.S.d.P.)

Layout: Gabi Kellner, Michael Schmidt

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlages. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung von Daten in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken und Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen.

Der Verlag, die Autoren und der Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder der Herausgeber übernehmen ausdrücklich oder implizit Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

# 60 Jahre – von Hausärzten für Hausärzte

Vor kurzem wurde ich von Medizinstudierenden gefragt, ob die Zeit für Verbände nicht bald vorbei sei. Erscheinen unsere heutigen Herausforderungen nicht mehr dringlich genug, um Engagement in der Berufspolitik als so selbstverständlich wahrzunehmen wie vor 20, 40, 60 Jahren? Sicherlich, unser Verband hat in den vergangenen Jahrzehnten viel für die Hausärztinnen und Hausärzte erreicht: Wir haben ein in Aus- und Weiterbildung fest etabliertes Berufsbild. Die Honorierung unserer Leistungen hat sich insbesondere durch die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) signifikant verbessert. Unsere Kämpfe mit der Selbstverwaltung tragen zumeist Früchte. Die Politik erkennt immer mehr unsere zentrale Rolle im Gesundheitswesen an.

Also alles gut? So kann man es auch nicht sagen. Gerade in strukturschwachen Regionen suchen viele Kolleginnen und Kollegen händeringend nach hausärztlichem Nachwuchs. Wir erleben immer häufiger den Versuch, in unseren freien Beruf einzugreifen. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen scheint bisher eher zu Mehrarbeit, denn zu Arbeitserleichterung zu führen. Einige Facharztgruppen meinen gar, unsere Aufgabe so „nebenbei“ miterledigen zu können...

An Arbeit fehlt es also nicht. Kann ich mit diesem Argument jedoch auch junge Medizinstudierende vom Verbandswesen überzeugen? Nur zum Teil. Unser Verband ist aber nicht nur Kämpfer für die Rechte der Hausärzteschaft. Unser Verband bietet eine Möglichkeit, kreativ mitzugestalten, eine helfende Hand auf dem Weg in den Hausarztberuf, einen Anlass, immer wieder mitzudiskutieren, eine Plattform zum netzwerken, eine Möglichkeit, als Gruppe gemeinsam zu sprechen!

Ich danke allen, die in den letzten Jahrzehnten durch ihre Arbeit den Hausärzterverband zu dem gemacht haben, was er heute ist!

Ihr

Ulrich Weigeldt

Bundvorsitzender Deutscher Hausärzterverband e.V.



 **DEUTSCHER  
HAUSÄRZTEVERBAND**



Damals wie heute: Hausärztinnen und Hausärzte sind immer die ersten Ansprechpartner für ihre Patienten.



---

» Es ist ein gutes Gefühl, dass sich die Menschen in Deutschland auf eine leistungsstarke Versorgung durch ihre Hausärztinnen und Hausärzte verlassen können.

Jens Spahn

## Hausärztinnen und Hausärzte als Stabilitätsanker

Hausärztinnen und Hausärzte übernehmen in unserer gesundheitlichen Versorgung eine Schlüsselrolle. Sie sind für Menschen mit gesundheitlichen Anliegen häufig die ersten Ansprechpartner, behandeln ein breites Spektrum unterschiedlichster Beschwerden und lotsen Patientinnen und Patienten bei Bedarf auch durch eine möglicherweise notwendige Weiterbehandlung bei Fachärztinnen und Fachärzten, anderen Heilberufen oder Krankenhäusern.

Hausärztinnen und Hausärzte sind damit ein wesentlicher Teil unserer hochwertigen und flächendeckenden Gesundheitsversorgung in Deutschland. Das hat auch die Corona-Pandemie sehr deutlich gemacht: Der weit überwiegende Anteil der Corona-Erkrankten wurde in der ambulanten Versorgung betreut. Hausärztinnen und Hausärzte zeigten sich in dieser herausfordernden Situation als äußerst belastbar, zudem als kreativ und flexibel, beispielsweise durch verstärkte Nutzung digitaler Anwendungen oder durch provisorische Praxisumbauten. Trotz schwieriger Rahmenbedingungen konnten sie ihre medizinischen Kenntnisse und Fähigkeiten bestmöglich einbringen und sich als Stabilitätsanker eines leistungsstarken Gesundheitswesens erweisen.

Etwa 30.000 Hausärztinnen und Hausärzte haben sich im Deutschen Hausärzteverband zusammengeschlossen. Damit ist er der größte Berufsverband niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Deutschland und Europa. Seit der Gründung des Verbandes im Jahr 1960 kümmert sich der Zusammenschluss um die Weiterentwicklung und Qualität der hausärztlichen Versorgung. Für die Zukunft geht es darum, die hochwertige, wohnortnahe Versorgung der Menschen durch Hausärztinnen und Hausärzte durch viele Maßnahmen weiterhin zu stärken und dabei den Beruf für den Nachwuchs attraktiv zu erhalten. Zahlreiche Programme zur Nachwuchsgewinnung, auch in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, Kommunen und Beteiligten vor Ort, ebenso wie spezielle Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote im hausärztlichen Bereich sind bereits angelaufen. Zudem gehen wir dafür mit der neuen Approbationsordnung einen wichtigen Schritt.

Ich danke dem Deutschen Hausärzteverband und allen Mitgliedern, dass sie sich gemeinsam mit viel Engagement für all dies einsetzen. Zum 60-jährigen Bestehen des Deutschen Hausärzteverbandes gratuliere ich sehr herzlich und wünsche eine weiterhin erfolgreiche Arbeit. Es ist ein gutes Gefühl, dass sich die Menschen in Deutschland auf eine leistungsstarke Versorgung durch ihre Hausärztinnen und Hausärzte verlassen können.

*Jens Spahn*

Bundesgesundheitsminister

## Hausärztinnen und Hausärzte in vorderster Reihe

Der Deutsche Hausärzteverband feiert im Jahr 2020 sein 60-jähriges Bestehen. Es ist ein Jahr, das uns aufgrund der Corona-Pandemie für immer in Erinnerung bleiben wird. Ärztinnen und Ärzte arbeiten in Kliniken, Praxen, Gesundheitsämtern und Forschungslaboren unter großem persönlichen Einsatz daran, diesen Ausbruch einzudämmen. Noch ist es zu früh, Prognosen über den weiteren Verlauf der Pandemie abzugeben. Wir können aber schon jetzt konstatieren, dass die effizienten Strukturen des deutschen Gesundheitswesens mit gut ausgestatteten Krankenhäusern und einer leistungsstarken ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung wesentlich dazu beigetragen haben, dass wir bislang gut durch diese Krise gekommen sind.

Einen besonders großen Anteil daran haben die Hausärztinnen und Hausärzte als erste Ansprechpartner ihrer Patienten sowie ihre Medizinischen Fachangestellten. Sie stehen im Kampf gegen die Pandemie in vorderster Reihe. Als Hausarzt weiß ich sehr genau, dass viele Kolleginnen und Kollegen über ihre Belastungsgrenze hinausgehen. Sie stellen eigene Bedürfnisse zurück, sie nehmen gesundheitliche Risiken in Kauf und helfen, wo es nur geht. Davon profitieren in erster Linie und ganz unmittelbar die Patientinnen und Patienten. Sie werden medizinisch gut versorgt und bei Bedarf sicher durch die Versorgungsstrukturen begleitet. Davon profitiert aber auch unsere Gesellschaft insgesamt, weil unser hocheffizientes Hausarztnetz ganz wesentlich dazu beigetragen hat, dass unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden und Kliniken entlastet werden konnten. Damit bilden Hausärztinnen und Hausärzte einen Schutzwall gegen die Überforderung unseres Gesundheitssystems als Ganzes. Auch das ist ein Grund, warum andere Länder wie Großbritannien, Italien oder Frankreich mit großer Anerkennung zur Kenntnis nehmen, wie Deutschland die Pandemie bisher gemeistert hat.

Damit das so bleibt, setzen sich auf institutioneller Ebene die Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung gemeinsam mit Verbänden und Fachgesellschaften dafür ein, den Kolleginnen und Kollegen vor Ort den Rücken frei zu halten und Entlastung zu schaffen. Ob Ärztekammern, Berufsverbände, Fachgesellschaften oder Studierendenvereinigungen – alle leisten ihren Beitrag und koordinieren Hilfsangebote, organisieren Freiwilligenportale oder erstellen Register für freie Intensivkapazitäten. Ich bin sehr froh, dass wir in diesen schweren Zeiten mit dem Deutschen Hausärzteverband einen starken Partner an unserer Seite haben.

Der Deutsche Hausärzteverband hat sich längst als größter Berufsverband niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Deutschland und Europa etabliert. Mit hoher Innovationskraft, mit Entschlossenheit bei der Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und mit Beharrlichkeit bei der Überwindung von Widerständen hat er sich in den 60 Jahren seines Bestehens zu einer wesentlichen Stütze unseres Gesundheitswesens entwickelt. Von der erfolgreichen Arbeit des Deutschen Hausärzteverbandes profitieren nicht nur seine rund 30.000 Mitglieder, sondern alle Hausärzte und natürlich auch ihre Patienten. Ich bin gewiss, dass dies auch in Zukunft so sein wird.

*Dr. med. (I) Klaus Reinhardt*

Präsident der Bundesärztekammer



» Ich bin Hausarzt  
mit großer  
Leidenschaft.

Dr. med. (I) Klaus Reinhardt



---

» Hausärzteverband und DEGAM stehen Seite an Seite und unterstützen die Hausärztinnen und Hausärzte!

Prof. Martin Scherer

## Getrennt marschieren, gemeinsam schlagen

Gemeinsam haben der Deutsche Hausärzteverband und die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) viel erreicht! Seit Jahrzehnten ergänzen sich der Berufsverband und die wissenschaftliche Fachgesellschaft optimal.

Die Übergänge zwischen Berufspolitik und Wissenschaft sind manchmal fließend. Beiden Vereinigungen ist es dabei gemeinsam gelungen, Wissenschaftspolitik zu gestalten – mal mit einem berufspolitischen Schwerpunkt, mal mit einem wissenschaftlichen Appell, aber immer im Sinne einer Stimme für die Hausärzteschaft. Sprichwörtlich ist mittlerweile der Satz „Getrennt marschieren, gemeinsam schlagen“. Das meint kein „gegen alle anderen“, sondern ein doppeltes Einstehen und Kämpfen für die Sache und das übergeordnete Ziel: die Stärkung der hausärztlichen Medizin als systemrelevante Säule der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Patientinnen und Patienten – das hat nicht zuletzt die Coronakrise gezeigt – brauchen ihre Hausärztinnen und Hausärzte. Damit wir aber vernünftig arbeiten können, benötigen wir insbesondere gute Rahmenbedingungen (durch die Arbeit des Hausärzteverbandes) und die wissenschaftliche Unterfütterung unseres Handelns (die von der DEGAM erarbeiteten Leitlinien). Das eine ist ohne das andere nicht denkbar.

Nach meinem Amtsantritt 2019 habe ich auf der practica in Bad Orb von einer neuen Ära der Zusammenarbeit von Deutschem Hausärzteverband und DEGAM gesprochen. Die aktuelle Krise beweist, dass dieser Grundgedanke von heute auf morgen Realität geworden ist: Hausärzteverband und DEGAM stehen Seite an Seite und unterstützen die Hausärztinnen und Hausärzte!

Ich gratuliere dem Deutschen Hausärzteverband – im Namen der DEGAM und ihrem Vorstand – herzlich zum 60-jährigen Bestehen und freue mich auf die weitere, vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Ihr

*Prof. Martin Scherer*

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

## Berufspolitische Meilensteine

Es ist mir eine große Freude und Ehre, dem Deutschen Hausärzteverband zu seinem 60-jährigen Bestehen zu gratulieren! 60 Jahre sind für einen Berufsverband eine beeindruckende Spanne und ich beglückwünsche Sie zu dem in dieser Zeit Erreichten.

Der Deutsche Hausärzteverband hat berufspolitische Meilensteine gesetzt. Herausheben möchte ich die enorme Leistung bei der Weiterentwicklung des hausärztlichen Berufsbildes. Die Einführung der fünfjährigen Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ist ein hervorragendes Beispiel für Professionalisierung. Vom Praktischen Arzt zum umfassend ausgebildeten Generalisten, Welch ein Paradigmenwechsel! Die Organisation der ambulanten Weiterbildung und deren gesetzlich verankerte Förderung hat Vorbildcharakter auch für andere Fachrichtungen.

Die zurückliegenden Jahre waren aber auch von Kontroversen geprägt, insbesondere im Verhältnis des Deutschen Hausärzteverbandes zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Der Hausärzteverband ist ein streitbarer Verband – und das ist gut so! Es lohnt sich für die hausärztliche Medizin zu streiten. Umso mehr freue ich mich, dass wir in jüngerer Zeit gemeinsam einen Weg gefunden und – so empfinde ich es – eine neue Ebene in der Qualität der Kommunikation und Zusammenarbeit erreicht haben. Das ist für die gesamte Vertragsärzteschaft wertvoll und erhaltenswert. Ich werde mich weiterhin persönlich dafür einsetzen, dass der Austausch zwischen dem Verband und der körperschaftlich verfassten Ärzteschaft Bestand hat und Früchte trägt. Ich denke, wir alle haben aus der Vergangenheit gelernt und erkannt, wie wichtig eine gedeihliche Zusammenarbeit im Sinne aller Ärztinnen und Ärzte sowie einer guten Versorgung unserer Patienten ist. Unterschiedliche Sichtweisen auf das eine oder andere Thema sind dabei ausdrücklich erwünscht. Sie verbreitern den Blick und schließen eine Bereitschaft zur Verständigung nicht aus. Auf diese Weise haben wir erreicht, dass wir heute, zum Wohle aller, gemeinsam an Projekten arbeiten, die früher so nicht denkbar gewesen wären. Gemeinsam sind wir stark!

Ich wünsche dem Deutschen Hausärzteverband und seinen Mitgliedern alles Gute und freue mich darauf, den konstruktiven Dialog mit Ihnen fortzuführen.

Herzliche Grüße

*Dr. Stephan Hofmeister*

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigung




---

» Es lohnt sich,  
für die  
hausärztliche  
Medizin zu streiten!

Dr. Stephan Hofmeister



## 1960–1970 S. 8

- Die Gründung
- Qualifikation und Weiterbildung
- Entwicklung der Gebührenordnungen
- Auf dem Weg zur Akademisierung

## 1970–1980 S. 16

- BPA: Feste Größe in der Berufspolitik
- Qualifikation und Weiterbildung
- Stärkung der Allgemeinmedizin durch die Europäische Gemeinschaft
- Die Gebührenordnung in den 70ern
- Zeit der Krisen und Veränderungen



1960

1970

1980



## 1980–1990 S. 26

- Verband mit Verantwortung
- Weiterbildung Allgemeinmedizin in den 80ern
- Entwicklung der Honorarstrukturen
- Rigide Kostendämpfungsmaßnahmen
- Strukturen der Praxis





## 1990–2000 S. 34

- Verbandsentwicklung
- Implementierung zur Pflicht der Weiterbildung
- Radikalkur in der Honorierung
- (Gesundheits-)politische und gesellschaftliche Entwicklungen
- Strukturen der Praxis

## 2000–2010 S. 44

- Der Deutsche Hausärzteverband - von Hausärzten für Hausärzte
- Wenig Fortschritte in Sachen Weiterbildung
- Honorar: Reform der Reform
- Veränderungen in der Hausarztpraxis

# 60 JAHRE

DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND

## 2020

- Landesverbände im Deutschen Hausärzteverband S. 60
- Der Deutsche Hausärzteverband - heute und in Zukunft S. 100

# 2010

# 1990

# 2000

# 2020



## 2010–2020 S. 52

- Der Ausbau der HZV geht weiter
- Neustrukturierung und Fortschritt in der Weiterbildung
- Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
- Teambildung für die Versorgung
- Neustart für die Telematik

1960-1970

In den 50er und 60er Jahren setzten die Fachärzte ihre berufspolitischen Interessen immer häufiger zulasten der Praktischen Ärzte durch. Das Leistungsvolumen der Praktischen Ärzte wurde zunehmend eingeschränkt, die wirklich relevanten medizinischen Diagnosen und deren Behandlung nahmen die Spezialisten für sich in Anspruch. Damit wäre den Praktischen Ärzten im Wesentlichen nur der Hausbesuch geblieben. Diese Sichtweise schlug sich nicht zuletzt auch im Kampf um die Weiterbildungsordnung und die Honorarverteilung nieder. Bei den Hausärzten formierte sich Widerstand.

## Die Gründung

Der Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschland (BPA) wurde am **3. und 4. Dezember 1960** im Ärztehaus Hannover gegründet. Dem vorläufigen Vorstand gehörten Dr. Peter Sachse, Dr. Heinrich Kellner und Dr. Dieter Tetzlaff an. Am **5. März 1961** traf sich der BPA dann zu einer Arbeitstagung im Ärztehaus Dortmund. Dort wurde der erste reguläre Vorstand gewählt: Vorsitzender wurde Dr. Peter Sachse, 1. Stellvertretender Vorsitzender Dr. Othmar Baluscheck und 2. Stellvertretender Vorsitzender Dr. Heinrich Kellner. Nach intensiven Diskussionen entschied die Mehrheit, den BPA als „Dachverband“ mit Landesverbänden als Mitglieder zu organisieren.

Schon vor der Gründung hatte es regionale Zusammenschlüsse von Praktischen Ärzten gegeben. Die älteste war die Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns von 1927, die jedoch 1933 verboten und aufgelöst worden war. Und bereits 1953 gründeten die Abgesandten von Praktiker-Verbänden aus dem Bundesgebiet eine Bundesarbeitsgemeinschaft der Praktischen Ärzte Deutschlands (BAPAD).

In den ersten Jahren nach der Gründung entstanden weitere Landesverbände. Ein Landesverband Hessen wurde gegründet, einen Landesverband Niedersachsen gab es erst später, wohl aber einen Ortsverband Wilhelmshaven, Oldenburg und Hannover. Schwer zu formen und zu gründen war der Landesverband Hamburg. Hier widersetzten sich ausgerechnet Praktische Ärzte, die zu der Zeit im Vorstand der Ärztekammer Hamburg waren. Erst nach mehreren Einzeltreffen wurde der Landesverband Hamburg aus der Taufe gehoben. Inzwischen gab es auch die Landesverbände Saarland, Baden-Württemberg und Bremen.

### Erste Herausforderungen

Unterschiedliche Ansichten über die Ausrichtung des Verbandes forderten in den Anfangsjahren den Gesamtvorstand. Vor allem in Hessen wurde Kritik laut, der Bundesverband kümmere sich zu wenig um Fragen der Gebührenordnung und der Honorarpolitik. Es galt zu verhindern, dass der BPA scheiterte, heißt es in einem Protokoll einer ordentlichen Delegiertenversammlung am 27. und 28. April 1963 in Wiesbaden. Schließlich wurde die **Geschäftsstelle nach Köln**



Dr. Peter Sachse war seit der Gründung des BPA, vom 4. Dezember 1960 bis 1969, Vorsitzender des Verbandes. Sachse hatte sich nach dem Zweiten Weltkrieg als praktischer Arzt in St. Hubert niedergelassen und sich für den Wiederaufbau der ärztlichen Selbstverwaltung engagiert.

» Nur durch den Zusammenschluss vieler war man als einzelner Arzt in der Lage, seine Interessen wahren zu können.

Dr. Peter Sachse,  
BPA-Vorsitzender von  
1960-1969

Anfang der 60er Jahre waren vor allem auf dem Land Praktische Ärzte noch als Geburtshelfer gefragt. In den größeren Städten fielen Hausgeburten hingegen kaum noch ins Gewicht.

## 1967



verlegt, der Berufsverband nahm nun festere Formen an. Ende der 60er Jahre verloren die Auseinandersetzungen vorübergehend für einige Jahre an Schärfe.

## Qualifikation und Weiterbildung

Die Gründung des BPA 1960 war maßgeblich motiviert durch die steigende Zahl von Fachärztinnen und Fachärzten und deren hohem Organisationsgrad, dem die Praktischen Ärztinnen und Ärzte nichts entgegenzusetzen hatten. Ein wichtiges Ziel war von Anfang an die Einführung einer **strukturierten Weiterbildung** zum Praktischen Arzt, wie sie in den spezialisierten Fachgebieten bereits lange vorhanden war. Schon 1959 war das Thema der Weiterbildung für Praktische Ärzte beim Ärztetag diskutiert worden. **1962** wurde dann beim 65. Deutschen Ärztetag auf Norderney eine **dreijährige Pflichtweiterbildung zum Praktischen Arzt** eingeführt.

Aber auch, wenn dieser Beschluss mit großer Mehrheit der Ärztetagsdelegierten abgestimmt wurde, gab es Widerstand, insbesondere von der Vertretung der Krankenhausärzte, dem Marburger Bund (MB). Aus tarifpolitischen Gründen wollte der MB verhindern, dass das Recht, die ärztliche Tätigkeit nach der Approbation auszuüben, relativiert wurde. Eine Pflichtweiterbildung als Voraussetzung für die für die Tätigkeit als Praktische Ärztin/Praktischer Arzt hätte von den Arbeitgebern als Nachweis interpretiert werden können, dass für Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung noch kein volles ärztliches Gehalt angemessen gewesen wäre, da sie ja nach der Approbation (noch nicht einmal) primärärztlich tätig werden können. Dieser Gegensatz zwischen den Tarifinteressen und dem Streben nach gleichwertiger Anerkennung durch eine Weiterbildung der Praktiker war nicht auflösbar, erst recht nicht durch sich widersprechende Rechtsgutachten.

Ohne Zigarre ging es nie im Vorstand des BPA, zum Beispiel auf dem Hausärztertag in Goslar: Dres. Krein, Wetzel und Klotz (v.l.n.r.) und 1967 in Garmisch-Partenkirchen: Drs. Paulus, Jungmann, Sachse und Baluschek (v.l.n.r.).

## Die Tücken des Kammersystems

Im Verlauf des Jahres 1963 wurden die Bestimmungen zur Einführung einer Weiterbildung für Praktische Ärzte in einigen Kammern in den Berufsordnungen übernommen (Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Bremen). Andere Kammern taten sich dabei viel schwerer und so zeigte sich, dass die Praktischen Ärzte und später die Allgemeinärzte schon sehr früh mit den Tücken des föderalen Kammersystems konfrontiert waren.

Wichtiges Ziel des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte war und blieb es, die **Weiterbildung zum Praktischen Arzt in die Facharztordnung** aufzunehmen, um die Statusungleichheit zu beenden. Dazu war es wichtig, den Praktischen Arzt nicht mehr als Ergebnis und Ziel der medizinischen Ausbildung gemäß Approbationsordnung (früher Bestallungsordnung) zu verstehen. Die Weiterbildung war allerdings nicht Voraussetzung für ein Tätigwerden in der Primärversorgung, sondern nur für die Bezeichnung Praktischer Arzt. **Voraussetzung für die Kassenzulassung** und ein Tätigwerden als Hausärztin/Hausarzt war nur der Nachweis einer 18-monatigen Vorbereitungszeit. Der Status eines Kassenarztes war also nicht gebunden an eine Weiterbildung.

Im Jahre 1968, auf dem 71. Deutschen Ärztetag in Wiesbaden, wurde die Facharztbildung grundlegend renoviert. Ergebnis war unter anderem, dass die Facharztordnung in Weiterbildungsordnung umbenannt wurde und dass die Praktischen Ärzte als „**Ärzte für Allgemeinmedizin**“ in die Weiterbildungsordnung aufgenommen wurden. Hierfür musste eine 4-jährige Weiterbildung nachgewiesen werden. Die Zuerkennung des „Facharztstatus“ blieb den Praktikern bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin versagt mit dem Argument, dass der „klassische Hausarzt“ nicht auf ein Fach beschränkt sein dürfe.

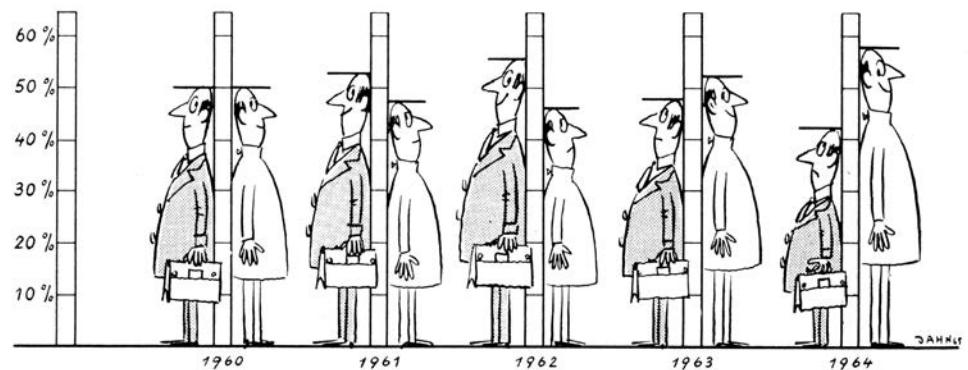
## Teilung in Praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin

Mit Aufnahme der Bezeichnung Arzt für Allgemeinmedizin in der Weiterbildungsordnung traten zeitlich Übergangsbestimmungen in Kraft, die es den Praktischen Ärzten erlaubten, den Titel Arzt für Allgemeinmedizin zu erwerben, sofern sie zehn Monate Praxistätigkeit nachweisen konnten. Diese Übergangsregelung war bis 1970 in Kraft, in Niedersachsen sogar bis 1984. Sie führte allerdings nicht zu einer Vereinheitlichung der Bezeichnung, da viele Praktische Ärzte darauf verzichteten, den Titel Arzt für Allgemein-

# 1972

- » Die spezifischen Aufgaben der Ärzte für Allgemeinmedizin können nicht durch andere Ärzte oder Arztgruppen übernommen werden.

Auf dem Ärztetag in Westerland



Die Gründung des Berufsverbandes war maßgeblich motiviert durch die steigende Anzahl von Fachärzten und deren hohem Organisationsgrad; dies begann bereits in den 60ern. Das Verhältnis von Hausarzt (jeweils links) und Facharzt verschob sich (alte Grafik aus den 60ern).

## Erste Verbandspublikation

„Der Praktische Arzt“ war seit 1964 offizielles Organ des Berufsverbandes. Im ersten Editorial schrieb Dr. Peter Sachse: „Es liegt auf der Hand, dass ... bei zunehmender geistiger, berufspolitischer und schließlich wirtschaftlicher Not und vor dem drohenden kulturellen Verfall dieser ärztlichen Berufsgruppe die Zeit reif geworden ist, die Belange des Praktischen Arztes auch innerhalb der Ärzteschaft politisch wirksam zu vertreten.“



medizin zu erwerben. Damit war die primärärztliche Versorgung geteilt in Praktische Ärzte, die zum Teil keine Weiterbildung hatten und Ärzte für Allgemeinmedizin. Um die Gleichstellung aller weitergebildeten Ärztinnen und Ärzte aber auch nach außen zu erreichen, wurde beim 75. Deutschen Ärztetag die Vorsilbe „Fach-“ für alle Gebiete gestrichen, sodass als Titel „Arzt für ...“ verliehen wurde. Damit war ein Prestigesymbol, das die Spezialisten nach außen kennzeichnete, erst einmal beseitigt.

Durch die Schaffung weiterer spezialisierter und subspezialisierter Fachgebiete geriet das Tätigkeitsspektrum für die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin – auch honorarpolitisch – unter Druck. Schon 1971 konstatierte die Konferenz der Gesundheitsminister, dass angesichts der **zunehmenden Spezialisierung der ärztlichen Fachgebiete** die Allgemeinmedizin an Bedeutung gewonnen hat. Dies fand auch Ausdruck in Ärztetagsbeschlüssen, z. B. 1972 in Westerland, wo Folgendes festgestellt wurde: „Die spezifischen Aufgaben der Ärzte für Allgemeinmedizin im Rahmen der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung können nicht durch andere Ärzte oder Arztgruppen übernommen werden“.

## Entwicklung der Gebührenordnungen

Der größte Teil der deutschen Bevölkerung war in den 60er Jahren bereits in der **gesetzlichen Krankenversicherung** versichert. Unterschieden wurde nach RVO-Kassen (Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen), landwirtschaftlichen Krankenkassen, See-Krankenkassen, Ersatzkassen und der Bundesknappschaft. Es bestand allerdings eine sehr restriktive Zulassungsbeschränkung im Rahmen der damals und in Teilen bis heute gültigen Reichsversicherungsordnung (RVO) für Ärztinnen und Ärzte, die solche Kassenpatienten und -patientinnen behandeln und zulasten der damaligen Krankenkassen ihre Leistungen abrechnen wollten. Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom **23. März 1960** eröffnete den freien Zugang zum **Beruf des „Kassenarztes“**.

### Preugo, Adgo und GOÄ

Abrechnungsgrundlage für die ärztlichen Leistungen war damals das sog. **Naturalleistungssystem**, auch als **Sachleistungssystem** bezeichnet, das im Gegensatz zu einem Kostenerstattungssystem stand. Grundlage der Leistungsabrechnung beim **Kostenerstattungssystem** war zwischen 1960 und 1970 die 1897 entstandene „Preußische Gebührenordnung (Preugo)“. In Konkurrenz zur Preugo stand seit 1928 parallel für die Privatabrechnung die „Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Ärzte (Adgo)“, die **1965** von der „**Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**“ abgelöst wurde.

### Auszug aus der damals aktuellen Gebührenordnung

BMÄ/EGO	GOÄ	Legende (Kurzform)
1	1	Beratung
3	3	Beratung (auch telefonisch) zwischen 20 Uhr und 8 Uhr
5	5	Hausbesuch
65	65	Körperliche Untersuchung
93	93	Krebsfrüherkennung beim Mann
94	94	Untersuchung auf Blut im Stuhl
200	200	Verband
203	203	Kompressionsverband oder Zinkleimverband
651	651	Ruhe-EKG
652	652	Belastungs-EKG
800	800	Neurologischer Status

Quelle: G.W. Zimmermann

In der DDR trat am 1. Februar 1967 eine neue Facharztverordnung in Kraft, mit der der Facharzt für Allgemeinmedizin (Praktischer Arzt) eingeführt wurde. Damit war die DDR der Bundesrepublik um Jahre voraus.

Im Zeitraum 1960 bis 1970 hatten die einzelnen Kassenarten in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Umsetzung des Sachleistungssystems verschieden aufgebaute Gebührenordnungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt. Bei den RVO-Kassen basierte dies auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes Ärzte (BMÄ), bei den Ersatzkassen war dies die Ersatzkassengebührenordnung (E-GO). Die einzelnen Gebührenordnungspositionen ähnelten sich zu diesem Zeitpunkt sehr. Die Nr. 1 für die Beratung, die Nr. 65 für die körperliche Untersuchung, die Nr. 651 für das Ruhe-EKG z. B. fanden sich in allen Gebührenordnungen wieder, wenn auch mit unterschiedlicher Bewertung.

Ursprünglich gab es bei den Ersatzkassen etwa um die 11 Pfennige pro Punkt, bei den sogenannten RVO-Kassen bewegte er sich zwischen 9 und 10 Pfennigen. Nach Einführung des floatenden Punktwertes änderte sich das von Quartal zu Quartal. Mitunter ist er stark abgefallen.

Der heutige Deutsche Hausärzteverband befand sich damals in der Gründungsphase und gab einen **hektographierten Informationsdienst** (Abrechnung, Prüfwesen, Berufspolitik) heraus, der reißenden Absatz fand. Die Einladungen zu Abrechnungsveranstaltungen unter dem Hinweis „Preugo, Arzthelferin, evtl. Arztfrau sind mitzubringen, Kellner kommt“ brachten volle Säle.

## Auf dem Weg zur Akademisierung



Prof. Siegfried Häußler ist maßgeblicher Wegbereiter der Allgemeinmedizin an den deutschen Universitäten (\*11.01.1917 in Deizisau †16.08.1989 in Altbach).

Am 12. Februar 1966 gründeten der damalige BPA und der NAV Virchowbund in Bad Godesberg das „Deutsche Institut für Allgemeinmedizin“. Bereits ein Jahr zuvor, im November 1965, gründete Dr. Hermann Kerger zusammen mit Dr. Gerhard Jungmann in Frankfurt die **Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin e.V. (DEGAM)**, deren Vorsitzender bis 1975 Herr Dr. Kerger war. Aufgabe der Gesellschaft sollte die „Förderung und Koordinierung von Lehre, Forschung, Weiterbildung, Berufsausübung und Fortbildung in der Allgemeinmedizin“ sein.

Der offizielle Zusammenschluss von DEGAM und dem Deutschen Institut für Allgemeinmedizin erfolgte am **14. Juni 1975**. Erster Präsident der neuen Gesellschaft wurde Prof. Klaus-Dieter Haehn, der 1976 in Hannover Inhaber des ersten ordentlichen Lehrstuhls für Allgemeinmedizin wurde.

1966 wurde der Praktische Arzt Siegfried Häußler zu einer Vorlesung an der Universität Freiburg eingeladen und erhielt dort 1967 den ersten Lehrauftrag für Allgemeinmedizin. Erst drei Jahre später wurden weitere Lehraufträge an Universitäten erteilt. Heute gibt es an den meisten medizinischen Fakultäten selbständige Abteilungen oder Institute für Allgemeinmedizin. Häußler war ein maßgeblicher Wegbereiter einer allgemeinmedizinisch-wissenschaftlich fundierten Medizin und ein Vorkämpfer der gleichberechtigten Etablierung des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen. Nach seiner Habilitation 1968 erhielt Häußler die Lehrbefugnis für das Fach Allgemeinmedizin an der neu gegründeten Universität Ulm, wo er 1973 zum außerplanmäßigen Professor ernannt wurde.



1965 wurde in Frankfurt/M. die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin gegründet. Im Mai 1970 hielt das Deutsche Institut für Allgemeinmedizin seinen ersten wissenschaftlichen Kongress ab.





1970-1980

Ab 1979 wurde der Begriff Hausarzt innerhalb und außerhalb der Ärzteschaft populär, der sich daraufhin in den Verträgen und Richtlinien der gemeinsamen Selbstverwaltung ausbreitete, aber erst 10 Jahre später im Sozialrecht eine Definition erfuhr. In den Anfangsjahren machten noch viele Repräsentanten von Spezialgebieten die Hausarztrolle auch für sich geltend, was den BPA zu einer beharrlichen Diskussion um die Hausarztrolle zwang.

## BPA: Feste Größe in der Berufspolitik

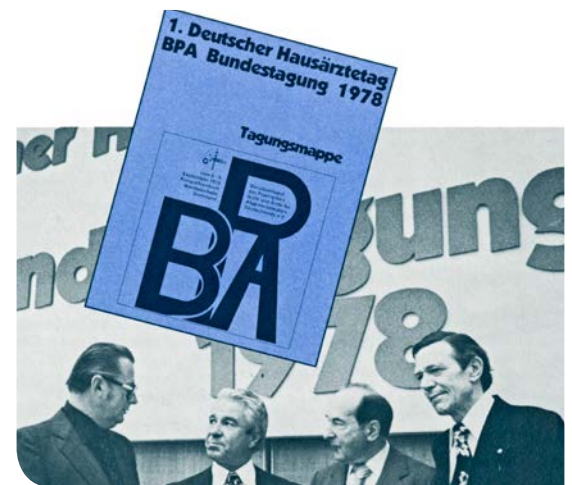
Angesichts anhaltender Diskussionen um die Ausrichtung des BPA setzte der Vorstand **1975 eine Programmkommission** ein, der neben dem Bundesvorstand in wechselnder Besetzung auch zahlreiche weitere Mitglieder angehörten. Die Ergebnisse wurden von der Delegiertenversammlung 1975 unter dem Titel „Leitsätze zur Gesundheitspolitik“, 1977 unter dem Titel „Zur Diskussion – Basisversorgung durch Praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin“ und im Juni 1979 unter dem Titel „Grundsätze zum Hausarztprinzip“ beschlossen. Im Hausarztpapier vom Juni 1979 zählte der BPA die Tätigkeiten auf, zu denen der hausärztlich tätige Allgemeinarzt neben seinen gebietspezifischen Leistungen verpflichtet ist. Diese sind: Hausbesuchstätigkeit, Notfallbehandlung, Langzeitbetreuung, Sterbehilfe, Kleine Psychotherapie, Dokumentation sowie die Kooperation mit anderen Ärzten und Institutionen des Gesundheitswesens.

Zum 1. Juli 1976 wurde Dieter Robert Adam Hauptgeschäftsführer des BPA. Der Verband wurde zu dieser Zeit von schweren Krisen geschüttelt: Der Landesverband Bayern war ausgesichert, das Saarland ausgetreten, weitere Landesverbände spielten mit dem Gedanken der Separierung. Die Bundesgeschäftsstelle bestand aus einem Hauptgeschäftsführer, seiner Sekretärin, einer Aushilfe und einem Assistenten. Von den bundesweit etwa 25.200 Praktischen und Allgemeinärzten waren rund 6.800 Mitglied im BPA. Als Adam nach Vollendung des 65. Lebensjahrs am 31. Mai 2000 in den Ruhestand trat, hatte der BPA 17 Landesverbände und ca. 22.000 Mitglieder.

### 1978: Erster Hausärzttag in Dortmund

Nachdem Adam das Amt des Hauptgeschäftsführers übernommen hatte, trat der **BPA berufspolitisch** zunehmend in Erscheinung. Seit dem Ärzetag 1978 in Mannheim hat der BPA Sitz und Stimme im Vorstand der Bundesärztekammer, seit 1979 den Vorsitz in der Akademie für Allgemeinmedizin.

Im September 1978 veranstaltete der BPA den ersten Hausärzttag in der Westfalenhalle in Dortmund. Thema der Festveranstaltung: „Die Stellung des Hausarztes in unserem System der medizinischen Versorgung“. Ein Jahr später fand dann in der Medizinischen Hochschule Hannover der 2. Deutsche Hausärzttag statt, der sich schwerpunktmäßig mit dem Thema „Selbsthilfegruppen“ befasste. 1979 wurde die **BPA-Wirtschaftsgesellschaft** gegründet. Psychothera-



Der erste Deutsche Hausärzttag fand 1978 in Dortmund statt. Dres. Klotz (li.) und Tetzlaff (re.) vom Verband begrüßen den Staatssekretär NRW, Kleiner (2.v.li.) sowie Prof. Hompesch (2.v.re.) als Vertretung des Oberbürgermeisters.

## Die Vorsitzenden in den 70er Jahren



**Dr. Werner Haupt**  
1969 - 1973 und 1974 - 1977

In seine Zeit fallen die intensiven Bemühungen um ein wissenschaftliches Fundament für die Allgemeinmedizin.



**Dr. Alfons Paulus**  
1973 - 1974

Vertrat die Ansicht, dass sich die Situation des Praktischen Arztes nur dort verbessern lasse, wo Entscheidungen fallen, in den Körperschaften.



**Dr. Dieter Tetzlaff**  
1977 - 1978

Gehörte zu den Aktivisten der ersten Stunde.



**Dr. Helmut Klotz**  
1978 - 1987

In seine Zeit fiel die Trendwende in der Allgemeinmedizin auf dem Deutschen Ärztetag 1981, die eine verstärkte Anerkennung des Fachs und der Allgemeinärzte, insbesondere in der Weiterbildung, bewirkte.

pie- und Ultraschallseminare wurden durchgeführt und die Praxishilfen „Häufige Abrechnungsziffern“ angeboten.

Der 3. Deutsche Hausärztetag 1980 in Freiburg war zugleich das vorerst letzte Mal, dass BPA und DEGAM gemeinsam ihre Tagungen veranstalteten. Das gab es erst zehn Jahre später wieder ab 1990 bis zum Jahr 2006.

Unzufriedenheit vor allem bei jüngeren Allgemeinärzten und -ärztinnen über weiterhin bestehende duale Zugangsmöglichkeiten zur hausärztlichen Versorgung führten im Sommer 1979 unter Beteiligung von Dr. Frank Mader, der seit 1974 in Nittendorf bei Regensburg als Allgemeinarzt niedergelassen war, zur Gründung des Fachverbandes **Deutscher Allgemeinärzte (FDA)**, der sich als Interessenvertretung ausschließlich vierjährig weitergebildeter Allgemeinärztinnen und -ärzte verstand.

## Qualifikation und Weiterbildung

Schon kurz nach der formalen Anerkennung der Allgemeinmedizin als eigenständiges Fachgebiet in der Weiterbildungsordnung (WBO) wurde deutlich, dass die Bereitschaft einer Gleichstellung mit anderen Fachgebieten, denen der Facharztstatus selbstverständlich anerkannt wurde, fehlt. War die kassenärztliche Tätigkeit gebunden an eine Pflichtweiterbildung in einem (spezialisierten) Fachbereich, konnten im hausärztlichen Bereich auch weiterhin Praktische Ärztinnen und Ärzte die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung erhalten. Versuche, die Weiterbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin zur Voraussetzung zu machen, scheiterten regelmäßig an juristischen Bedenken, die insbesondere vom Marburger Bund, der Vertretung der angestellten Ärzte, vorgebracht wurden.

Die neue Approbationsordnung von 1970 brachte ein verpflichtendes Praktisches Jahr im Krankenhaus mit sich. Darin spiegelt sich die damalige Vorstellung, dass bereits ein approbierter Arzt (ohne Weiterbildung) in der primärärztlichen Versorgung tätig werden könne - wengleich die Zulassung als Kassenarzt eine 18-monatige Vorbereitungszeit nach der Approbation erforderte.

So war die seit 1972 verfügbare Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin für viele Ärztinnen und Ärzte keine attraktive Option. Bis zu 90 Prozent der Approbierten, die in die Primärversorgung gingen, ließen sich ohne Weiterbildung als Praktischer Arzt nieder. Es gab aber auch Fachspezialisten (Laborärzte), die sich als Praktische Ärzte anerkennen ließen, um den Zugang zu den umfangreichen Abrechnungsziffern zu erhalten.

## Konflikt um die Voraussetzung für eine kassenärztliche Tätigkeit

Beim **81. Deutschen Ärztetag 1978** wurde der Konflikt um die Frage der Voraussetzung für die kassenärztliche Tätigkeit erneut ausgetragen. Gegen die Vertreter des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte zusammen mit der Akademie für Allgemeinmedizin, die eine Pflichtweiterbildung für die hausärztliche Tätigkeit forderten, stellte sich der Marburger Bund, der die Zementierung des Unterschiedes Hausarzt – Spezialist anstrebte, um seinen Mitgliedern ohne Pflichtweiterbildung den Weg in die kassenärztliche Tätigkeit zu erhalten.

# 1975



Bundestagung des BPA 1975 in Düsseldorf, die Vorstandsmitglieder (v.l.n.r.): Dres. Brost, Vogel, Haupt (Vorsitzender), Sachse und Tetzlaff (1. Stellv. Vorsitzender).

Obwohl die Allgemeinmedizin zunehmend als zentrales Fach und als Gegengewicht zur starken Zersplitterung auf der (spezialisierten) Facharztseite gesehen wurde, wendete sich der Ärztetag sehr knapp gegen eine Pflichtweiterbildung in der Allgemeinmedizin (99 zu 94 Stimmen). Dieses knappe Ergebnis spiegelte auch die gewachsene Bedeutung der berufsverbandlichen Vertretung der Hausärzte, dem BPA wider. Aber auch in den Universitäten stieg die Bedeutung des Faches Allgemeinmedizin in den 70er Jahren, wenn auch langsam und gegen Widerstände.

## Allgemeinmedizin in der Hochschule

Erst im Jahr 1966 wurde der erste Lehrauftrag für Allgemeinmedizin in Freiburg erteilt und 1970 waren in der Bundesrepublik insgesamt erst vier Lehrbeauftragte in der Allgemeinmedizin tätig. Das änderte sich aber schnell. Im Jahr 1972 waren es bereits 12, 1974 24 und 10 Jahre später (1984) waren insgesamt 95 Lehrbeauftragte in der Allgemeinmedizin tätig.

Besonders ab 1978, als durch die Novellierung der Approbationsordnung die Allgemeinmedizin Prüfungsfach mit vorgeschaltetem Pflichtkurs wurde, stieg der Bedarf an allgemeinmedizinischen Lehrbeauftragten. Eine institutionelle Verankerung im universitären Betrieb mit finanziellen und personellen Ressourcen wurde insbesondere vom Fakultätentag blockiert. Der erste Lehrstuhl wurde



# 1978

Am 27.01.1978 demonstrierten circa 2.000 Medizinstudierende gegen eine Veränderung des Hochschulrahmengesetzes (HRG) und der Ausbildungsordnung (AO).

» Sämtliche Spezialisten  
zusammengenommen  
bieten keinen Ersatz für  
die Allgemeinpraktiker.

Prof. Birkhäuser, Basel



1976 in Hannover eingerichtet, danach folgten eine Abteilung in Göttingen und ein Institut in Frankfurt. Eine stärkere Einbindung der Allgemeinmedizin in die universitäre Lehre ließ aber noch auf sich warten. Die Unterrichtsveranstaltungen in der Allgemeinmedizin hatten anfangs keine Organisationsform, die es erlaubte, den Studierenden eine praxisnahe Ausbildung bevorzugt in einer allgemeinärztlichen Praxis anzubieten.

### Allgemeinmedizin als Prüfungsfach

Nach der Novellierung der Approbationsordnung 1978 wurde das **Fach Allgemeinmedizin ein Prüfungsfach**, in das durch einen Pflichtkurs eingeführt wurde. Die daraufhin stark zunehmenden Studentenzahlen in dem Kurs konnten in vielen Universitäten nicht bewältigt werden. „Die anfangs freiwillige Vorlesung fand meist eine aufgeschlossene interessierte Zuhörerschaft. Die Pflicht brachte nun ein sehr unterschiedliches Auditorium, das da und dort zu kritischen, nicht immer leicht beherrschbaren Diskussionen führte. Die Verpflichtung des regelmäßigen Kurses brachte eine erhebliche Zunahme administrativer Aufgaben, eine weitaus größere zeitliche Belastung der Lehrbeauftragten mit Einschränkungen im persönlichen Bereich und mit einem zum Teil erheblichen Umsatzverlust der Praxis“, berichtete Professor Hansjakob Mattern, der 1970 in Heidelberg als einer der ersten Ärzte in Deutschland einen Lehrauftrag für Allgemeinmedizin erhielt.

## Stärkung der Allgemeinmedizin durch die Europäische Gemeinschaft

Waren in den 70er Jahren in Deutschland die Diskussionen über die Bedeutung der Allgemeinmedizin und insbesondere deren Weiterbildung in vollem Gang, insbesondere mit dem Marburger Bund, wurde in den Gremien der Europäischen Gemeinschaft bereits viel zukunftsgerichteter über die Stellung der Allgemeinmedizin diskutiert. Mit dem Titel „Der Allgemeinarzt, seine Ausbildung und Wege, das Interesse an diesem beruflichen Studiengang“ hat das Ministerkomitee des Europarates bereits **1977 eine Resolution** verfasst. In der Begründung wird die besondere Bedeutung, die

Aus organisatorischen Gründen fiel 1973 die Bundestagung des BPA aus. Dafür traf man sich in Bonn zur Delegiertenversammlung. Das Thema Weiterbildung stand immer auf der Tagesordnung.



1973

die Allgemeinmedizin in den Gremien der Europäischen Gemeinschaft genießt, deutlich. Dort heißt es, dass sich die ärztliche Versorgung sich an den Merkmalen

- Menschlichkeit
- Leistungsfähigkeit
- Effizienz und
- Gerechtigkeit

ausrichten muss. Bei Erfüllung dieser vier Gebote, so das Ministerkomitee, spielt der Allgemeinarzt eine wesentliche Rolle. In der Resolution von 1977 wird darüber hinaus empfohlen, die medizinischen Versorgungssysteme so auszurichten, dass der Besuch bei einem Allgemeinarzt gewöhnlich der erste Schritt ist.

### Besuch beim Hausarzt muss der erste Schritt sein

Um diese **besonderen Aufgaben der Allgemeinmedizin** zu erfüllen, müssen die zukünftigen Allgemeinärzte und Allgemeinärztinnen eine spezifische Weiterbildung durchlaufen. Damit stellt die europäische Gemeinschaft – bewusst oder unbewusst – einen **Kontrapunkt zur Position des Marburger Bundes** dar, der zu dieser Zeit nach wie vor forderte, dass die primärmedizinischen Qualifikationen in die medizinische Ausbildung integriert oder in der versenkt werden sollen, sodass der approbierte Arzt ggf. nach einer kurzen Vorbereitungszeit bereits als Hausärztin/Hausarzt tätig werden kann.

Insbesondere der BPA mit dem Hauptgeschäftsführer Dieter Robert Adam investierte beträchtliche Anstrengungen auf nationaler Ebene, aber auch über die **Europäische Union der Allgemeinmediziner (UEMO)**, um die Deutschen Ministerien und die Kommission davon zu überzeugen, dass die Allgemeinmedizin nur angemessen im Rahmen einer Weiterbildung vermittelt werden kann. Auf Grundlage der Vorarbeiten in den Gremien der europäischen Gemeinschaft legte die Kommission im Januar 1980 schließlich einen Vorschlag einer Richtlinie betreffend Ärzte für Allgemeinmedizin vor. Diese Richtlinie sollte die ursprüngliche 75/362/EWG und 75/363/EWG von 1975 ablösen.

### Nach wie vor ungleiche Behandlung

Drei Jahre später (1986) wurde die Richtlinie über eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin verabschiedet, die dann 1993 in der gemeinsamen 93/16/EWG aufging. Wesentlich war dabei, dass eine **spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin** eingeführt wurde, die mit **Mindeststandards** belegt ist und für alle Mitgliedstaaten gilt.

Unbefriedigend, aber der heterogenen Situation in den europäischen Gesundheitssystemen geschuldet, war, dass die Allgemeinmedizin nicht in der Liste der Facharztbezeichnungen eingegliedert wurde, sondern einen eigenen Anhang bekam.

» Ich bin Hausarzt mit  
plattdeutscher Seele und  
am liebsten zwölf Stunden  
in der Praxis.

Dr. Horst Aloysius Massing



Dr. Horst Aloysius Massing = H.A.M.,  
Hausarzt aus Ibbenbüren, prägte  
Jahrzehnte lang mit unnachahmlichem  
Witz und spitzer Feder die Verbandszeit-  
schrift. Bei wichtigen Ereignissen war er  
immer dabei. Seine Abrechnungssemi-  
nare „Massing rechnet ab“ waren  
legendär und immer ausgebucht.

Die letzte Änderung für die Allgemeinmedizin fand mit der Novellierung und Inkraftsetzung der 2005/36/EG statt, mit der die Mindestweiterbildungszeit in der Allgemeinmedizin von zwei auf drei Jahre verlängert wurde. Nach wie vor werden allerdings die spezialistischen Facharztbezeichnungen und die Allgemeinmedizin in den Anhängen 5.1.3. und 5.1.4. unterschiedlich behandelt. Ein Umstand, der insbesondere in Deutschland, wo die Allgemeinmedizin lange schon eine anerkannte und gleichwertige Facharztbezeichnung ist, Unverständnis auslöst.

## Die Gebührenordnung in den 70ern

1977 kam es im Rahmen des von der sozialliberalen Bundesregierung und des Bundesarbeits- und Sozialministers Herbert Ehrenberg initiierten Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) zur Einführung des **Bewertungsmaßstabes Ärzte (BMÄ)** als Grundlage der Abrechnung bei Kassenpatienten. An den Leistungspositionen änderte sich zunächst nichts. Der Übergang zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik im Gesundheitswesen führte allerdings in der Leistungsbewertung erstmals zu einem **floatenden Punktwert**, begleitet von Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Abrechnung. Beide Maßnahmen trafen in erster Linie den hausärztlichen Versorgungsbereich.



6. Februar 1976: Protest der Ärzteschaft der KV Westfalen-Lippe gegen die Gesundheitsreform.



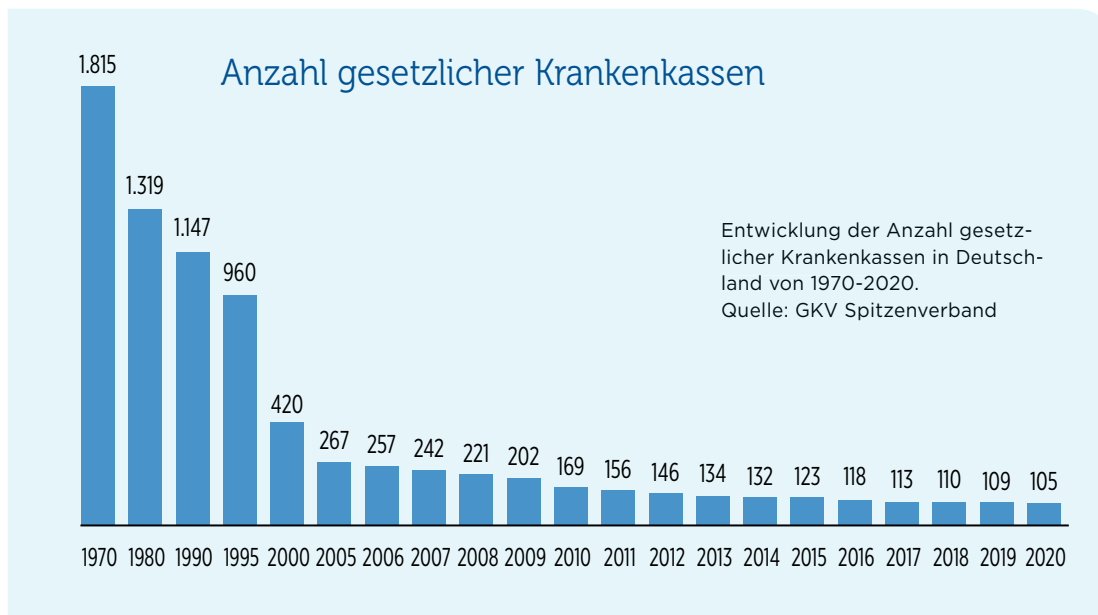
## (Gesundheits-)Politische und gesellschaftliche Ereignisse

Nach der Bundestagswahl im September 1969 kam es mit Willy Brandt (SPD) als Bundeskanzler und Walter Scheel (FDP) als Außenminister zur Bildung einer sozialliberalen Koalition. Das Regierungsprogramm enthielt im innenpolitischen Teil eine Reihe von Reformvorhaben, etwa in der Bildungspolitik, im Ehe- und Familienrecht oder im Bereich der sozialen Sicherheit.

Bereits ab Mitte der 60er Jahre waren die Überalterung der Krankenhäuser und ihre wirtschaftliche Situation ins Blickfeld der Politiker gerückt. **1972** trat das **Krankenhausfinanzierungsgesetz** in Kraft, das die stationäre Versorgung der Bevölkerung zu einer öffentlichen Aufgabe erklärte. Bauliche Investitionen wurden von nun an aus Steuermitteln finanziert. Es kam zu einem regelrechten Investitionsboom, der in relativ kurzer Zeit die desolaten bauliche Situation der Krankenhäuser beseitigte. Zusammen mit der nun möglichen Verwirklichung des medizinischen Fortschritts kam es zu einer damals ebenfalls gewollten **Leistungsausweitung** und qualitativen Leistungsanhebung im stationären Bereich. Und auch im ambulanten Bereich konnte eine Leistungsausweitung umgesetzt werden.

» Der Hausarzt sollte im Mittelpunkt des Versorgungssystems stehen. Er ist der, von dem der Patient sagt: Er hat sich nicht auf etwas spezialisiert, sondern er hat sich auf mich spezialisiert.

Prof. Viefhues, Münster 1976



Die Hausärztin/der Hausarzt  
waren schon immer Familienarzt.



Auf der Tagesordnung der sozialliberalen Koalition stand auch der **Ausbau der Gesundheitsversorgung**. 1970 wurden **Vorsorgeuntersuchungen** und die **Lohnfortzahlung im Krankheitsfall** eingeführt. 1972 folgten die Einführung der Krankenversicherung für die Landwirte und 1973 Regeln zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Das hohe Wirtschaftswachstum und ein starker Zuwachs bei den Einnahmen der Krankenkassen machten dies möglich. Doch mit der 1973/74 einsetzenden **Weltwirtschaftskrise** änderte sich dies grundlegend. Niedrige Wachstumsraten und steigende Arbeitslosenzahlen prägten nunmehr die Entwicklung.

### Schon damals: Kostenexplosion im Gesundheitswesen

Im Mai 1974 wurde Helmut Schmidt, nach Brandts Rücktritt, zum Bundeskanzler gewählt. Die Bewältigung der weltweiten Wirtschaftskrise gehörte zu den größten Herausforderungen in seiner Amtszeit. Bereits 1974 hatte der damalige Sozialminister in Rheinland-Pfalz, Heiner Geißler, vor einer „**Kostenexplosion im Gesundheitswesen**“ gewarnt, die zu einem raschen Anstieg der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung führen werde. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte stieg und der Druck auf das Gesamthonorar der Kassenärztlichen Vereinigungen nahm zu. Und auch bei den Krankenhäusern, den Arzneimitteln sowie bei Heil- und Hilfsmitteln stiegen die Ausgaben.

1977 gab es die ersten **Kostendämpfungsgesetze**, die mit dem Namen des zuständigen Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Herbert Ehrenberg, verbunden sind. Mit dem Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) vom 1. Januar 1977 wurde für die ambulante Versorgung eine Bedarfsplanung eingeführt. Die Folge waren Zulassungsbeschränkungen.

Mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 1. Juli 1977 kam es zu einer Umkehr von der ausgabenorientierten Einnahmepolitik hin zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Als neue Gebührenordnung wurde der einheitliche Bewertungsmaßstab Ärzte (E-BMÄ) eingeführt, aus dem der Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (BMÄ 78) und die Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) hervorgingen. Kostendämpfung wurde von nun an ein vordringliches Ziel bundesdeutscher Gesundheitspolitik.



Schon immer unentbehrlich gewesen: der Hausbesuch.

1980-1990

Schon früh macht sich der BPA für eine klare Strukturierung der gesundheitlichen Versorgung stark. Der steigende Kostendruck im Gesundheitswesen und die zum Teil rigorosen Sparpläne der Bundesregierung untermauern die Forderungen. 1988 legt der Verband schließlich ein Szenario für die Allgemeinmedizin im Jahr 2000 vor. Ein „Weiter so“ sei angesichts der Notwendigkeit von Reformen jedenfalls keine Lösung, betonte der BPA. Doch dann kommt die deutsche Wiedervereinigung.

## Verband mit Verantwortung

Beim 4. Deutschen Hausärztetag im Oktober 1981 in Bremen beschließen die Delegierten eine Namensänderung: Der Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands nennt sich jetzt: **BPA Verband Deutscher Hausärzte**. Die Umbenennung soll verdeutlichen, „dass sich der BPA nicht ausschließlich als Interessenvertreter einer Arztgruppe sieht, sondern als **Verband mit gesellschaftspolitischer Verantwortung**“. Mit einem klaren Bekenntnis zum Hausarzt wolle der BPA dazu beitragen, dass es zu einer klaren Strukturierung der ambulanten ärztlichen Versorgung in **Primärversorgung** einerseits und **Spezialversorgung** andererseits kommen sollte. Der Verband betont in diesem Zusammenhang, dass ein in der Primärversorgung tätiger Arzt nur der qualifizierte Hausarzt sein kann, der gleichwertig und gleichberechtigt neben den Ärzten aller Spezialgebiete steht. Zugleich bekräftigt der Hausärztetag seine Haltung, wonach der Allgemeinarzt in seiner Funktion als Hausarzt nicht durch Spezialisten ersetzt werden kann.

Die Namensänderung hat allerdings keinen Bestand: Nach einer gerichtlichen Intervention des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) entscheidet das Oberlandesgericht Köln Mitte September 1982 in letzter Instanz, dass die beim Registergericht beantragte Eintragung der Bezeichnung „BPA Verband Deutscher Hausärzte e. V.“ abgelehnt bleiben müsse.

### 25-jähriges Jubiläum des BPA

1985 feiert der BPA sein 25-jähriges Bestehen. In zahlreichen Grußworten würdigen ranghohe Politiker und Ständesvertreter die Bedeutung des Hausarztes für die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Beim 11. Deutschen Hausärztetag 1988 in Karlsruhe entwirft der BPA ein **Szenario für die Allgemeinmedizin 2000**: Das „Durcheinander“ der Strukturen von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung müsse beseitigt werden. „Konkurrenzdenken“ und „Gruppenegoismen“ seien keine Lösung für die anstehenden Reformen. Das System der gesundheitlichen Versorgung sollte klar in Versorgungsebenen und Segmente gegliedert werden, wobei eine Gliederung in Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus und Spezialklinik vorgeschlagen wird. Dringend notwendig sei eine **arbeitsteilige Verzahnung** im Sinne

### Die Vorsitzenden in den 80er Jahren



**Dr. Helmuth Klotz**  
1978 - 1987

In die Zeit seiner Amtsführung (auch als Vorsitzender der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin) fiel die Trendwende in der Allgemeinmedizin auf dem 84. Deutschen Ärztetag 1981 in Trier.



**Dr. Rolf Eckhard Hoch**  
1987 - 1992

Dr. Hoch setzte sich erfolgreich für eine hausärztliche Grundvergütung ein, in der Hausärzte 10 DM pro Behandlungsfall bekamen.



1982 auf dem Ärztetag in Münster (v.l.n.r.): BPA Bundesvorsitzender Dr. Helmuth Klotz, Ex-Bundespräsident Prof. Karl Carstens, Ärztekammerpräsident Dr. Karsten Vilmar, Ministerpräsident Johannes Rau und BÄK Vizepräsident Gustav Osterwald.

- » Ein Hausarzt ohne die Möglichkeit, die Leistungen zumindest der sogenannten kleinen Psychotherapie in seiner Praxis zu erbringen, gleicht einem Maurer ohne Senkblei.

Dr. Helmuth Klotz beim Deutschen Hausärzttetag 1982

einer besseren Kommunikation, Koordination und Zuständigkeitsabgrenzung, so die Delegierten. Ein Jahr später steht das Thema „**Primärarzt-Modell**“ auf der Tagesordnung. Beim 12. Deutschen Hausärzttetag in Bad Kreuznach sprechen sich die Delegierten gegen das vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vorgeschlagene Primärarzt-Modell aus, weil es auf eine Begrenzung der Zuständigkeitskompetenzen, vor allem der hausärztlich tätigen Ärzte, hinausläufe und die freie Arztwahl beschränke.

## Weiterbildung Allgemeinmedizin in den 80ern

Nach dem gescheiterten Versuch, die Weiterbildung Allgemeinmedizin zur Voraussetzung für die Kassenzulassung zu machen, und insbesondere auch wegen der erkennbaren Spaltung des Ärztetages in dieser Frage, wurde die „**Allgemeinmedizin**“ **Generalthema beim Ärztetag in Trier 1981**. Als Ausdruck des Wunsches vieler Ärzte für Allgemeinmedizin, ihr Fach auf Augenhöhe zu den sogenannten Facharztgebieten zu heben, wurde 1979 der Fachverband Deutscher Allgemeinärzte (FDA) gegründet, der sich um eine Definition des Faches bemühte und sich darum verdient gemacht hatte, aber auch die Allgemeinmedizin in Abgrenzung zum Praktischen Arzt sah.

1981 hatten nur 25 Prozent der sich niederlassenden Ärzte eine abgeschlossene Weiterbildung in Allgemeinmedizin und 50 Prozent ließen sich als Praktischer Arzt nieder, 25 Prozent kamen aus anderen Fächern mit Weiterbildung für eine Niederlassung als Praktischer Arzt. Ein großes Problem waren die **fehlenden Weiterbildungsstellen**, da die Krankenhäuser und Chefärzte lieber jemanden weiterbildeten, der sich für ein spezialisiertes Gebiet entschieden hatte, und so viel länger auf einer Stelle verweilte und deswegen weniger – im Verhältnis zur gesamten Verweildauer – Einarbeitungszeit benötigte. So wurde nach dem Deutschen Ärztetag 1981 in Trier

die Weiterbildung Allgemeinmedizin mit verpflichtenden Zeiten in Innerer Medizin (1 ½ Jahre), Chirurgie (1 Jahr) und Allgemeinmedizin (½ Jahr) gestaltet, mit Anrechnungsmöglichkeiten kleinerer Fächer.

Die Hoffnung, dass sich immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte freiwillig für eine Weiterbildung entschließen, hatte sich angesichts der nach wie vor bestehenden Möglichkeit, sich als approbierte(r) Ärztin/Arzt nach einer Vorbereitungszeit von sechs Monaten niederzulassen,

Der Vorstand auf dem Hausärzttetag 1987 (v.l.n.r.): Dr. Rita Kielhorn, Dr. Heinz Jarmatz, Dr. Klaus-Dieter Kossow, HGF Dieter Robert Adam, Dr. Helmuth Klotz und Dr. Eckard Hoch.



nicht erfüllt. Die Tendenz in der ersten Hälfte der 80er Jahre in Richtung einer Zunahme der Absolventen einer spezialistischen Weiterbildung und der nach wie vor steigenden Zahl der Praktischen Ärzte bei einem nur mäßigen Anstieg der Zahl der Allgemeinärzte war ungebrochen. Auch die Appelle des Ärztetages in Trier 1981 an die Chefärzte, verstärkt Ärztinnen und Ärzten, die den Facharzttitel Allgemeinmedizin anstrebten, Weiterbildungsstellen zu ermöglichen und die uneinheitliche, aber verbreitete finanzielle Förderung der Weiterbildungszeit in der Praxis eines weiterbildungsbezugten Allgemeinarztes durch Kassenärztliche Vereinigungen, konnten diese Entwicklung nicht umkehren.

### Rückenwind durch Europa

Rückenwind bekam das Fach Allgemeinmedizin hingegen von der Europäischen Ebene. Schon 1979 hat der Beratende Ausschuss der EU-Kommission eine Stellungnahme zur Allgemeinmedizin verfasst, in der eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin gefordert wird, weil die medizinische Ausbildung nicht ausreichend auf dieses Tätigkeitsfeld vorbereitet. Anders als der Marburger Bund gefordert hatte, stellte die Kommission fest, dass die Approbation nicht ausreichend für die ärztliche Tätigkeit in der Primärversorgung ist, sondern nur den Charakter einer Zulassung zur Weiterbildung hat. Dies führte 1986 zur EU-RL 86/457/EWG vom 15. September 1986, mit der die Mitgliedsstaaten verpflichtet wurden, eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin von mindestens zwei Jahren Dauer einzuführen.

» Jedem Gesundheitspolitiker muss eine qualifizierte allgemeinmedizinische, haus- und familienärztliche Versorgung der Bevölkerung am Herzen liegen.

Heiner Geißler,  
Bundesgesundheitsminister, 1985

## Europäische Richtlinie

Mit der „Richtlinie über eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin“ (86/457/EWG) in der Fassung der EG-Freizügigkeits- und Anerkennungsrichtlinie 93/16/EWG wurde jeder Mitgliedstaat verpflichtet, bis zum 1. Januar 1990 eine zweijährige sogenannte spezifische Ausbildung – also faktisch eine Weiterbildung – in Allgemeinmedizin nach sechsjährigem Studium einzuführen. Darüber hinaus wurde jeder Mitgliedstaat verpflichtet, diese zweijährige spezifische Ausbildung ab dem 1. Januar 1995 als Zugangsvoraussetzung für eine Tätigkeit als „Praktischer Arzt“ im Sozialversicherungssystem des jeweiligen Mitgliedstaates auszugestalten. Jeder Arzt, der nach Abschluss des Studiums eine zweijährige praktische Ausbildung in Krankenhäusern und allgemeinmedizinischen Praxen absolviert hatte, konnte die Bezeichnung des Mitgliedslandes führen, die dafür national vorgesehen war und in der EU-Richtlinie notifiziert war, also in Deutschland den Titel Allgemeinmedizin. Durch diesen europäischen Mindeststandard, der von allen Mitgliedsländern in nationales Recht überführt wurde, ist eine verpflichtende Weiterbildung (spezifische Ausbildung) in der EU und damit eine Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Qualifikationen erreicht worden. Damit wurde die volle Migrationsfähigkeit innerhalb der EU ermöglicht.

## Entwicklung der Honorarstrukturen

Als Reaktion auf die Änderung der Bewertungsgrundlage der vertragsärztlichen Gebührenordnung kam es in den 80ern zunächst zu einer eher „bescheidenen“ Differenzierung der einzelnen Leistungsinhalte der EBM-Ziffern. Die Nr. 65 EBM – die eingehende körperliche Untersuchung eines Patienten – wurde um die Nr. 65b ergänzt. Diese Abrechnungsposition konnte der Nr. 65 EBM zugesetzt werden, wenn mehrere Organsysteme untersucht wurden.



Demonstrierende Ärzte und Studenten in den 80ern.

Am 1. Oktober 1987 entschloss sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zu einem auch gebührenordnungstechnischen Wechsel vom „Bewertungsmaßstab Ärzte (BMÄ)“ zum „**Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)**“. Ziel dieser sehr umfassenden Reform war es, der zuwendungsintensiven ärztlichen Tätigkeit gebührenordnungstechnisch wieder mehr Raum zu geben. Viele der neuen Leistungen wurden deshalb mit einer relativ hohen Punktzahl versehen, um die persönliche ärztliche Leistung wieder mehr in den Vordergrund zu rücken. Es war die erste grundlegende Gebührenordnungsreform, bei der viele der gewohnten Abrechnungspositionen entfielen, geändert oder zu Komplexen zusammengefasst wurden.

Sicherlich ungewollt trat man damals mit dieser Einführung einer sehr differenzierten Einzelleistungsvergütung einen **Reformprozess** los, der wegen zugleich schwindender finanzieller Ressourcen bis zum heutigen Tag andauert. Eine besondere bürokratische Mehrbelastung resultierte daraus, dass selbst die unveränderten Leistungspositionen eine andere Gebührenordnungsziffer erhielten. Die Folge war ein hoher Bedarf an Informations-

### Diese neuen EBM-Leistungen haben die alten BMÄ- bzw. EGO-Ziffern abgelöst (Beispiele)

BMÄ/EGO	EBM	Legende (Kurzform)	Punkte
1	1	Beratung	80
	4	Beratung und symptombezogene Untersuchung	120
3	2	Beratung (auch telefonisch) zwischen 19 Uhr und 8 Uhr	200
	10	Eingehende Beratung, Erörterung	180
	11	Erörterung bei lebensverändernder/lebensbedrohender Erkrankung	300
	13	Erörterung körperlicher und/oder seelischer Krankheitszustände bei Sexualkonflikten ...	250
65	61	Untersuchung mindestens eines Organsystems	200
65/65b	60	Ganzkörperstatus	320
93	158	Krebsfrüherkennung beim Mann	260
5	25	Hausbesuch	275
200	200	Verband	45
651	603	Ruhe-EKG	250
652	604	Belastungs-EKG	500
800	800	Neurologische Untersuchung	320

Quelle: G.W. Zimmermann



veranstaltungen zu dieser neuen Gebührenordnung, unterstützt durch zahlreiche Printmedien, die als Umsteigetabellen den sehr „harten“ Übergang vom alten BMÄ und der alten EGO zum neuen EBM erleichtert haben. An dieser Stelle hat sich der BPA nachhaltig an der Verbreitung solcher Informationen beteiligt.

## Rigide Kostendämpfungsmaßnahmen

Die immer rigider werdenden Kostendämpfungsmaßnahmen in den 80er Jahren belasten auch das Verhältnis der Hausärztinnen und Hausärzte zu ihren Patienten. Bereits beim 5. Deutschen Hausärztertage 1982 in Bonn wehren sich die Delegierten dagegen, als Hauptlastenträger der immer heftiger werdenden **Bonner Sparpläne** auserkoren zu sein. Durch die geplante Negativliste für Arzneimittel, die nicht von den Krankenkassen erstattet werden, werde das Arzt-Patienten-Verhältnis zusätzlich belastet. **Negativlisten** und wie auch immer geartete **Positivlisten** lehnen die Delegierten als untaugliches Mittel entschieden ab. Es sei eine Zumutung, dass ausgerechnet Hausärztinnen und Hausärzte, die mehr als 70 Prozent aller Medikamente verordnen, dieses Gesetz an den Patienten exekutieren sollen.

Zugleich bekräftigen die Delegierten, dass sich die Hausärztinnen und Hausärzte künftig noch aktiver in die Gesundheitsvorsorge und -aufklärung einschalten wollen. Die sogenannten **Zivilisationskrankheiten** verdeutlichen, dass die rein naturwissenschaftliche Medizin an ihre Grenzen stoße.

Das **Gesundheitsreformgesetz (GRG)** von 1989 bringt mit Zuzahlungen der Patientinnen und Patienten bei Arznei- und Heilmitteln, Zahnersatz, Krankenhausaufenthalt und Fahrtkosten weitere Belastungen. Die KVen sollen die Wirtschaftlichkeit der Praxen stärker prüfen. Erwartet werden Einsparungen in Höhe von 14,5 Milliarden DM. Das GRG zeigt bei den Ausgaben der Kassen erste Einsparungen. Doch dann kommt die deutsche Wiedervereinigung. Der Einigungsvertrag vom 31. August 1990 setzt auf eine Angleichung des Systems der ambulanten ärztlichen Versorgung nach westlichem Vorbild.

Wer in der Bundesrepublik Deutschland in der Zeit vom 1. Juli 1988 bis zum 30. September 2004 als Ärztin bzw. Arzt approbiert werden wollte, musste nach dem dritten Abschnitt des Staatsexamens 18 Monate als Ärztin/Arzt im Praktikum (AiP) ableisten. Das sollte zu einer Verbesserung der ärztlichen Ausbildung führen. Gleichzeitig wurde die Vergütung deutlich auf **1.600 bis 1.900 DM im Monat** abgesenkt – in Krankenhäusern wurden daraufhin häufig einzelne Stellen für Assistenzärztinnen und -ärzte in zwei oder drei AiP-Stellen umgewandelt.

## Strukturen in den Praxen

Veränderungen bei der GOÄ und im EBM befördern in den 80er Jahren den **Einzug der EDV in die Praxen**. Hauptaufgaben sind die Kassenabrechnung, das Führen einer Patientenkartei, Terminplanung, Korrespondenz, Arztbriefe und Gutachten. Das Erstellen von Statistiken ermöglicht die Optimierung von Abrechnungen. Zahlreiche Anbieter von Praxissoftware sind auf dem Markt. Die KVen richten EDV-Beratungsstellen ein. Die Abrechnungssoftware muss von der KBV zertifiziert und zugelassen sein. Anfang der 80er Jahre legt ein Normierungsausschuss für EDV in der Praxis der KBV einen **Kriterienkatalog** zur Auswahl und Installation von Praxisrechnern vor.

Diese knapp kommentierte Checkliste „für den an der automatisierten Datenverarbeitung interessierten Arzt“ soll Fehlinvestitionen und Fehlentwicklungen vermeiden helfen. Nach einer Erhebung der KBV haben sich Mitte der 80er Jahre **mehr als 1.300 Kassenarzt-Praxen** (von 56.000) den Verwaltungs-Computer und die EDV-gestützte Praxisorganisation zunutze gemacht.

Diskutiert werden immer wieder die Kosten: Ein Computersystem für die Praxis kostet oftmals das Mehrfache eines handelsüblichen PCs. So kann man einen PC mit einer 40-MB Festplatte, einem Nadeldrucker und verschiedenen Programmen als Einplatzsystem für etwa 10.000 DM erwerben. Teurere Systeme sind ausbaufähig, haben mehr Schnittstellen und größere Festplatten mit bis zu 760 MB.

In jeder fünften Allgemeinpraxis steht nach einer Erhebung des FDA ein Röntgengerät, in mehr als 50 Prozent ein gynäkologischer Untersuchungsstuhl, in weniger als der Hälfte ein EKG-Gerät. Die Sonografie hält in den Praxen Einzug; 1982 wird dafür ein Fachkundenachweis verlangt.

### Ohne Arzthelferin geht es nicht

Der Beruf der **Arzthelferin**, der in den 50er Jahren ungeregelt aus dem Bedürfnis der Ärztinnen und Ärzte entstanden war, in der Praxis eine Kraft zur Verfügung zu haben, die sowohl über Kenntnisse in der Medizin als auch im verwaltungstechnischen Bereich verfügt, erfährt mit dem Inkrafttreten einer neuen Ausbildungsordnung **1986 mit der staatlichen Anerkennung** eine Aufwertung. 1965 wurde der Beruf Lehrberuf mit zweijähriger Lehrzeit und 1968 durch eine Ausbildungsordnung nach dem Berufsbildungsgesetz für eine zweijährige duale Ausbildung ergänzt.

# 1986



1986 erhält der Beruf der Arzthelferin die staatliche Anerkennung. Am 1. August 2006 wurde die jetzige Berufsbezeichnung Medizinische(r) Fachangestellte(r) eingeführt.

In der DDR absolvierte die **Sprechstundenhelferin** ab 1966 eine zweijährige Facharbeiterausbildung. Etwas später erfolgte die Umbenennung des Berufes in **Sprechstundenschwester**. Die Ausbildung war vor allem in den Grundlagenfächern zum großen Teil identisch mit dem für Krankenschwestern und -pfleger. Ab 1991 wurden auch in den neuen Bundesländern die Arzthelferinnen/Arzthelfer nach der bundesdeutschen Ausbildungsverordnung von 1986 ausgebildet.

Am **1. August 2006** wurde mit einer Anpassung der Ausbildungsinhalte die jetzige Berufsbezeichnung **Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter** (MFA) eingeführt.

1990-2000

Nach dem Mauerfall und der deutschen Wiedervereinigung steht das Gesundheitswesen auf allen Ebenen vor gewaltigen Herausforderungen. Die Strukturen der Selbstverwaltung werden auf die neuen Bundesländer übertragen und auch im Osten der Republik gründen sich im Schulterschluss mit dem BPA Hausarztverbände. 1994 schließen sich der BPA und der FDA zum Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands (BDA) zusammen. Die gebündelte Kraft zeigt Wirkung: 1996 erreichen BDA und DEGAM beim Ärztetag, dass die Weiterbildung Allgemeinmedizin auf fünf Jahre festgelegt wird.

## Verbandsentwicklung

Der gesamtwirtschaftliche Strukturwandel und die Wiedervereinigung brachten Einnahmeausfälle und Transferzahlungen für die Krankenkassen mit sich und verschärfte die Finanzierungsprobleme der solidarischen Krankenversicherung. 1992 einigen sich Regierung und Opposition mit dem Kompromiss von Lahnstein auf das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), mit dem unter anderem eine strikte Budgetierung eingeführt wird. Nach dem Ende der DDR kommt es zudem in den neuen Bundesländern zu grundlegenden Veränderungen: 1990 waren etwa 98 Prozent der ambulant tätigen Ärzte in Polikliniken und staatlichen Arztpraxen angestellt, nur zwei Prozent hatten eine eigene Praxis. Ein Jahr später sind bereits 64 Prozent als Kassenärzte niedergelassen. Ende 1993 sind es schon 97 Prozent. Früh schon werden die ersten Hausarztvereinigungen gegründet und suchen den Schulterschluss mit den Kolleginnen und Kollegen in den alten Bundesländern.

1993 beschließt der **16. Deutsche Hausärzttag** in Saarbrücken ein **Grundsatzpapier** „Allgemeinmedizin in Deutschland“, das von einer gemeinsamen Kommission des Berufsverbands der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschland (BPA) und dem Fachverband Deutscher Allgemeinärzte (FDA) erarbeitet worden war. Ein Jahr später wird in Würzburg eine Vereinigung der beiden Verbände beschlossen. Der neue Verband heißt nun **Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands (BDA)**. Der Zusammenschluss hatte weitreichende, positive Folgen für die Hausärzte. BDA und DEGAM konnten jetzt ihre gebündelte Stärke in die Diskussion einbringen: 1995 kämpften sie gemeinsam dafür, die Weiterbildung in Allgemeinmedizin auf fünf Jahre festzulegen. Dies setzten sie auf dem **Deutschen Ärztetag 1996** in einem Beschluss durch. In der Folge wurde der **Facharzt für Allgemeinmedizin** eingeführt und war damit begrifflich den anderen Fachärzten gleichgestellt.

1999 wurde Eberhard Mehl Hauptgeschäftsführer des BDA und blieb dies 18 Jahre lang. In seine Amtszeit fielen u. a. die Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV).

### Budgetierung und Niederlassungsboom

Die Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin änderte aber nichts daran, dass hausärztliche Kompetenzen weiterhin fachärztlichen Gruppen zugeordnet wurden. Auch bei der Honorarverteilung in den KVen wurden

### Der Vorsitzende in den 90er Jahren



**Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow**  
1993 – 2003

Bei seinem Abschied nach zehn Jahren als Vorsitzender des Bundesverbandes wurde Kossow als „berufspolitisches Urgestein“ gewürdigt und einstimmig zum Ehrenvorsitzenden gewählt. 1998 wurde Kossow an der Universität Bremen im Fachbereich 11 „Human- und Gesundheitswissenschaften“ zum Honorarprofessor ernannt.

Hausärzte massiv benachteiligt. Zudem stellten die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1992 eingeführte **Budgetierung** und der **Niederlassungsboom** im Jahr 1993 vor allem die hausärztliche Versorgung vor große Herausforderungen. Als Lösung bringt der BDA eine komplette Trennung der „Honorartöpfe“ in allen KV-Bereichen und bei allen gesetzlichen Krankenkassen ins Spiel, die Bildung einer eigenständigen Hausarzt-KV wird als Alternativlösung zum tradierten KV-System erwogen. Beim 17. Hausärztertag 1994 in Würzburg befürworteten die Delegierten nach kontroverser Diskussion schließlich ein **hausarztgestütztes Primärarztssystem**, das auf der Basis von „dreiseitigen Verträgen“ (Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Hausärzte) entwickelt werden soll.

Handlungsbedarf sieht der BDA auch bei der 1992 eingeführten Krankenversichertenkarte. Der „**Chipkarten-Tourismus**“ habe seit 1994 eine Mehrfachinanspruchnahme von Ärzten derselben Fachrichtung provoziert. Allein durch die Chipkarte seien Mehrausgaben in Höhe von mehreren Milliarden DM entstanden. Beim 20. Hausärztertag 1997 in Dortmund mahnt der Bundesvorsitzende Prof. Kossow, ein System mit knapper werdenden Mitteln, das zudem unter dem Diktat der Beitragsstabilität steht, könne sich künftig keine Doppel- und Mehrfachstrukturen, Doppeldiagnostik und -therapie und ungezügelter fachärztliche Mengenausweitung mehr leisten.

Eine Neuordnung der ambulanten Versorgung sei auch deshalb notwendig, weil in Zusammenhang mit der Zulassung eines neuen Heilberufes – der psychologischen Psychotherapeuten – finanzielle Mittel der GKV in Höhe von rund 1,5 Milliarden DM jährlich zulasten der ärztlichen Gesamtvergütung abgezweigt werden sollen.

## Implementierung zur Pflicht der Weiterbildung

# 1991

Der strategisch wichtige Erfolg einer **Pflicht-Weiterbildung Allgemeinmedizin 1990** in Würzburg wurde auch erreicht durch den klugen Schachzug, die Dauer der Pflicht-Weiterbildung auf drei Jahre zu beschränken. Damit konnte man den Argumenten insbesondere des Marburger Bundes, dass es keine ausreichenden Weiterbildungsstellen gibt, argumentativ gut entgegentreten. Gleichwohl war selbstverständlich damit noch nicht die gewünschte Gleichstellung mit anderen Facharzt-Weiterbildungen



14. Deutscher Hausärztertag 1991 in Bad Honnef: Blick auf das Podium des Bundesvorstandes.

erreicht. Dies würde voraussetzen, dass die Dauer der Weiterbildung vergleichbar ist mit der Weiterbildung in anderen großen Fächern. Ein wichtiger Zwischenschritt war nach vielen Diskussionen in der Bundesärztekammer mit dem damaligen Vize-Präsidenten Professor Jörg Hoppe, dass **1996** beim 99. Deutschen Ärztetag in Köln eine **neue Definition des Gebietes Allgemeinmedizin** verabschiedet wurde. Damit war ein Auftrag des Deutschen Ärztetages an den Ärztetag 1997 in Eisenach verbunden, einen „im Hinblick auf eine hausärztliche Tätigkeit neu formulierten Weiterbildungs-gang für das Gebiet Allgemeinmedizin“ vorzulegen.

Mittlerweile war **1995 die Vereinigung** des Berufsverbandes der praktischen Ärzte (BPA) und des Fachverbandes Deutscher Allgemeinärzte (FDA) vollzogen worden. Der neue starke Verband hieß nun **Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands (BDA)**. Durch den inhaltlichen und personellen Zufluss aus dem FDA konnte die Argumentation des BDA weiter verstärkt werden und in der neuen Definition der Allgemeinmedizin wurde dem Fach eine umfangreiche Betreuungsaufgabe zugeschrieben. Die allgemeinmedizinische Betreuung beinhaltete die **„lebensbegleitende hausärztliche Betreuung von Patienten bei jeder Art von Gesundheitsstörung unter**

## Initiativprogramm Allgemeinmedizin

Ein Grund für die Verlängerung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auf fünf Jahre war die **Trennung in hausärztliche und fachärztliche Versorgung**, die im Gesundheitsstrukturgesetz 1993 verankert wurde. Es gab einen klaren politischen Willen, die hausärztliche Versorgung und damit die Allgemeinmedizin zu stärken. Die Gesundheitsministerkonferenz beriet ab **1995** darüber, wie die Zahl der Allgemeinärztinnen und -ärzte gesteigert werden könnte und veröffentlichte schließlich das **Initiativprogramm Allgemeinmedizin**. Dies übernahm der Bundesgesetzgeber und führte 1999 eine zunächst auf zwei Jahre begrenzte Anschubfinanzierung für Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin ein. Dieses Förderprogramm hatten die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die GKV vertraglich umzusetzen. Für den ambulanten Bereich sah der Vertrag der GKV mit der KBV vor, entsprechend dem geschätzten Ersatzbedarf bundesweit 1.500 Stellen 1999 und 3.000 Stellen im Jahr 2000 zu fördern. Kassen und KVen zahlen paritätisch je Stelle max. 2.000 DM monatlich. Tatsächlich hatten sich fast alle regionalen KVen aber festgelegt, mit dem Höchstbetrag zu fördern. Im stationären Bereich vereinbarten die Krankenkassen und die DKG, dass Personalstellen explizit als **Weiterbildungsstellen für die Allgemeinmedizin ausgewiesen** werden und die Kassen diese mit 2.000 DM monatlich subventionieren. 1999 wurden auf diese Weise 1.500 Krankenhausstellen gefördert. Das zuerst auf zwei Jahre befristete Initiativprogramm wurde durch das Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 unbefristet verlängert. 2010 wurden die beiden Vereinbarungen für den ambulanten und stationären Bereich zusammengelegt und Koordinierungsstellen Allgemeinmedizin eingeführt, die den im Rahmen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung notwendigen Stellenwechsel erleichtern sollten. schließlich, auch auf Druck des Deutschen Hausärzteverbandes, das in „**Förderprogramm Weiterbildung Allgemeinmedizin**“ umbenannte Initiativprogramm als fester Bestandteil im SGB V als § 75a aufgenommen und die Zahl der geförderten Stellen auf 7.500 und die Fördersumme an die im Krankenhaus übliche Vergütung von 4.800 Euro angeglichen.

Diese Maßnahmen blieben nicht ohne Wirkung: Ab 2011 stieg die Zahl der Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin stark an, was sich in der Folge auch bei den Facharztprüfungen zeigte (s. *Tab. nächste Seite*).

## Entwicklung der Facharzt-Anerkennungen

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Zahl der FA-Anerkennungen Allgemeinmedizin und Innere Medizin/AM	1.298	1.197	1.112	1.218	1.337	1.321	1.415	1.567	1.689
Zahl der Ärzte/Ärztinnen in Weiterbildung im ambulanten Bereich	3.483	3.842	4.299	4.902	5.395	5.878	6.665	7.310	-
im stationären Bereich	2.025	2.199	2.408	2.583	2.810	3.357	-*	-*	-*

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Bundesärztekammer (BÄK)

\* = Änderung Zählweise

**Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen der Patienten“.** Mit diesem umfassenden Anspruch, der die Versorgungsrealität in hausärztlichen Praxen aufnahm und die Bedeutung des Faches Allgemeinmedizin unterstrich, war die Beschränkung auf drei Jahre argumentativ nicht mehr zu halten. So wurde 1997 beim 100. Deutschen Ärztetag die Neuformulierung der Allgemeinmedizin beschlossen und die **Weiterbildungszeit auf fünf Jahre** erhöht.

Trotzdem gab es beim 100. Deutschen Ärztetag, der die neue Weiterbildung Allgemeinmedizin relativ schnell verabschiedete, massiven Widerstand aus den Reihen des Marburger Bundes. Vor allem zweifelte der Marburger Bund aufgrund fehlender Weiterbildungsstellen die Umsetzbarkeit der neuen Regelung an. Um diesem Argument entgegenzutreten, war der BDA bereit, den sogenannten Konditionalbeschluss zu akzeptieren, mit dem die Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung abhängig gemacht wird von der Zurverfügungstellung von ausreichenden finanziellen Ressourcen für Weiterbildungsstellen. Dieses Risiko war insoweit überschaubar, da bereits die Gesundheitsministerkonferenz seit 1995 auf eine Verlängerung der Weiterbildung Allgemeinmedizin hin gedrängt hatte und es Anzeichen dafür gab, dass auch das Problem der Weiterbildungsstellen politisch erkannt worden ist.

Bereits 1995 hatte die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) einen Arbeitsausschuss eingesetzt, der ein Konzept zur Förderung der Allgemeinmedizin erarbeiten sollte. Der BDA nutzte seine Möglichkeiten, um bei den Länderministerien massiv für eine finanzielle Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu werben. Im Jahr 1998 legte dann die GMK das „Initiativprogramm zur Sicherstellung der **allgemeinmedizinischen Versorgung**“ vor, mit dem

Blick auf das Podium des Bundesvorstandes auf dem 17. Deutschen Hausärzttetag 1994 in Würzburg.

1994





die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet wurden, Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin zu finanzieren. Damit war der Finanzierungsvorbehalt des 100. Deutschen Ärztetages in Eisenach für die Umsetzung der fünfjährigen (Muster-)Weiterbildungsordnung im Gebiet Allgemeinmedizin erfüllt und der darauf folgende Deutsche Ärztetag in Köln verabschiedete sie 1998 schließlich endgültig.

## Radikalkur in der Honorierung

Da es im Rahmen der Neugestaltung des EBM im Jahr 1987 zu einer Leistungsausweitung kam, die von der schon damals „gedeckelten Gesamtvergütung“ nicht abgedeckt werden konnte, haben sich am 31. August 1995 Kassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf eine „Bundesempfehlung zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung“ geeinigt. Entgegen der „EBM-Reform von 1987“ handelte es sich hier um eine Strukturmaßnahme, die einen Ausgleich zwischen dem Leistungsbedarf und den vorhandenen finanziellen Mitteln schaffen sollte. Einen Teil der ärztlichen Leistungen hat man damals, fachgruppenspezifisch unterschiedlich, einer Pauschalierung unterworfen, während ein anderer betriebswirtschaftlich kalkuliert neu bewertet wurde. Damit endete die Ära dieses „Einheitlichen Bewertungsmaßstabes“, dessen Ausgangspunkt nicht die reale, sondern eine relative Bewertung der einzelnen vertragsärztlichen Leistungen zueinander war.

### Auszug aus der damals aktuellen Gebührenordnung von 1996

EBM 1987	EBM 1996	Legende (Kurzform)	Punkte
		Hausärztliche Grundvergütung (von KV automatisch zugesetzt)	90
1, 4, 8, 9, 10, 14	1	Ordinationsgebühr (Erstkontakt)	265 M/F 475 R
61, 62, 63 200	2	Konsultationsgebühr (Folgekontakte)	265 M/F 475 R
10	10	Therapeutisch-hausärztliches Gespräch	450
11	17	Erörterung bei lebensverändernder/lebensbedrohender Erkrankung	450
	18	Zuschlag zu den Nrn. 10 oder 17 bei Gesprächsdauer von mehr als 30 Minuten	450
	20	Betreuung eines moribunden Patienten	1800
800	21	Behandlung bei psychischer Dekompensation	800

Quelle: G.W. Zimmermann

# 1993



Der von 1992 bis 1998 amtierende Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer löst mit seiner Ankündigung, Zulassungssperren zu erlassen, 1993 einen beispiellosen Niederlassungsboom aus. In Erwartung der bevorstehenden Sperre ließen sich rund 10.000 Mediziner noch vor dem Stichtag nieder. Als »Seehofer-Bauch« wirkt der nach seinem Verursacher benannte Boom bis heute in der ärztlichen Bedarfs- und Versorgungsplanung fort.

» Die Lösung der Zukunft wird nicht erreicht, wenn Sie immer formulieren, was nicht geht.

Horst Seehofer auf dem Deutschen Ärztetag 1993

## Pauschalierung und Abstufung der Honorare

Auslöser für diese „Radikalkur“ waren zu dieser Zeit auch schon gesetzliche Vorgaben im SGB V, die eine Bildung von Komplexleistungen bis spätestens zum 31. Dezember 1995 forderten. Pauschalierung und Abstufung der Honorare, wo man entweder ein standardisierbares medizinisches Vorgehen für möglich hielt oder einer Mengenentwicklung im technischen Bereich entgegengewirkt werden sollte, führten zu neuen Komplexhonoraren bzw. (Geräte-)Abstufungen. Im Gegenzug wurden diejenigen Leistungen, bei denen ein floatender Punktwert unter Berücksichtigung des Kostenanteiles irgendwann zu einem Nullhonorar oder sogar Minushonorar geführt hätte, einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation unterworfen und nach diesem Prinzip bewertet.

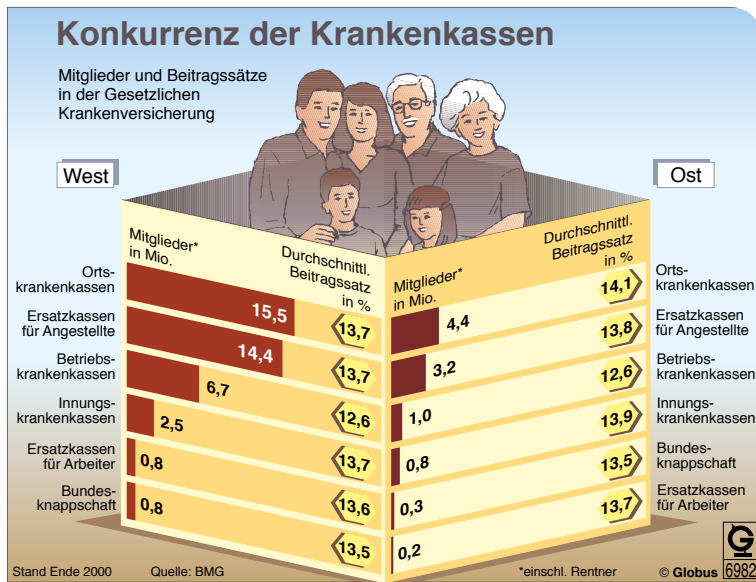
In der Tabelle auf S. 39 sind die wichtigsten Pauschalleistungen im damaligen hausärztlichen Bereich aufgeführt, wie sie zum 1. Januar 1996 eingeführt wurden. Die in den Komplexen aufgegangenen EBM-Leistungen von 1987 sind beispielhaft dargestellt.

## (Gesundheits-)Politische und gesellschaftliche Ereignisse

Die weiter anhaltenden Finanzprobleme der Krankenkassen hatten die Grenzen der bislang verfolgten Kostendämpfungspolitik deutlich gemacht und die politische Bereitschaft für strukturelle Reformen vergrößert.

Anfang Oktober 1992 trafen sich in Lahnstein am Rhein Gesundheitspolitiker der schwarz-gelben Regierungskoalition, der SPD und der Länder, um über einen gemeinsamen Gesetzentwurf zu beraten, der als **Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) am 1. Januar 1993** in Kraft trat. Verhandlungsführer waren Horst Seehofer (CSU), seit Mai Bundesgesundheitsminister, und der SPD-Sozialpolitiker Rudolf Dreßler. Hauptthema war die Organisationsreform der GKV mit freier Kassenwahl und einem kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich. **Die Beschlüsse von Lahnstein**, die heute noch als Meilenstein der Gesundheitspolitik gelten, sahen die **freie Kassenwahl für alle Versicherten** ab 1996 vor.

Im Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder wurde der Beitragsatz zunehmend entscheidend. Für alle Kassen, mit Ausnahme der Betriebs- und Innungskrankenkassen, wurde ein Kontrahierungszwang eingeführt. Ab 1994 sollte in der allgemeinen Krankenversicherung und ab 1995 auch in der Krankenversicherung der Rentner ein bundesweiter kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt werden, der die Risiken Einkommen, mitversicherte Familienangehörige,



Reform der Reform: „Mehr Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen“, so lautete das Motto 1996.

Alter und Geschlecht der Versicherten abdecken sollte. Der RSA sollte nach West und Ost getrennt durchgeführt werden, bis die Grundlohnsumme in den neuen Ländern 90 Prozent des Grundlohniveaus der Westländer erreicht hat. Beschlossen wurden außerdem u. a.:

- Einführung einer Positivliste der GKV-erstattungsfähigen Arzneimittel,
- Leistungskomplexhonorare für Kassenärzte und Förderung der hausärztlichen Versorgung,
- Neuordnung der Krankenhausfinanzierung durch schrittweisen Übergang zu abteilungsbezogenen Pflegesätzen und Fallpauschalen,
- Öffnung der Krankenhäuser für ambulantes Operieren sowie vor- und nachstationäre Behandlung,
- Zulassungsbegrenzungen für Kassenärzte, Einführung einer Altersgrenze von 68 Jahren,
- Grundlohnorientierte Budgetierung aller GKV-Ausgaben von 1993 bis 1995,
- an Packungsgrößen orientierte Zuzahlungen bei Arzneimitteln.

Eine Konsequenz der Beschlüsse von Lahnstein war ein zunehmender **Kassenwettbewerb**, der sich vor allem auf die Verträge der Kassen mit den Leistungserbringern und das Verhältnis von Kollektiv- zu Selektivverträgen auswirkte.

Auch nach Lahnstein war der Reformeifer ungebrochen. Weitere Gesetze in den 90er Jahren waren in schneller Folge das Beitragsentlastungsgesetz (1996), das 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1997), das Solidaritätsstärkungsgesetz (1998) und das GKV-Gesundheitsreformgesetz (1999).

» Das sogenannte **Gesundheits-Reformgesetz** impliziert eine Fülle von Auflagen, Restriktionen und auch Drohungen, die sich vornehmlich in der hausärztlichen Versorgungsebene auswirken.

Dr. Eckhart Hoch beim 14. Hausärztetag 1991 in Bad Honnef

Mit dem 1. GKV-Neuordnungsgesetz wurden Strukturverträge eingeführt. Dadurch können Kassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen außerhalb der Gesamtvergütung für ihre Versicherten Verträge mit Hausärztinnen und Hausärzten und Praxisnetzen schließen. Außerdem können Kassen nun Modellvorhaben einzeln oder kassenübergreifend durchführen.

Angesichts einer gestiegenen Lebenserwartung und einer steigenden Zahl von Pflegebedürftigen, die oftmals Sozialhilfe beantragen mussten, wird 1995 die soziale Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig („fünfte Säule“) der Sozialversicherung eingeführt. Die Einführung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung ist eng mit dem Namen des damaligen Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Norbert Blüm (CDU), verbunden.

## Strukturen in den Praxen

Mit der zunehmenden Öffnung und Liberalisierung der ambulanten Versorgung entstehen ab etwa Mitte der 90er-Jahre die ersten **Praxisnetze**. Dabei gibt es große Unterschiede zwischen den Netzen. Einige bündeln zahlreiche Ärzte einer Region, sodass diese eine hohe Verbindlichkeit und funktionierende Managementstrukturen aufweisen und etwa Verträge mit Krankenkassen eigenständig abschließen. Andere haben sich für weniger verbindliche Strukturen entschieden. 2020 gehören etwa ein Viertel der niedergelassenen Ärzte einem Praxisnetz an.

Anfang der 90er Jahre wurden in Deutschland im Rahmen von Modellprojekten die **ersten Qualitätszirkel im Gesundheitswesen** gegründet. Im hausärztlichen Bereich erarbeitete man Konzepte eines strukturierten, kollegialen Austausches, die ständig weiterentwickelt wurden. Nachdem die Ärztekammern 1999 die Einführung von **Fortbildungszertifikaten** beschlossen hatten, können für die Teilnahme an Qualitätszirkeln auch entsprechende Fortbildungspunkte erworben werden.

Heute haben sich Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung nahezu flächendeckend etabliert – bei den Qualitätszirkeln zur Pharmakotherapie gelten **Hausärztinnen und Hausärzte mittlerweile sogar als Vorreiter**. Wissenschaftler des AQUA-Instituts in Göttingen haben festgestellt, dass sich das Verschreibungsverhalten der beteiligten Ärzte in qualitativer wie wirtschaftlicher Hinsicht veränderte: Sie verschreiben kritischer und zurückhaltender. Es zeigen sich – so das AQUA-Institut – positive Effekte hinsichtlich Arzneimittelsicherheit und -interaktion, z. B. Vermeidung von Polymedikation und Me-Too-Präparaten, bei gleichzeitig geringerem Anstieg der Kosten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe.



2000-2010

Zu Beginn des neuen Jahrtausends verspüren die Hausärzte Aufwind: Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) erkennt und fördert ihre Schlüsselposition im Gesundheitswesen. Aus dem BDA, dem Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands, wird der Deutsche Hausärzteverband. Und mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) wird eine neue Struktur in der Gesundheitsversorgung etabliert. Der Start allerdings ist holprig, viele Krankenkassen wollen nicht mitziehen, etliche KVen leisten Widerstand und ein FDP-Gesundheitsminister versucht, die HZV auszubremsen.

## Der Deutsche Hausärzteverband – von Hausärzten für Hausärzte

Beim **25. Deutschen Hausärztertage 2002** in Koblenz ändert der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands (BDA) seinen Namen und ist ab jetzt der **Deutsche Hausärzteverband e.V.** Hintergrund der Namensänderung war, dass auch alle hausärztlich tätigen Internisten im Deutschen Hausärzteverband eine berufspolitische Heimat finden sollten. Anstoß hatte auch der Beschluss des Deutschen Ärztetages 2002 in Rostock gegeben, wonach der Hausarzt der Zukunft der „**Arzt für Innere und Allgemeinmedizin**“ mit einer einheitlichen fünfjährigen Weiterbildung sein wird. Daraufhin erklärt der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), er werde die beschlossene Änderung der Weiterbildungsordnung nicht mehr mittragen.

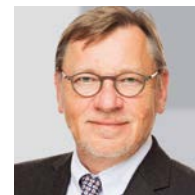
Ein Jahr später, beim Hausärztertage 2003 in Travemünde, wird deutlich, dass das geplante GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) die versprochene Stärkung der hausärztlichen Versorgung nicht in der Intensität umsetzt wie erwartet. Die Krankenkassen sollen lediglich verpflichtet werden, ihren Versicherten auf freiwilliger Basis eine Hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Das Interesse vieler Krankenkassen am eigens dafür geschaffenen **§ 73b SGB V** ist klein, mehr im Fokus stehen zu diesem Zeitpunkt die Verträge zur Integrierten Versorgung nach **§ 140 SGB V**.

Ein Integrationsvertrag des Hausärzteverbands mit der Barmer Ersatzkasse entwickelt sich innerhalb kurzer Zeit zum Renner, weitere landesweite Integrationsverträge mit der AOK in Brandenburg, Baden-Württemberg, Bayern und Sachsen folgen.

Um den Landesverbänden bei den Verhandlungen und der Umsetzung der HZV-Verträge zur Seite zu stehen, wird die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) gegründet. Sie soll die Hausärztinnen und Hausärzte bei der reibungslosen Teilnahme an der HZV unterstützen.

Mehr als 4.000 Hausärzte schreiben sich allein in den Integrationsvertrag mit der AOK in Baden-Württemberg ein. Auf dieser Basis gelingt es im Mai

### Die Vorsitzenden in den 2000er Jahren



**Ulrich Weigeldt**

**2003 - 2005 und 2007 bis heute**

Ulrich Weigeldt setzt sich bis heute als Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes für die Sache der Hausärztinnen und Hausärzte ein und war maßgeblich an der Entwicklung und Verbreitung der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung beteiligt.



**Rainer H. Kötze**

**2005 - 2007**

Rainer Kötze forderte eine Neuorganisation der KVen mit mehr Rechten für die Hausärztinnen und Hausärzte.

## 2007



Auf dem Deutschen Hausärztag 2007 in Berlin (v.l.n.r.): Dr. Wolfgang Hoppenthaller, Dr. Dieter Conrad, Dipl. med. Andreas Petri, Dr. Berthold Dietsche, Ulrich Weigeldt, Dipl.-med. Ingrid Dänschel (eh. Pawlick), Dr. Heinz Jarmatz, Dr. Wolfgang Meunier, Dr. Carl Hans Biedendieck.

2008 schließlich den Partnern von Hausärzterverband, Medi-Verbund und AOK in Baden-Württemberg, den ersten Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V zu schließen.

### Paragraf 73b SGB V neu: Hausärzte mandatieren ihren Verband

Durch eine Neuformulierung des § 73b SGB V bestimmt der Gesetzgeber schließlich, dass die Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 vorrangig Hausarztverträge mit solchen Gemeinschaften schließen, „die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KV vertreten“. Die flächendeckende Umsetzung des neuen § 73b SGB V nimmt Fahrt auf. In fast allen Bundesländern mandatieren die Hausärzte den jeweiligen Landesverband. Doch einige Krankenkassen wollen keine Hausarztverträge als Vollversorgungsverträge mit dem Verband abschließen. Es folgen bundesweit Schiedsverfahren.

Im Sommer 2010 kündigt Bundesgesundheitsminister Philip Rösler (FDP) an, mit der nächsten Gesundheitsreform solle das Vergütungsniveau in der Hausarztzentrierten Versorgung begrenzt werden. Neue Verträge sollen künftig nicht besser ausgestattet sein als die hausärztliche Regelversorgung im Kollektivvertrag. Es hagelt Proteste.

## Wenig Fortschritte in Sachen Weiterbildung

Nachdem **1998 der Deutsche Ärztetag in Köln** endgültig die fünfjährige Weiterbildung Allgemeinmedizin mit umfangreichen Funktionen und Kompetenzen verabschiedet hatte, wurde dies als **Meilenstein für die Allgemeinmedizin** gefeiert. Das Fach war umfassend definiert, der Versorgungsanspruch entsprach der Realität und war auch offen für zukünftige Anforderungen. Gleichzeitig gab es auch die Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die ebenfalls hausärztlich tätig waren. Diese Dualität in der hausärztlichen Versorgung von Erwachsenen fand auch Eingang in die Benennung der Arztgruppen, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, wie sie im § 73 SGB V vorgenommen wurde: Neben Allgemeinärzten sind auch u. a. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung aufgenommen.

## 2008



Im Mai 2008 wird der erste Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V neu zwischen dem Hausärzterverband Baden-Württemberg, dem Medi-Verbund und der AOK Baden-Württemberg geschlossen.



## Innerärztliche Konflikte um die „bessere“ Hausarztmedizin

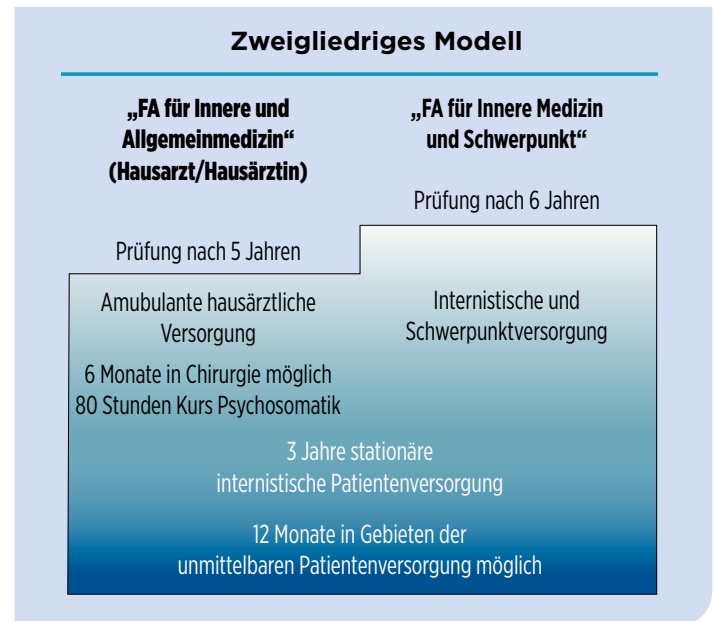
Auch wenn die Allgemeinmedizin durch ihre umfassende Definition und ihre verpflichtende Weiterbildungszeit im hausärztlichen Bereich eine sehr gute Vorbereitung auf die hausärztliche Versorgung darstellte, ließen sich auch immer mehr Internisten ohne Schwerpunkt in diesem Versorgungsbereich nieder. Dies führte zu innerärztlichen Konflikten und der oft polemischen Frage, wer denn nun die bessere Hausarztmedizin machen würde. Dieser lange schwelende Streit führte schließlich zu der Überlegung, die beiden Fächer zu einem Großgebiet zu integrieren. Der Deutsche Hausärzterverband hatte in Zusammenarbeit mit der DEGAM ein **Integrationsmodell** entwickelt, das eine Verschmelzung von Allgemeinmedizin und allgemeiner Innerer Medizin vorsah und das im Ergebnis die spezialisierte Innere Medizin ausschließlich im fachärztlichen Bereich verortet und der neue fusionierte Facharzt Allgemeinmedizin/Innere Medizin die hausärztliche Versorgung und gegebenenfalls Tätigkeiten in allgemeinen internistischen Abteilungen übernimmt. Da sich dieser **neue Typ Hausarzt** aus den Quellen Allgemeinmedizin und Innere speisen würde, war mit diesem Konzept auch die Hoffnung verbunden, das Problem der anhaltenden Nachwuchsproblematik in der Allgemeinmedizin zu heilen.

Schon zu Beginn der Diskussion über ein **zweigliedriges Modell** (s. Abb.), das Schwerpunkt-Internisten und Hausärzte differenziert, war der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) ein entschiedener Gegner einer Fusion. Der BDI argumentierte, dass mit dem faktischen Wegfall eines Internisten ohne Schwerpunkt die Einheit des Faches Innere Medizin gefährdet sei und sich die Schwerpunkt-Internisten in ihren Spezialitäten weiterentwickeln und verselbständigen würden. Nach zahllosen Sitzungen unter Moderation und im Hause der Bundesärztekammer, aber auch von Vertretern des Hausärzterverbandes, der DEGAM, des BDI und der Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) untereinander wurde deutlich, dass es kein gemeinsames Konzept der Verbände und Fachgesellschaften der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin geben kann und auf dem 106. Deutschen Ärztetag in Rostock über unterschiedliche Modelle kontrovers diskutiert werden wird.

## Das „Rostocker-Modell“

Nach einer langen und zum Teil hitzigen Debatte verabschiedete der 106. Deutsche Ärztetag das vom Hausärzterverband und der Bundesärztekammer favorisierte **zweigliedrige Modell** (s. Abb.), das auf der Grundlage einer gemeinsamen Weiterbildungszeit von drei Jahren, die Weiterbildung zu einem Schwerpunktinternisten und Facharzt/-ärztin für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt/Hausärztin) differenziert.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) war in Teilen gegen dieses Integrationsmodell, da die 240-stündige Seminarweiterbildung



Getrennte Weiterbildung in den Schwerpunkten der Inneren Medizin und der Inneren und Allgemeinmedizin (Hausarzt/Hausärztin): zweigliedriges Modell.

## 2009

- » Hausärztinnen und Hausärzte brauchen verlässliche Arbeitsbedingungen und eine Honorarordnung, die ihr Einkommen sichert. Sie haben weder Zeit noch Lust, sich mit ständig wechselnden EBM-Konditionen zu befassen.

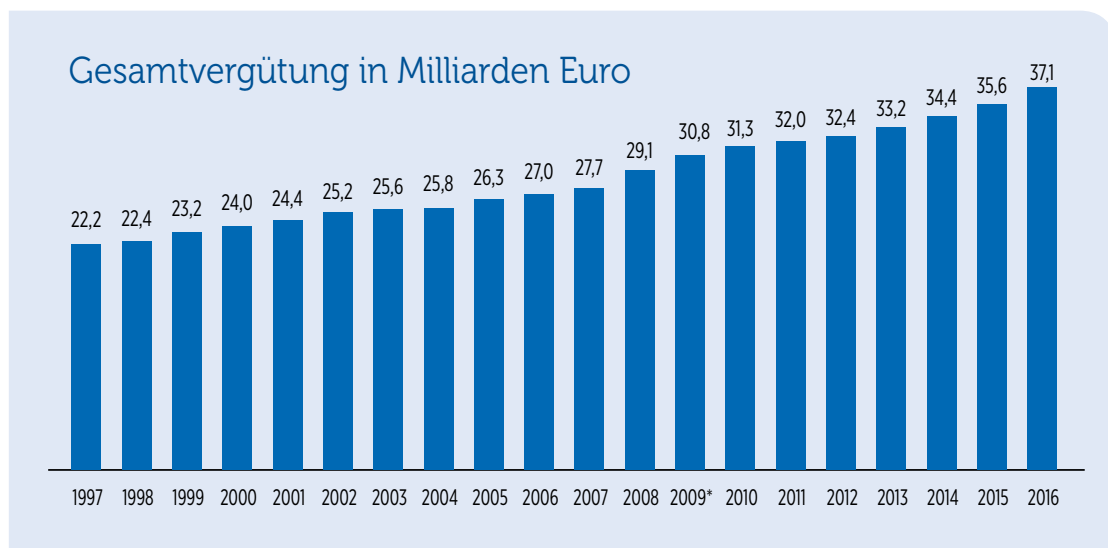
Ulrich Weigeldt auf dem 32. Hausärztertäg 2009 in Berlin



Allgemeinmedizin, die sehr stark zur Identitätsbildung im Fach Allgemeinmedizin beigetragen hatte, für den Kompromiss gestrichen wurde. Am Ende konnten sich aber die pragmatischen Kräfte in der DEGAM durchsetzen, insbesondere wegen der Aussicht, in diesem historischen Zeitfenster die Dualität zwischen Innerer Medizin und Allgemeinmedizin im hausärztlichen Bereich endgültig zu beenden. Unzweifelhaft war auch, dass der neu geschaffene „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt/Hausärztin)“ sehr stark allgemeinmedizinisch geprägt sein würde. Der 106. Deutsche Ärztetag in Köln hat dann im Jahr **2004 das neue Gebiet „Innere und Allgemeinmedizin“** nach der Grundsatzentscheidung von 2002 in Rostock endgültig verabschiedet.

Im Nachgang zum Kölner Beschluss zeigten sich erneut die **Tücken des Kammersystems** in Deutschland. Auch wenn die Musterweiterbildungsordnung, die von den Deutschen Ärztetagen verabschiedet wird, allgemeingültig sein sollte für alle Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern, gab und gibt es mehr oder weniger gravierende Abweichungen. Dies erfolgte auch nach 2003, als fünf Ärztekammern (Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen) zusätzlich zu dem zweigliedrigen Modell und neben dem Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt/Hausärztin) den Facharzt für „Allgemeine Innere Medizin“ in ihrer Weiterbildungsordnung einführten. Damit war das Rostocker-Modell und damit der Grundkonsens, der auch durch schmerzhafte Kompromisse des Hausärzterverbandes und der DEGAM erreicht wurde, aufgekländigt.

Die Konsequenz dessen war, dass auch die Bundesärztekammer beim 110. Deutschen Ärztetag 2007 in Münster den Allgemeininternisten erneut in die (Muster-)Weiterbildungsordnung einführte. Folgerichtig war dann, dass beim 113. Deutschen Ärztetag 2010 in Dresden der Facharzt für Allgemeinmedizin wieder eingeführt wurde und der fusionierte Facharzt für Innere



Entwicklung des ärztlichen Honorars in Deutschland von 1997 bis 2016 (Gesamtvergütung in Milliarden Euro).

und Allgemeinmedizin endgültig abgeschafft war. Mit dieser Rolle rückwärts war die Weiterbildungssituation im hausärztlichen Bereich wieder in der Zeit vor Rostock angekommen.

## Honorar: Reform der Reform

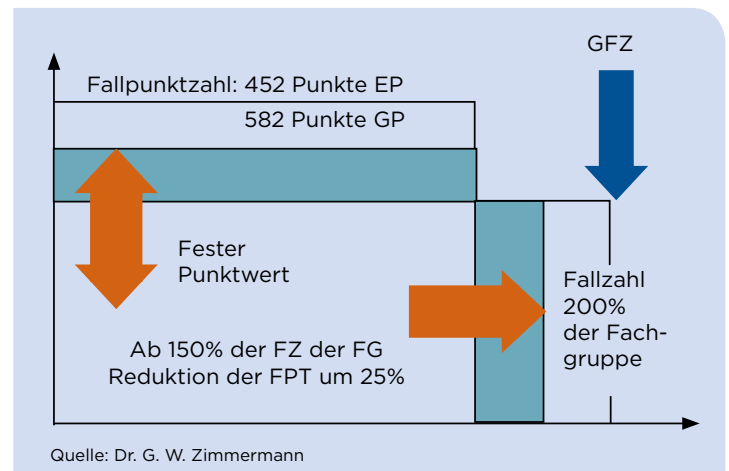
Weil auch diese Reform der Reform des EBM von 1987 zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis führte, begann die KBV bereits 1998 an einer weiteren, grundlegenden Gebührenordnungsreform für vertragsärztliche Leistungen zu arbeiten, die auch ein neues Mengensteuerungselement, die **Regelleistungsvolumen**, enthielt. Notwendig wurde dieser Schritt, nachdem schnell klar war, dass die EBM-Reform von 1996 nur einen Teilschritt in Richtung eines betriebswirtschaftlich kalkulierten Honorars sein konnte. Die **Praxisbudgets**, die eigentlich nur als Zwischenlösung gedacht, schnell nachgeschoben wurden, waren nicht geeignet, langfristig eine solche Kalkulation zu gewährleisten. Schließlich stammten die dort enthaltenen Betriebskostenanteile aus dem Jahr 1994 und wurden – mangels Masse – in der Folge niemals angepasst.

### EBM 2000plus: Paradigmenwechsel nach acht Jahren

Erst ein Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2002 verfügte, dass Honorarabrechnungen, die nach dem 1. Januar 2003 die veränderten Praxiskosten nicht berücksichtigten, als rechtswidrig anzusehen sind. In ihrer Not, nunmehr handeln zu müssen, erinnerte sich die KBV wieder an den seit 1998 beratenen **EBM 2000plus**. Das Problem war nur, in den vielen Beratungsphasen mit den Berufsverbänden und in den eigenen Gremien hatte man sich zwar ausführlich mit den Inhalten des Gebührenordnungs-teils beschäftigt, den eigentlichen „Knackpunkt“ – die **Regelleistungsvolumina** – aber vernachlässigt.

Das Ergebnis war ein Beschluss des Bewertungsausschusses am **19. Oktober 2004**, der zur Einführung des sogenannten EBM 2000plus unter Zugrundelegung einer ungenügend vorbereiteten Mengensteuerung über Regelleistungsvolumina führte. Am **1. April 2005** trat dieser EBM 2000plus als neuerliche Novellierung der Gebührenordnung für vertragsärztliche Leistungen in Kraft, dem damit ein fast acht Jahre dauernder Beratungsprozess vorausging. Der EBM 2000plus war ein Paradigmenwechsel in der Honorierungssystematik unter einem immer rigider werdenden Budget. Erstmals wurden nahezu alle **einzelnen Leistungen betriebswirtschaftlich kalkuliert** und damit realitätskonform bewertet.

Da das Geld, das in der ambulanten Versorgung zur Verfügung steht, aber schon damals nicht reichte, um diese so kalkulierten Leistungen auch zu bezahlen, stieß auch diese neue Gebührenordnung bald an ihre Grenzen. Die



Mit dem EBM 2000plus wurden die Regelleistungsvolumen „erfunden“.



» Wenn der Hausarzt als Lotse im Gesundheitswesen eingesetzt wird, beschränkt das nicht die Freiheit, sondern erhöht die Sicherheit für die Patienten.

Bundesgesundheitsministerin  
Ulla Schmidt (SPD) beim  
24. Hausärztetag 2001 in Hannover

gut gemeinten Vorgaben mit festen Punktwerten im Regelleistungsbereich und bei besonders förderungswürdigen Leistungen ließen sich nicht durchhalten. Nahezu alle KVen hatten deshalb an ihrem alten Verteilungssystem festgehalten und ihre bisherigen Individualbudgets lediglich zu Regelleistungsvolumen umbenannt, eine Maßnahme, die sich später bei der Einführung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung bitter rächen sollte.

### Und noch eine Reform im Jahr 2008

Die **neuerliche EBM-Reform zum 1. Januar 2008** war die logische Folge des Scheiterns des EBM 2000plus. Damit alles bezahlbar bleibt, wenn die Menschen im Land krank werden, sollten die ärztlichen Leistungen dort zwar nach Euro, aber auf der Basis noch umfangreicherer Pauschalen und durch Regelleistungsvolumina begrenzt, vergütet werden. Der bisherige "Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)" für vertragsärztliche Leistungen existiert seither endgültig nicht mehr. Im neuen EBM 2008 tauchen neben **Einzelleistungen** verstärkt die Begriffe **Leistungskomplex, Versichertenpauschale, Grund-, Konsiliar- oder Zusatzpauschale und Qualitätszuschlag** auf. Dem liegt in erster Linie eben jene weitergehende Pauschalierung durch Zusammenfassung von bisherigen Einzelleistungen zugrunde. Der größte Teil dieser neuen Leistungen im EBM 2008 wurde dabei in der Bewertung angehoben. Nur: Mehr Geld gab es zunächst 2008 trotzdem nicht!

Diese Reform bereitete vielmehr die im § 87 SGB V festgeschriebene, ab dem **1. Januar 2009 geltende regionale Euro-Gebührenordnung** als neues Vergütungssystem in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vor. Das heißt: Die bisherige Budgetierung der Leistungen wurde abgeschafft, eine Gebührenordnung mit festen Preisen, aber unter Fortbestehen einer **Mengensteuerung**, wurde eingeführt. Dadurch sollte eine vermehrte Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten geschaffen und die gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung gleichbehandelt werden. Später sollten noch finanzielle Anreize zum Abbau von Über- und Unterversorgung hinzukommen. Das Morbiditätsrisiko in der ambulanten Versorgung ging so scheinbar ab 2009 auf die Krankenkassen über. Der Preis war die Aufgabe eines betriebswirtschaftlich kalkulierten Punktwertes von 5,11 Cent.

## Veränderungen in der Hausarztpraxis

Die ärztliche Versorgung steht vor grundlegenden Änderungen. Denn inzwischen sind mehr als 60 Prozent der Studienanfänger in der Medizin Frauen. Erste Forderungen nach einer Änderung des Vertragsarztrechts, um die Anstellung von Ärzten in Teilzeit und damit eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen, werden laut. Und die ersten KVen fördern die Übernahme von Hausarztpraxen im ländlichen Raum durch Zuschüsse, Sondervergütungen oder Umsatzgarantien. Um Versorgungsengpässe zu vermeiden, tritt am 1. Januar 2017 das **Vertragsarztrechtsän-**

**derungsgesetz** in Kraft. Die Möglichkeiten einer Anstellung von Ärztinnen/Ärzten in Vertragsarztpraxen sowie das Führen einer Zweigpraxis werden erleichtert. Für die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren gibt es neue Regeln.

Am 18. Mai 2001 wird das Institut für hausärztliche Fortbildung (IHF) als Verein gegründet. Ziel des Deutschen Hausärzterverbandes ist es, mit diesem einen zentralen Beitrag zum Kompetenzerhalt in den Hausarztpraxen beizutragen. Bis heute bietet das IHF Hausärztinnen und Hausärzten und ihren Praxisteams hausarztspezifische Fortbildungen an. Dabei achtet es auf Produktneutralität, Praxisrelevanz und Evidenzbasierung.

In den Hausarztpraxen hält das Thema **Teamorientierung** Einzug. Vor diesem Hintergrund bietet das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IHF) seit Sommer 2007 ArzthelferInnen eine 200-stündige Zusatzqualifikation zur **Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH®)** an. Die Versorgungsassistenten übernehmen arztentlastende, delegierte Aufgaben und unterstützen dadurch die ÄrztInnen in der Patientenbetreuung. Mittlerweile gibt es 12.800 ausgebildete VERAH® (Stand Juli 2020).

Im September 2008 wird innerhalb der Sektion Weiterbildung der DEGAM das Netzwerk der **Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE)** gegründet. Mit mehr als 1.000 Mitgliedern ist die JADE heute eine anerkannte Nachwuchsorganisation der deutschen Allgemeinmedizin.

Um die Versicherten für anfallende Kosten bei häufigen Arztbesuchen zu sensibilisieren, wurde 2004 eine **Praxisgebühr von zehn Euro** eingeführt. Die Zuzahlung, die in den Praxen eingezogen wurde, den Krankenkassen aber unmittelbar zugute kam, musste bei Arzt-, Zahnarzt- oder Psychotherapeuten besuchen sowie im kassenärztlichen Notdienst einmal im Quartal bezahlt werden. Neben einer finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung sollte durch die Praxisgebühr vor allem erreicht werden, dass Versicherte **Fachärzte möglichst nur nach Überweisung** durch den Hausarzt aufsuchen. Ende 2012 wurde die Praxisgebühr ersatzlos gestrichen.

Etwa 2002 wurden in Deutschland die ersten **Disease-Management-Programme (DMP)** zur Behandlung chronisch Kranker eingeführt. In der gesetzlichen Krankenversicherung werden Disease-Management-Programme nach der Risikostrukturausgleichs-Verordnung durchgeführt: Die Zahl der an einem DMP teilnehmenden Patientinnen und Patienten führt dazu, dass die Krankenkassen für eingeschriebene Versicherte höhere Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Weil Ärztinnen/Ärzte sich durch die DMP in ihrer Behandlungsfreiheit eingeschränkt fühlten und die Dokumentation zum Teil sehr kompliziert war, regte sich in den Anfangsjahren starker Widerstand. Ab 2005 wurde in allen KV-Regionen die **elektronische Übermittlung der Dokumentation** eingeführt.

» Das VERAH®-Modell wurde aus der Praxis für die Praxis entworfen und hat sich als ein wahres Erfolgsrezept herausgestellt.

Ulrich Weigeldt 2019 zum 10-jährigen Bestehen des Delegationsmodells



10 Jahre VERAH®

2010-2020

Mit der HZV verfügen die Hausärztinnen und Hausärzte über ein Instrument, das es ihnen erlaubt, eigenständig Versorgungsverträge mit den Krankenkassen abzuschließen. Diese Verträge werden von HausärztInnen selbst und unbeeinflusst von fachärztlichen Interessen mit den Kassen verhandelt. Die HZV ist damit dem Kollektivvertrag gleichgestellt und das freiwillige Primärarztssystem als wichtiger Bestandteil der hausärztlichen Versorgung anerkannt. Der Weg dorthin war jedoch alles andere als einfach, viele Hindernisse mussten überwunden und politische Widerstände gebrochen werden.

## Der Ausbau der HZV geht weiter

Die 2010 bekannt gewordenen Pläne des Bundesgesundheitsministeriums, die Honorare in neuen Hausarztverträgen auf das im Kollektivvertrag übliche Niveau begrenzen zu wollen, würden die HausärztInnen nicht nur erheblich belasten, sondern auch den Hausärzteverband beim Abschluss neuer Hausarztverträge durch die gesetzlichen Krankenkassen behindern. Am 15. September 2010 protestieren 1.800 Hausärztinnen und Hausärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten gegen die drohende Beschneidung. Doch erst 2014 wird die Refinanzierungsklausel gestrichen und durch Qualitätsmerkmale, die vertraglich zu vereinbaren sind, ersetzt.

Beim **1. Internationalen Hausärztetag, am 25. und 26. September 2014 in Bonn**, stellt der Hausärzteverband die Ergebnisse einer Forsa-Umfrage unter 1.000 Bundesbürgern vor. Demnach haben 91 Prozent der Menschen in Deutschland einen festen Hausarzt; 94 Prozent bewerten die Rolle der HausärztInnen als Lotse im Gesundheitssystem als wichtig. Das Problem: Immer weniger Hausärzte, die in den Ruhestand gehen, finden einen Nachfolger oder eine Nachfolgerin. Und der Anteil der Fachärzte für Allgemeinmedizin an den Facharztanerkennungen liegt nur noch bei zehn Prozent. Der Verband pocht deshalb darauf, dass das Förderprogramm für die allgemeinmedizinische Weiterbildung in allen KVen zielstrebig umgesetzt wird.

Mit seiner Stiftung Perspektive Hausarzt fördert der Deutsche Hausärzteverband eigenständig Projekte, die der Erhaltung, Stärkung und Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung in Deutschland dienen. Die Stiftung ist ursprünglich aus einer kleinen Familienstiftung eines engagierten Hausarztehepaares aus Esslingen hervorgegangen und wurde Mitte 2011 in eine gemeinnützige Stiftung umgewandelt.

Darüber hinaus bringt sich der Verband aktiv in die Diskussion um den **Masterplan Medizinstudium 2020** ein. Im Frühjahr 2017 einigen sich Bund und Länder darauf, die Medizinerausbildung praxisnäher zu gestalten, die Allgemeinmedizin wird Prüfungsfach und den Ländern wird die Möglichkeit eingeräumt, mindestens zehn Prozent der Studienplätze vorab an BewerberInnen zu vergeben, die sich verpflichten, nach der Weiterbildung „bis zu zehn Jahre“ hausärztlich in unterversorgten Regionen zu arbeiten.



2014 fand der Internationale Hausärztetag in Bonn statt: Ulrich Weigeldt bei seiner Eröffnungsrede im ehemaligen Plenarsaal (o.).



» Wir müssen die jungen Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung begleiten und ihnen damit auch die Sicherheit geben, dass sie sich richtig weiterbilden und nicht zum Schluss die große Überraschung kommt.

Dr. Max Kaplan auf dem Deutschen Ärztetag 2011, auf dem er zum Vizepräsidenten gewählt wurde

## Hausärztinnen und Hausärzte verteidigen ihre Vertragsautonomie

Die Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung können nachweislich die Versorgung der Patienten verbessern, zudem stärken sie die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte und sorgen für eine faire Honorierung. 2016 gibt es bundesweit bereits 72 HZV-Verträge mit rund 4,1 Millionen eingeschriebenen Versicherten und 16.838 teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte. Um die HZV für Versicherte noch attraktiver zu machen, wirbt der Bundesvorsitzende Weigeldt beim 38. Hausärztetag in Potsdam dafür, Versicherten, die sich in die HZV einschreiben und „damit eine qualitativ bessere und wirtschaftlich vernünftige Alternative wählen“, von Zuzahlungen bei Medikamenten zu befreien. Mit dem **Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)** führt der Gesetzgeber eine freiwillige Bonus-Regelung für an der HZV teilnehmende Versicherte ein.

2019 beschließen die Delegierten des Hausärztetages in Berlin, dass der **flächendeckende Ausbau der HZV** eine der Hauptaufgaben des Verbandes in den nächsten Jahren ist. Vollversorgungsverträge der HZV sollen überall etabliert werden. In Baden-Württemberg und Bayern sei die HZV bereits ein „bedeutender Versorgungsfaktor“, sagte Weigeldt. Und auch in Hessen, Nordrhein-Westfalen und Hamburg breite sich die Hausarztzentrierte Versorgung weiter aus. Entscheidend sei jedoch, dass die Hausärzte selbst die HZV-Verträge mit den Krankenkassen vereinbaren. „Die HZV kann nur von und mit uns Hausärzten organisiert werden“, betonte der Bundesvorsitzende. Denn mit einem freiwilligen Primärarztsystem wie der HZV könne gewährleistet werden, „dass die Patientinnen und Patienten in unserem komplexen Gesundheitssystem nicht alleine gelassen werden und Behandlungen strukturiert ablaufen“, so Weigeldt.

## Neustrukturierung und Fortschritt in der Weiterbildung

Nachdem der Deutsche Ärztetag 2010 in Dresden den Facharzt für Allgemeinmedizin wieder in die Musterweiterbildungsordnung eingeführt hat, blieben die Probleme nach wie vor ungelöst. Teilweise schwelten noch immer Konflikte zwischen Allgemein-Internisten und Allgemeinärzten. Gleichzeitig gab es noch immer Herausforderungen hinsichtlich der Nachwuchsgewinnung im Fach Allgemeinmedizin.

Die Tatsache, dass die Zahl der Facharztprüfungen im Gebiet Allgemeinmedizin stagnierte und die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung deswegen langfristig gefährdet war, führte beim **Deutschen Ärztetag 2011** in Kiel zu einer Diskussion, ob und gegebenenfalls wie Ärzte mit einer Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung

Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Jörg-Dietrich Hoppe (li.) und sein Vize, Dr. Frank Ulrich Montgomery (re.) zusammen mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr auf dem 114. Deutschen Ärztetag in Kiel.

# 2011





# 2014

in einem verkürzten Verfahren die Weiterbildung Allgemeinmedizin absolvieren und die Facharztprüfung Allgemeinmedizin ablegen können. Der Deutsche Hausärzteverband und die DEGAM, die anfänglich strikt gegen eine solche Schnellqualifizierung von Fachärzten aus anderen Gebieten war, konnten aber daraufhin **wichtige Eckpunkte** durchsetzen.

Der Ärztetag verabschiedete schließlich, dass Fachärzte, die den Quereinstieg anstreben, mindestens 24 Monate Weiterbildung in einer allgemeinärztlichen Praxis absolvieren sowie den 80-stündigen Kurs in der psychosomatischen Grundversorgung nachweisen müssen.

Auch, wenn am Anfang die Zahl der „Quereinsteiger“ nur sehr langsam stieg, ebnete dies Ärzten aus anderen Fachgebieten der Weg in die Allgemeinmedizin geebnet. Dies führte später dazu, dass Nordrhein-Westfalen für „Quereinsteiger“ finanzielle Unterstützungsprogramme zur Verfügung stellte; diese Ärzte verpflichteten sich, in unterversorgten ländlichen Gebieten als Hausarzt tätig zu werden.

## Weiterbildung muss praxisnäher werden

Wichtiger für die Grundsystematik der Musterweiterbildungsordnung war allerdings, dass nach 2011 eine Diskussion in der Bundesärztekammer und dann bei Deutschen Ärztetagen begann, wie die Weiterbildung in allen Fächern praxisnäher gestaltet werden könnte. Die **Weiterbildung sollte kompetenzbasierter** werden, sodass das tatsächliche Können und die Fertigkeiten der Ärzte in Weiterbildung geprüft werden, und nicht die Nachweise von erbrachten Leistungen, gemessen an in der Weiterbildungsordnung verankerten Richtzahlen. Hintergrund für diese Systematik war der Wunsch, die Weiterbildungsinhalte zu entschlacken. Dafür wurden die in der Weiterbildung zu erwerbenden Inhalte verschiedenen (Kompetenz-)Ebenen zugeordnet.

Dadurch entstand allerdings der Eindruck, dass typische allgemeinmedizinische Inhalte auf einer niedrigeren Kompetenzstufe angesiedelt sind, denn das höchste Kompetenzlevel („beherrschen“) war denjenigen Qualifikationen vorbehalten, die durch Kennzahlen nachweisbar, also typischerweise eher technischer Natur sind. Der Deutsche Hausärzteverband hat sich vehement gegen diese Systematik ausgesprochen und erreicht, dass **statt Kompetenzstufen Kompetenzmodi** als Gliederungselemente eingeführt wurden und fast 100 Prozent aller notwendigen Kompetenzen im Fachgebiet Allgemeinmedizin auf der Ebene des „Beherrschens“ (ehemals die höchste Ebene) angesiedelt wurden.

## Fokus jetzt auf Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin

Nach Jahren der Diskussion mit der Bundesärztekammer haben der Deutsche Hausärzteverband und die DEGAM zusammen mit den Verantwort-



Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (li.) und Bundesvorsitzender Ulrich Weigeldt auf dem Neujahrsempfang des Deutschen Hausärzteverbandes in Berlin.



Ein Hausarzt an der Spitze der Bundesärztekammer: Am 30.05.2019 wurde Dr. (I) Klaus Reinhardt auf dem 122. Deutschen Ärztetag zum Ärztekammerpräsidenten gewählt.

» Hausärztliche Versorgung  
kann man nur in der  
Hausarztpraxis lernen.

Ulrich Weigeldt im Mai 2018

lichen des Weiterbildungsdezernats eine wegweisende Weiterbildung für Allgemeinmedizin abgestimmt, die 2017 vom Deutschen Ärztetag angenommen wurde. Größter Erfolg war, dass ein **verpflichtender Weiterbildungsabschnitt in der allgemeinärztlichen Weiterbildungspraxis** eingeführt wurde. Hieß es früher noch, dass der angehende Allgemeinarzt 24 Monate in einer „hausärztlichen“ Weiterbildungspraxis verbringen muss, wird jetzt klar auf die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin fokussiert. Der Deutsche Hausärzteverband hat sich lange dafür eingesetzt, dass die Kompetenzen eines Facharztes für Allgemeinmedizin auch in einer allgemeinärztlichen Praxis vermittelt werden. Grundsätzlich gilt, dass ein Allgemeinarzt auch in der Allgemeinmedizin weitergebildet werden muss.

Nach dem Beschluss des Deutschen Ärztetages zur Ausgestaltung der Weiterbildung in Allgemeinmedizin und Verabschiedung der gesamten Musterweiterbildungsordnung kam es allerdings bei der Umsetzung in den Landesärztekammern wieder zu Aufweichungen. So blieb zwar die obligatorische 24-monatige Weiterbildungsphase in der Allgemeinmedizin i.d.R. unverändert in den Kammer-Weiterbildungsordnungen, Internisten wurden aber häufig befugt, auch diesen Abschnitt weiterzubilden. Damit ist es immer noch möglich, Facharzt für Allgemeinmedizin zu werden, ohne einen einzigen Tag in einer allgemeinärztlichen Praxis gewesen zu sein. Trotz dieses Wermutstropfens führte der lange Kampf des Deutschen Hausärzteverbandes, früher als BPA oder BDA, schließlich dazu, dass die Allgemeinmedizin in einer praxisorientierten, umfassenden und mit anderen Fachgebieten gleichberechtigten Weiterbildung vermittelt wird.

## Forum Weiterbildung

Die Stimme junger Hausärztinnen und Hausärzte im Verband: Das **Forum Weiterbildung** (hier auf der Delegiertenversammlung am 20./21.04.2018 auf Sylt).





## Forum Hausärztinnen

Eine Anlaufstelle für speziell weibliche Herausforderungen des Berufsalltags finden Hausärztinnen seit 2016 beim **Forum Hausärztinnen** im Deutschen Hausärzterverband (hier auf der Delegiertenversammlung am 20./21.04.2018 auf Sylt).

Heute ist die Allgemeinmedizin auf einem guten Weg. Die angestrebte **Neustrukturierung der Ärztlichen Approbationsordnung** zeigt dies eindrucksvoll. Damit soll auch in der medizinischen Ausbildung die Allgemeinmedizin aufgewertet werden mit dem Ziel, mehr Studierende für dieses zentrale Fach in der ärztlichen Versorgung zu interessieren. Die Zahlen der Ärzte in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in den letzten Jahren belegen das wachsende Interesse daran.

## Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Der Übergang auf eine Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) sollte dazu führen, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte tatsächlich nach einer Euro-Gebührenordnung bezahlt werden, allerdings nur im Rahmen der Morbiditätsentwicklung in der Bevölkerung. Damit wird die Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte von der Morbidität der Bevölkerung abhängig.

Mit einer weiteren Reform 2010 sollte durch die Einführung von Qualitätszuschlägen der RLV-Fallwert stabilisiert werden, was aufgrund verschiedener technischer Rahmenbedingungen, die durch die KBV festgelegt wurden, erneut nicht gelang.

## Teambildung für die Versorgung

# 2019



Am 26./27.09.2019 wurde anlässlich der Delegiertenversammlung der neue Vorstand gewählt (von li. nach re.): Jens Wagenknecht, Dr. Ulf Zitterbart, Dr. Leonor Heinz, Dr. Dieter Geis, Anke Richter-Scheer, Ulrich Weigeldt, Dr. Berthold Dietsche, Dipl.-Med. Ingrid Dänschel, Armin Beck.

Die Unterstützung durch das Praxisteam gewinnt mit dem steigenden Bedarf nach hausärztlicher Versorgung immer mehr an Bedeutung. Damit Hausärztinnen und Hausärzten mehr Zeit für ihre ärztliche Tätigkeit bleibt, gewinnt seit Jahren die Unterstützung durch das Praxisteam an Bedeutung. Um die Versorgung durch hausärztliche Teams zu stärken, hat der Deutsche Hausärzteverband gemeinsam mit seinem **Institut für hausärztliche Fortbildung (IHF) e.V.** sowie dem Verband medizinischer Fachberufe die Weiterbildung der MFA zur **VERAH®** ins Leben gerufen. Durch diese besondere Qualifikation können VERAH® viele delegierbare Aufgaben wie Impfmanagement, Wundversorgung oder Routinehausbesuche übernehmen und so den Arzt deutlich entlasten. Seit seiner Gründung 2001 bietet das IHF daher auch Fortbildungen an, die sich an das gesamte Praxisteam richten.

Nicht erst seit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes am 1. Januar 2007 geht der Trend in Richtung Teambildung. Beim ärztlichen Nachwuchs stößt die Entwicklung auf Zustimmung, wie 2014 eine Umfrage der Universität Trier bei 13.000 Medizinstudenten zeigt. Demnach stehen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für angehende Ärztinnen und Ärzte an erster Stelle, gefolgt von geregelten Arbeitszeiten. Auch deswegen wählen viele die Allgemeinmedizin, weil sich hier Beruf und Familie gut vereinbaren lassen – ob in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, oder als angestellte/r Ärztin/Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ).

Der Deutsche Hausärzteverband hat auf diese Bedürfnisse reagiert: Seit 2014 gibt es auf Bundesebene das **Forum Weiterbildung**, um die Interessen der Hausärzte noch besser in die Verbandspolitik einzubringen. In das Forum entsendet jeder Landesverband einen Vertreter oder Vertreterin. Ziel ist es, die Bedingungen der Facharztweiterbildung zu verbessern. Hierfür wurde etwa ein Mentoringprogramm sowie der KODEX initiiert, mit dem sich Weiterbilder freiwillig zu Qualitätskriterien verpflichten. Zudem hat das Forum die Seminarreihe „Werkzeugkasten Niederlassung“ mit entwickelt und betreut diese, um Nachwuchsärzten die Praxisgründung zu erleichtern.

Ob Fragen zur Niederlassung, zu Vereinbarkeit von Familie und Beruf, zur Berufspolitik oder auch zur angestellten Tätigkeit, eine Anlaufstelle finden Hausärztinnen seit 2016 beim **Forum Hausärztinnen im Deutschen Hausärzteverband**. Neben diesem Coaching bietet das Forum eine Plattform

zum Netzwerken und setzt sich dafür ein, dass die Interessen von Frauen in der Berufspolitik noch mehr Gehör finden. Unter anderem wird auf Initiative des Forums seit 2019 der Bundesvorstand des Hausärzterverbands paritätisch besetzt.

## Neustart für die Telematik

Nachdem die schwarz-gelbe Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag 2009 zunächst eine Denkpause für die Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte beschlossen hatte, sollte es in den folgenden Jahren zu einem Neustart beim Aufbau einer Telematikinfrastruktur (TI) im Gesundheitswesen kommen. Ab Oktober 2011 begannen die Krankenkassen mit der Ausgabe der **elektronischen Gesundheitskarte (eGK)**. Seit 2015 ersetzt die eGK die bisherige Krankenversichertenkarte. Die Praxen benötigten neue Kartenlesegeräte. Mit dem Amtsantritt von Jens Spahn (CDU) als Bundesgesundheitsminister 2018 nimmt die Digitalisierung Fahrt auf. Per Gesetz übernimmt das Bundesgesundheitsministerium 2019 die Mehrheit bei der Telematik und bestimmt das Tempo.

Der Deutsche Hausärzterverband plädiert bei allen Gesetzesvorhaben dafür, dass die Digitalisierung Ärztinnen und Ärzte entlastet und fair honoriert wird. So plädierte Bundesvorsitzender Ulrich Weigoldt von Anfang an dafür, den bundeseinheitlichen Medikationsplan nicht als Papiertiger, sondern direkt digital umzusetzen. Dies sehen weitere Pläne von Jens Spahn nun auch vor: Verordnungen sollen elektronisch ausgestellt und der Medikationsplan auf der eGK gespeichert werden, aber auch hier läuft nicht alles problemlos ab.

Nachbesserungsbedarf sieht der Deutsche Hausärzterverband auch immer wieder beim Thema „Verantwortlichkeit“. Wer den Praxen dezentrale Strukturen – wie die TI – vorschreibe, könne später nicht die Ärzte zur Rechenschaft ziehen, wenn diese Technik dann nicht funktioniere.

Darüber hinaus setzt sich der Verband dafür ein, dass Ärztinnen und Ärzte nicht auf den Kosten für die TI sitzen bleiben, sondern diese refinanziert bekommen. Ebenso müsse der Aufwand für digitale Anwendungen, zum Beispiel für das Befüllen der ab 2021 geplanten elektronischen Patientenakte, Hausärztinnen und Hausärzten angemessen vergütet werden. Statt immer wieder mit Sanktionen zu drohen, etwa wenn sich eine Praxis nicht an die TI anschließt, sollten dem Hausärzterverband zufolge lieber Vergütungsanreize gesetzt werden.



Im September 2012 wurde mit Prof. Ferdinand M. Gerlach erstmals ein Facharzt für Allgemeinmedizin zum Vorsitzenden des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) berufen. 2014 widmete sich der SVR der ambulanten und stationären Versorgung und der Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum.



# Die Landesverbände im Deutschen Hausärzterverband

Baden-Württemberg	62
Bayern	66
Berlin-Brandenburg	70
Braunschweig	72
Bremen	74
Hamburg	76
Hessen	78
Mecklenburg-Vorpommern	80
Niedersachsen	82
Nordrhein	84
Rheinland-Pfalz	86
Saarland	88
Sachsen	90
Sachsen-Anhalt	92
Schleswig-Holstein	94
Thüringen	96
Westfalen-Lippe	98

## Der erste Vorstand

Dr. Ernst Camille Arrus  
**Erster Vorsitzender**

Dr. Gerhard Franz Josef Kurz  
**Stellvertretender Vorsitzender**

Dr. Georg Härter  
**Schriftführer**

Dr. Günther Pfisterer  
**Schatzmeister**

und die fünf Beisitzer:

Dr. Georg Härter  
**auch Bezirksvorsitzender Nordbaden**

Dr. Markus Heyde  
**auch Bezirksvorsitzender Nordwürttemberg**

Dr. Alfred Bürk  
**auch Bezirksvorsitzender Südbaden**

Dr. Rudolf Holtgrave  
**auch Bezirksvorsitzender Südwürttemberg**

Dr. Werner Ohl

## Baden-Württemberg

Angeregt durch Gespräche mit Herrn Dr. Sachse beginnt Herr Heyde Anfang der 60-er Jahre mit der Bildung eines Netzwerkes aus Praktischen Ärzten, das sich **1963/64 „Landesverband des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte“** nennt und die Vorstufe des späteren Landesverbandes darstellt. Nordbaden initiierte 1964 die Ausgründung von Bezirken im Verband und innerhalb von zwei Monaten werden die bis heute existenten vier Bezirke gegründet. Weitere wichtige Meilensteine in der Entwicklung des Verbandes sind die ersten Delegiertenwahlen im Herbst 1965, die erste Delegiertenversammlung am 5. Februar 1966 in Niefern und die offizielle Eintragung als **„Berufsverband der Praktischen Ärzte Deutschlands, Landesverband Baden-Württemberg“** am 16. März 1966 in Mannheim. Die ersten Vorsitzenden des Verbandes, die Mannheimer Ernst Camille Arrus als erster und Gerhard Franz Josef Kurz als stellvertretender Vorsitzender, gelten als wesentliche Initiatoren und Innovatoren, die den Verband maßgeblich geprägt haben. Der Name des Verbandes änderte sich wie auch die gesundheitspolitische Gemengelage häufiger, bis es zur heutigen Bezeichnung **„Deutscher Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg e. V.“** kam.

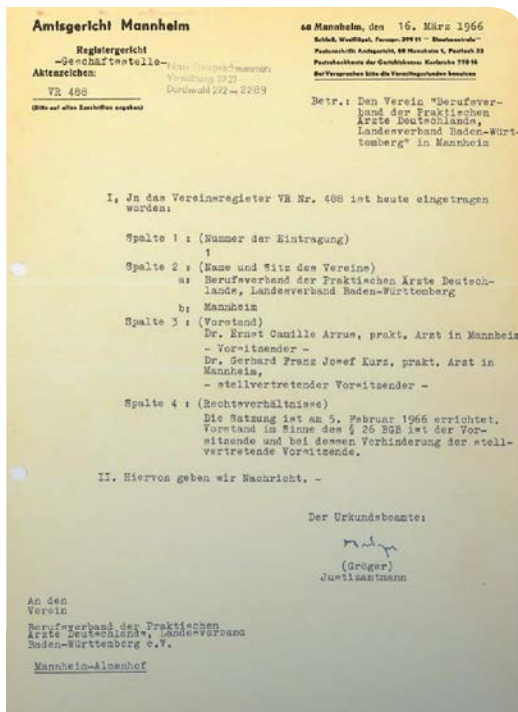
### „Baden-Württemberg ist kein homogener Bereich“

Die Organisation der Hausärzte in Baden-Württemberg ist gestern und heute eine besondere Herausforderung und so schreibt einer der ersten Beisitzer des Verbandes, Werner Ohl, zum 15-jährigen Bestehen: „Baden-Württemberg ist kein homogener Bereich: Landschaftlich landsmannschaftlich stark gegliedert ist die ökonomische und soziologische Differenzierung sehr weitgehend. Dies wirkt sich auch auf die Bedingungen aus, unter denen Kassenärzte tätig sind. Es war nicht leicht, die Gruppe der Hausärzte aus ihren teilweise abgekapselten Bereichen herauszuholen und in einem Interessenverband zusammenzuführen.“ Dieser Herausforderung stellt sich der baden-württembergische Verband seit über 50 Jahren mit Erfolg. Dies zeigt auch die Entwicklung der Mitgliederzahlen: 1989 waren es 1.438 Mitglieder und heute die beachtliche Zahl von 4.000 Hausärzten.

### Stiftung Perspektive Hausarzt

Das Engagement für den hausärztlichen Nachwuchs ist dem Verband besonders wichtig. 2011 wird aus einer Esslinger Familienstiftung zur Förderung des Hausarztberufes die **„Stiftung Perspektive Hausarzt“** gegründet, die sich künftig bundesweit engagiert und Projekte rund um die Nachwuchsförderung unterstützt. Im Verband selbst wird am 06. Juni 2013 die **Hausärztliche Wirtschafts- und Servicegesellschaft mbH** (im deutschen Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg e. V.) in Stuttgart gegründet, die sich der Stärkung und Unterstützung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung sowie der Stärkung der Attraktivität des Berufsbildes Hausarzt widmet und Projekte für Medizinstudierende und Ärzte in Weiterbildung wie die Schwarzwälder Winterschool oder **Land Arzt Leben Lieben** initiiert.

# 1966



Vereinseintragung 1966



## Erfolg und konstruktives Miteinander in allen wichtigen Gremien

Der Landesverband kann auf eine erfolgreiche Arbeit in allen wichtigen Gremien der Körperschaften wie der KV Baden-Württemberg und der Landesärztekammer Baden-Württemberg zurückblicken. „Unsere Politik hat wesentlich dazu beigetragen, dass in unserem Land ein konstruktives Miteinander von Kollektiv- und Selektivvertrag zum Vorteil aller Beteiligten umgesetzt wird und unsere KV-Führung die zurückliegende Legislaturperiode konstruktiv und äußerst erfolgreich gestalten konnte“ freut sich Dr. Berthold Dietsche, Vorsitzender des Verbandes seit 2002, anlässlich des 50-jährigen Jubiläums des Verbandes 2016. Dies sei nur durch die vielen engagierten Kolleginnen und Kollegen möglich, die neben der Praxis unzählige Abende und Wochenenden für den Verband aktiv seien. „Diesen Mitstreitern gebührt unser Dank. Ohne sie wären die Erfolge unseres Landesverbandes schlichtweg nicht möglich gewesen.“ Da sind sich Berthold Dietsche und Dr. Frank-Dieter Braun, 2. Vorsitzender des Verbandes, einig, die seit 2002 das erfolgreiche Führungs-Duo des Verbandes bilden.

## Zusammenführung von Praxis und Lehre

Die Zusammenführung der Bereiche Praxis und Lehre sind dem Verband ein besonderes Anliegen und so wird 2010 Prof. Wilhelm Niebling von der Universität Freiburg als erstes kooptiertes Vorstandsmitglied in die Vorstandsarbeit einbezogen, um die Wissenschaft unter hausärztlichen Aspekten stärker einzubinden. Harro Böckmann kommt im gleichen Jahr hinzu, der sich insbesondere der Qualitätssicherung hausärztlicher Praxen widmet wie z.B. der Implementierung des **EFQM**. Eine wesentliche Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin gelingt 2014 über den Weiterbildungszuschlag auf die Grundpauschale P1 in dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) mit der AOK Baden-Württemberg, den Praxen für ihre aktive Teilnahme an der Weiterbildung erhalten. Hierdurch werden Hausärzte in ihrem Engagement für die Weiterbildung des hausärztlichen Nachwuchses belohnt und die **HZV** in ihrer Attraktivität und Nachwuchssicherung gestärkt.

Die Unabhängigkeit der **Fortbildungen** von Interessen Dritter ist dem Verband besonders wichtig. Seit 2011 wird auf Pharmasponsoring verzichtet, sodass Hausärzte heute ihre gesamten Fortbildungspunkte praxisrelevant, kostengünstig und ohne Pharmasponsoring beim Hausärzterverband erlangen können. Als besonderer Erfolg kann verzeichnet werden, dass die Fortbildungsreihe der PTQZ ab 2019 vollkommen unabhängig und aus eigenen Mitteln organisiert und durchgeführt wird. Die Fortbildungen des Hausärzterverbandes Baden-Württemberg sind ein Kernelement der Verbandsarbeit. Im Jahr 2019 umfasste das Fortbildungsangebot rund 1.850 Veranstaltungen, die sich aus ungefähr 1.200 PTQZ, 450 MFA-Qualitätszirkeln, 100 MFA-Fortbildungen und 115 hausärztlichen Stammtischen zusammensetzen. Der **Hausärztetag** zählt sich 2020 das 18. Mal, musste aber leider coronabedingt abgesagt werden. Auf den jährlichen Hausärztetagen werden ca. 2.000 Besucher in Stuttgart begrüßt. Die Fortbildung stellt besonders das Praxisteam in den Mittelpunkt, denn die verstärkte Ausrichtung

2002: Der neu gewählte Vorstand mit den beiden bis heute Vorsitzenden Dr. Berthold Dietsche (2. Reihe von oben, 2.v.l.) sowie dem 2. Vorsitzenden Dr. Frank-Dieter Braun (1. Reihe von oben, ganz links).

BERUFVERBAND DER  
PRAKTISCHEN ÄRZTE DEUTSCHLANDS E.V.  
BEZIRKSVERBAND BADEN

Mannheim-Almendof  
Lassallestraße 22

Sehr verehrte Frau Kollegin! Sehr geehrter Herr Kollege!

In Zuge der Anpassung unserer Privat Honorare an die Leistungen der Fachärzte und die allgemeine Wirtschaftslage empfiehlt der Vorstand der praktischen Ärzte der Verrechnungsstelle für die ärztliche Privatpraxis Mannheim und den Kollegen, die nicht der Verrechnungsstelle angeschlossen sind, ab 1.7.1966 folgende Honorarsätze zu verwenden:

Beratung		DM 8,-
Sofortberatung	bis 22 Uhr	DM 12,-
Sofortberatung	nach 22 Uhr	DM 16,-
tel. Beratung	bis 22 Uhr	DM 8,-
tel. Beratung	nach 22 Uhr	DM 12,-
--- --		
Hausbesuch		DM 12,-
Sofortbesuch	bis 22 Uhr	DM 18,-
Sofortbesuch	nach 22 Uhr	DM 24,-
--- --		
dazu		
Wägeh. Untersuchung		DM 8,-
Blutdruckmessung		DM 4,-
1/2 Spitze		DM 4,-
1/4 Spitze		DM 8,-
--- --		
Mehrwert	bis 22 Uhr	DM 6,-
Mehrwert	nach 22 Uhr	DM 12,-
--- --		
Konratl	bis 22 Uhr	DM 12,-
Konratl	nach 22 Uhr	DM 18,-
--- --		
Zwangs		DM 4,-
Brief		DM 8,-
Heil- und Diätplan		DM 8,-
Krankheitsbericht		DM 12,-
Schreiben		DM 30,-
--- --		
Lebensversicherung		DM 12,-
--- --		
Kurzwelle		DM 5,-
Hochstrom / Jonsodulator		DM 6,-
Polioch / Silbersonne		DM 4,-
Isolation		DM 5,-
Massage mit elektr. Geräten		DM 5,-
Heilortkuren / Extraktkuren		DM 5,-
Körper		DM 5,-

Mir alle nicht angeführten Funktionen der Privatpraxis betr. Sonder- und Spezialleistungen sollen die Honorare der entsprechenden Fachgruppen verwendet werden. Der Verband hat sich mit diesem Vorschlag des Bundesverbandes der prakt. Ärzte in etwa einverstanden. Mir empfehlen allen Kolleginnen und Kollegen dringendst, diese Honorare als allgemeine Richtlinien anzuwenden. Diese Regelung ist unbedingt erforderlich, da die Honorare der prakt. Ärzte im Gegensatz zu denen der anderen Fachgruppen im Laufe der letzten Jahre nicht entsprechend ausgebaut wurden.

Der Vorstand der praktischen Ärzte  
Bezirksverband Baden

Mannheim, den 20. Januar 1966

Honorartabelle aus dem Jahr 1966

## Die ersten Vorsitzenden

**1966 - 1978**

Dr. Ernst Camille Arrus

**1978 - 1990**

Dr. Gerhard Franz Josef Kurz

**1990 - 2002**

Dr. Manfred Schmid

**2002 bis heute**

Dr. Berthold Dietsche



- » Die HZV ist die erfolgreiche, wettbewerbliche Antwort auf die festgefahrenen Strukturen des KV-Systems. So sind wir aktiv und gestalten die Versorgung effektiv mit!

Dr. Berthold Dietsche



2004

Nach der Vertragsunterzeichnung des AOK-Rückenvertrages 2004, dem ersten IV-Vertrag (Dr. Berthold Dietsche, Geschäftsführerin Claudia Kluschak, Dr. Frank-Dieter Braun, v.l.n.r.).

- » Mit der HZV haben wir eine Win-win-win-Situation für Patienten, Krankenkassen und uns Hausärzte.

Dr. Frank-Dieter Braun

2008



auf die Teams trägt wesentlich zum Arbeitserfolg und zur Arbeitsmotivation in den Hausarztpraxen bei, weshalb die **VERAH®** u.a. auch über die HZV-Verträge gefördert wird.

Seit 2011 ist eines der zentralen Themen des Verbandes, die **Arbeitswelten** für die jüngere Generation an deren Bedürfnisse anzupassen und zeitgleich die Praxisabgabe der älteren Kollegen zu unterstützen – eine weitere wirkliche Herausforderung. Außerdem wird die Hausarztmedizin weiblicher und macht auch vor Mitgliedsbeiträgen nicht Halt. So findet 2012 die erste dokumentierte Befreiung vom Mitgliedsbeitrag wegen Mutterschutz statt, was in der Folge zur Anpassung der Mitgliedsbeiträge für in Teilzeit beschäftigte angestellte Hausärzte und zu einer insgesamt neuen Beitragsstruktur führt. Seit 5 Jahren wird regelmäßig in den Vorstandssitzungen das Thema „**Angestellte Ärzte in der HZV**“ thematisiert und Lösungen für die Einbindung diskutiert, um der besonderen Situation im Rahmen der HZV Rechnung zu tragen. 2019 wird zudem eine Projektgruppe Anstellung gegründet, die sich intensiv mit den Themen dieser Gruppe befasst.

### Die Digitalisierung und ihre Folgen

Seit 2012 rückt die Digitalisierung immer mehr in den Mittelpunkt und so werden digitale Angebote forciert. Eines der ersten Tools für Mitglieder, das im Verband eingeführt wird, ist das **elektronische Arztportal**. Hausärzte können dadurch online mit einem Blick die besuchten Fortbildungen und Veranstaltungen mit ihren jährlichen Fortbildungsverpflichtungen abgleichen. 2019 startete die **elektronische Arztvernetzung** in Baden-Württemberg, gemeinsam mit der AOK Baden-Württemberg und dem Medi Verbund, die einen weiteren Meilenstein in der Digitalisierung im hausärztlichen Bereich darstellt und die seit 2008 weitgehend digitalen Prozesse der HZV-Verträge wie Online-Abrechnung, Online-Einschreibung auf die Versorgungsebene ausdehnt.

### Honorarstrukturen aktiv gestalten

Für den Landesverband BW war und ist es ein zentrales Anliegen, durch die HZV eine hausärztliche Honorarautonomie durchzusetzen, die im Wesentlichen die Hamsterradsystematik der bisherigen facharzt dominierten EBM-Welt durch eine selbstbestimmte Arbeitsweise mit hohen und überschaubaren Pauschalen ersetzt. Der Vertrag mit der AOK Baden-Württemberg wurde **2008 als erster HZV-Vertrag** nach diesem Muster geschlossen und wird bis heute kontinuierlich angepasst und weiterentwickelt. Drei Evaluationen durch die Universitäten Heidelberg und Frankfurt/Main bestätigen die Vorteile der HZV zur Regelversorgung. Auch mit anderen Krankenkassen wurden gemeinsam HZV-Verträge entwickelt, sodass in Baden-Württemberg die HZV eine relevante Rolle in der Versorgung spielt. Durch die hohe Bereitschaft der KollegInnen, neben der Praxis an der Zukunft der HZV mitzuarbeiten, wurde erreicht, dass in allen Vertragsverhandlungen mindestens eine Hausärztin/ein Hausarzt aus der Praxis mit dabei ist. LV

Vertragsunterzeichnung des AOK-HZV-Vertrages 2008: Dr. Berthold Dietsche (2.v.l.), Joachim Schütz, Justiziar des Deutschen Hausärztesverbandes (3.v.l.), Dr. Christopher Hermann, Vorsitzender AOK Baden-Württemberg (4.v.l.), Dr. Werner Baumgärtner, Vorsitzender Medi Baden-Württemberg (2.v.r.).



- » Wir Hausärztinnen und Hausärzte sind das Herz und das Gehirn der ambulanten ärztlichen Versorgung. Der Bayerische Hausärzterverband steht für die Selbstständigkeit, den Erhalt der Freiberuflichkeit sowie für eigene Verträge, die wir autonom leben.

Dr. Markus Beier, 2020

# 2019



Delegiertenversammlung des Bayerischen Hausärzterverbandes im November 2019.

## Landesverband Bayern bereits seit 1927

Der Bayerische Hausärzterverband wurde **1927** als „**Vereinigung der praktischen Ärzte Bayerns**“ von Dr. Anton Reischle gegründet. Seine Hauptanliegen: Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Spezialisierung in der Medizin die Schlüsselposition des Hausarztes als Primärversorger herauszustellen und für die Wirtschaftlichkeit der hausärztlichen Tätigkeit zu kämpfen. Reischle war es, der die Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns 1946 neu gründete und sich besonders um die Wiederaufnahme der Beziehungen zu Wissenschaftlern im Ausland verdient machte. Dadurch konnte die Vereinigung als erster deutscher Ärztezusammenschluss ausländische Wissenschaftler für Gastvorträge gewinnen.

Die Qualifizierung der Hausärzte war auch für Dr. Otmar Baluschek, Vorsitzender ab 1953, ein besonderes Anliegen: Er konnte den „Arzt für Allgemeinmedizin“ durchsetzen. Entsprechend ändert sich der Verbandsname ab 1973 in „Vereinigung der Praktischen und Allgemeinärzte Bayerns“ (VPAB). Dr. Baluscheks Stellvertreter Dr. Arnulf Hinzinger gehörte 1960 zu den Gründungsmitgliedern des Dachverbandes „Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands (BPA)“. Erste Schritte zur Aufnahme in den Dachverband unternahm Dr. Wolfgang Zierhut, der die Geschicke der VPAB von 1975 bis 1990 leitete. 1978 schloss er mit dem BPA ein Konsultations- und Kooperationsabkommen. Mit dem „Forum des Praktischen Arztes“ gab er eine Verbandszeitschrift heraus, die bundesweit verbreitet eine Art Vorläufer der heutigen Verbandszeitschrift „Der Hausarzt“ und Sprachrohr der Hausärzte war.

### Bedeutender Einfluss in BLÄK und KVB

Unter dem Vorsitz von Dr. Zierhut wurde die zuvor in der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) nahezu bedeutungslose VPAB in beiden Körperschaften zu einer starken und einflussreichen Fraktion. Dadurch gelang es, eine „Förderbeihilfe für allgemeinmedizinische Weiterbildungsassistenten“ durchzusetzen. Dr. Zierhuts Ziel, die Allgemeinmedizin an den Universitäten zu institutionalisieren, wurde erfolgreich von seinen Nachfolgern beibehalten. Heute verfügen vier von sechs medizinischen Fakultäten in Bayern über einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin, der fünfte wird in Kürze ausgeschrieben. Den Beitritt zum Dachverband BPA vollzog die VPAB 1991 unter Dr. Oskar Kapp, heute Ehrevorsitzender des Bayerischen Hausärzterverbandes. Im Zuge dessen wurde der VPAB umgetauft in VPAB BPA-Landesverband Bayern. Unter dem Vorsitz von Dr. Klaus Meyer-Lutterloh, der Kapp 1992 im Amt ablöste, wurde **1993 der erste Bayerische Hausärztertag** aus der Taufe gehoben. Das Konzept wurde 2018 modernisiert: Seither bilden die Expertenrunden „Am Puls der Zeit“ mit Informationen und Diskussionen zu aktuellen Themen einen wichtigen Bestandteil der Mitgliederversammlung. In Dr. Meyer-Lutterlohs Amtszeit fällt auch der Zusammenschluss von BPA und Fachverband Deutscher Allgemeinärzte (FDA) auf Bundesebene im April

1995. Damals wurde aus dem VPAB BPA-Landesverband Bayern der **Bayerische Hausärzteverband**. Themen wie Nachwuchsmangel, Auswirkungen der Einführung der Versichertenkarte 1992 und der 1996 eingeführte EBM verlangten in den Folgejahren zunehmend nach Antworten.

### Bessere Strukturierung und Honorierung

Chancen für eine bessere Strukturierung der Versorgung und eine gerechtere Honorierung sahen Hausarztvertreter wie Dr. Wolfgang Hoppenthaller, der 1997 zum Vorsitzenden gewählt wurde, und seine Vorstandskolleginnen und -kollegen im Abschluss von sog. **Strukturverträgen**, die das 1997 in Kraft getretene 2. GKV-Neuordnungsgesetz ermöglichte. Es dauerte jedoch noch einige Jahre, bis der erste Add-on-Vertrag zur **Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V** in Bayern 2006 und drei Jahre später der erste Vollversorgungsvertrag ohne KV-Beteiligung mit der AOK Bayern – einer der ersten bundesweit – geschlossen werden konnten. Damit wurde ein neues Kapitel hausärztlicher Versorgung aufgeschlagen: Erstmals konnten Hausärzte direkt mit Krankenkassen auf Augenhöhe verhandeln – mit allen bekannten Vorteilen für Ärzte, Krankenkassen und Patienten. Gleichzeitig erreichte Dr. Hoppenthaller zusammen mit seinem Vorstandsteam eine in diesem Ausmaß nie dagewesene politische Mobilisierung der Hausärzteschaft.

Trotzdem geriet die HZV 2010 durch das GKV-Finanzierungsgesetz und der darin enthaltenen „Refinanzierungsklausel“ in Gefahr. Nach einem missglückten Aufruf zur kollektiven Zulassungsrückgabe, infolgedessen fast alle gesetzlichen Krankenkassen in Bayern ihre HZV-Verträge kündigten, trat Dr. Hoppenthaller als Vorsitzender Ende 2010 zurück. Dr. Wolfgang Krombholz übernahm den Verband bis zu seiner Wahl zum Vorstandsvorsitzenden der KVB im Februar 2011 und vertrat zusammen mit Dr. Dieter Geis den Verband beim sogenannten „Hausärzte-Hearing“ im Bayerischen Landtag.

### Dauerhafte flächendeckende Hausarztzentrierte Versorgung

An Dr. Dieter Geis, der 2011 zum neuen Vorsitzenden gewählt wurde, lag es, zusammen mit seinem Vorstandsteam die Rolle des Bayerischen Hausärzteverbandes als Ansprechpartner für Politik, Körperschaften und Kas-

## Vorsitzende des Bayerischen Hausärzteverbandes



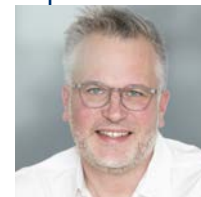
Dr. Wolfgang Hoppenthaller  
1. Vorsitzender von 1997 bis 2010



Dr. Wolfgang Krombholz  
übernahm von Dr. Hoppenthaller



Dr. Dieter Geis  
1. Vorsitzender von 2011 bis 2018



Dr. Markus Beier  
1. Vorsitzender seit 2018



# 2013

Dr. Dieter Geis im Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages, März 2013.

» Die Hausärztinnen und Hausärzte in Bayern haben mit beispielloser Kampfbereitschaft und mit politischer Unterstützung der CSU für sich und die Kolleginnen und Kollegen in den anderen Bundesländern vor gut zwei Jahren einen enormen Sieg errungen. Mit dem neuen § 73 b haben die Hausärzte erstmals eine eigenständige Tarifhoheit erkämpft.

Dr. Wolfgang Hoppenthaler,  
Juni 2010

## Förderung junger Medizin im Fokus

Die Ende 2013 gegründete Stiftung Bayerischer Hausärzteverband konzentriert sich derzeit auf die Förderung angehende Ärztinnen und Ärzte.



Stand des Bayerischen Hausärzteverbandes (Studentin im Gespräch mit Ruth Sharp) auf der Karrieremesse „Zeit für neue Ärzte“ in München.

sen in Bayern neu zu definieren. Besonnen, aber nachdrücklich gelang es ihm, Vertrauen in den Bayerischen Hausärzteverband bei Politikern und Kassenvertretern zurückzugewinnen, neue HZV-Verträge abzuschließen und eine dauerhafte flächendeckende Hausarztzentrierte Versorgung in Bayern zu etablieren. Eine vom Bayerischen Hausärzteverband initiierte **Petition an den Deutschen Bundestag** mit über 150.000 Unterschriften innerhalb von vier Wochen trug maßgeblich dazu bei, dass die Refinanzierungsklausel 2014 wieder aus dem § 73b SGB V gestrichen wurde. Seit 2012 gibt es in Bayern wieder flächendeckend HZV-Verträge: 4.500 Hausärzte und über 1,3 Millionen Versicherte profitieren aktuell von diesem **freiwilligen Primärarztssystem**.

Mit zahlreichen Projekten wie einem jährlichen Nachwuchstag, Förderprojekten für Famulatur- und PJ-Studenten und dem Einsatz für allgemeinmedizinische Lehrstühle hat der Bayerische Hausärzteverband seinen Anteil an den steigenden Zahlen der Facharztabschlüsse Allgemeinmedizin in Bayern. Unterstützt werden diese Aktivitäten durch die 2013 gegründete **Stiftung Bayerischer Hausärzteverband**. Der Verband widmet sich auch dem besonderen Fortbildungsbedarf Medizinischer Fachangestellter und bietet seit 2012 Veranstaltungen für MFA an, die der komplexen Tätigkeit in Hausarztpraxen Rechnung tragen – darunter seit 2016 die bislang einzigartige Qualifizierung zur Betriebswirtschaftlichen Assistentin in der Hausarztpraxis (BEAH). Ein Meilenstein beim Ausbau hausärztlicher Qualifizierung ist die Kursweiterbildung Palliativmedizin, die seit 2015 in Kooperation mit der KVB und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) angeboten wird. Initiator dieser Kursweiterbildung war Dr. Markus Beier, der seit November 2018 als Vorsitzender des Bayerischen Hausärzteverbandes die Arbeit des heutigen Ehrenvorsitzenden Geis erfolgreich fortführt.

Umgesetzt werden die Fortbildungs- und Kommunikationsangebote durch die **HSW GmbH**, einer 100igen Tochtergesellschaft des Verbandes, die 2009 gegründet wurde.

## Besetzung hochrangiger Positionen bisher eine einmalige Konstellation

Die engagierte politische Arbeit des Bayerischen Hausärzteverbandes hat aktuell zu einer bundesweit einzigartigen Konstellation geführt: Mit den Hausärzten Dr. Gerald Qwitterer als Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Wolfgang Krombholz als Vorstandsvorsitzender der KVB und Dr. Petra Reis-Berkowicz als Vorsitzende der KVB- und KBV-Vertreterversammlung, die damit den bayerischen Hausärzten auch Gehör in Berlin verschafft, sind Bayerns Hausärzte bestens in den Körperschaften aufgestellt.

LV



## Berlin-Brandenburg

Am **17. Oktober 1957** gründeten **18 praktische Ärzte**, unter ihnen Dr. Franz-G. Vollnhals, Peter Kerp, Dr. Branco Jelic, Dr. Rudolf Pötter und Dr. Melitta Pötter den „Verein der praktischen Ärzte Berlins“, aus dem später der BPA und schließlich der BDA hervorging. Es war die Zeit der Mammutkrankenhäuser, Polikliniken und Ambulatorien, als die großen Fortschritte in der Medizin Triumphe feierten und alles machbar erschien. Gleichzeitig sank das Ansehen des Praktischen Arztes und das Image des Spezialisten stieg.

### 8 DM im Quartal pro Patient

Die wirtschaftliche Situation der Hausärzte war zur Zeit der Gründung nicht rosig. Für acht D-Mark im Quartal betreuten Praktiker ihre Patienten bei allen auftretenden Leiden. Als sich 81% von ihnen 1961 für eine Einzelleistungsvergütung aussprachen, unterstützte Bundeskanzler **Adenauer** diese Forderung. Von ihm stammen die Worte: „Zufriedene Ärzte, zufriedene Bürger“.

Mit der Einzelleistungsvergütung begannen die „**goldenen Zeiten**“ der niedergelassenen Ärzte. Trotzdem gab es Auseinandersetzungen um das Kassenarztrecht, um die übermäßige Zulassung von kasseneigenen Polikliniken im Gegensatz zu durch Zulassungssperren erschwerten Ärzte-Niederlassungen. Diese wurden 1961 aufgehoben, nur um 1993 wieder eingeführt zu werden.



Hr. Hecht, Fr. Dr. Kielhorn, Hr. Dr. Krein,  
Hr. Dr. Herrmann, Hr. Dr. Jahnke.

### Sorge um das Weiterbestehen des praktischen Arztes

Die Gründung erfolgte „aus Sorge um das Weiterbestehen des praktischen Arztes als Berater der Bevölkerung in allen Krankheits- und Gesundheitsfragen“ (Dr. Pötter). Im ersten Rundschreiben hieß es schon: „Das Hausarztum beruht auf dem Vertrauensverhältnis zwischen der Familie und ihrem Hausarzt.“ Ziele waren schon damals, die allgemeinärztliche Weiterbildung zu fördern, die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung zu sichern sowie die Interessen der praktischen Ärzte auf allen Gebieten zu vertreten. Ergänzt wurden sie um die „Wahrung des Ansehens und der beruflichen und wirtschaftlichen Belange“ der Ärzte und um die Kooperation mit Fachärzten zum Wohle der Patienten – was nicht verhindern konnte, dass zwischenzeitlich auch hartnäckige „Grabenkämpfe“ zwischen Haus- und Fachärzten entbrannten.

Nach **Dr. Vollnhals** übernahm **Peter Kerp** von 1961 bis 1967 den Vorsitz. Ihm ist der föderalistische Aufbau des später gegründeten Bundesverbandes zu danken. Fast zwanzig Jahre – von 1968 bis 1986 – stand **Dr. Peter Krein** dem Berliner Landesverband vor, in denen er auch 10 Jahre Vorstandsvorsitzender der KV Berlin und vier Jahre Präsident der Ärztekammer Berlin war.

Von 1986 bis 1998 führte **Dr. Rita Kielhorn** den Verband. Schwerpunkte ihrer Arbeit waren der Abbau der „Grabenkämpfe“ zwischen Allgemein- und Fachärzten, Intensivierung der Fortbildung, Förderung der Weiterbildung, insbesondere der Psychosomatik und Psychotherapie. Am 12.10.1994 wurde das Institut für Psychosomatik und Psychotherapie des BPA Berlin-Brandenburg gegründet, unter Leitung von **Rita Kielhorn**, **Dr. Bodenstein** und **Prof. Dr. König**.

### Wiedervereinigung Deutschlands als große Herausforderung

In Berlin beschlossen die Delegierten des BPA bereits einen Tag nach dem Fall der Mauer – am 10. November 1989 – eine Soforthilfe in Höhe von 50.000 DM für Ostberliner Kollegen für eine Praxiserstausrüstung mit Stethoskop, Blutdruck-Messgerät u.a. zur Verfügung zu stellen sowie am 16.12.89 die erste gemeinsame Fortbildungsveranstaltung durchzuführen,

**1958 – 1961**  
G. Vollnhals

**1961 – 1967**  
P. Kerp

**1968 – 1986**  
P. Krein



zu der mehr als 500 Kollegen kamen. Es war eine aufregende, spannende Zeit, die der BPA mitbegleitet und -gestaltet hat. Informationsveranstaltungen zu allen Fragen der Niederlassung wurden organisiert und durchgeführt. Damals herrschten Optimismus und Aufbruchstimmung.

**Von der Aufbruchstimmung zu Verunsicherung und Hausärztemangel**

Nach der Wende gestaltete sich alles schwieriger, als man es in der ersten Euphorie glauben wollte. Während es zunächst so aussah, als ob es in Deutschland zu viele Ärzte gäbe, ist in den letzten Jahren eher eine Unterversorgung zu beklagen - was die Ärzteschaft und deren Standesvertreter schon längst vorhersahen. So wurde von den Gesundheitsministern Horst Seehofer und Ulla Schmidt die Budgetierung und Altersbegrenzung für niedergelassene Ärzte eingeführt. Ständige Veränderungen im EBM mit Budgetierungen und Teilbudgetierungen führten zu Verunsicherung, Existenzangst und Existenznot der Ärzte. Die Antwort des BDA Berlin waren Aufrufe zum Protestmarsch, zu Widersprüchen und Klagen und der Appell an alle niedergelassenen Ärzte, dass Hausärzte und Fachärzte die Probleme nur gemeinsam lösen können.

**In Zeiten des schnellen Wandels Stabilität und Sicherheit bieten**

**Dr. Wolfgang Kreischer**, von 2002 bis 2006 und seit 2010 aktueller Vorsitzender, sieht die Aufgabe des Landesverbandes unter anderem darin, junge Kollegen für die Hausarztstätigkeit zu begeistern. Denn nicht nur in Brandenburg gibt es einen Hausarztmangel, sondern auch in Berlin. Genauso wichtig ist es, Hausärzte wirtschaftlich gut abzusichern. Ein Weg in die richtige Richtung ist die hausarztzentrierte Versorgung, die seit vielen Jahren in anderen KV-Bereichen fester Bestandteil der Versorgungsstruktur ist. In unserem Verbandsgebiet gibt es sie bisher nur in Berlin. Seit Bestehen des Verbandes sind die Förderung der Fort- und Weiterbildung und die Gewährleistung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung durch den Hausarzt unsere Aufgaben. Daran hat sich seit 60 Jahren nichts geändert.

In einer Zeit des Wandels, in der Digitalisierung und Künstliche Intelligenz zunehmend an Bedeutung gewinnen, ist der Hausarzt wichtiger denn je. Denn neben dem beeindruckenden technischen und medizinischen Fortschritt braucht der Mensch vor allem einen Arzt, dem er vertrauen und mit dem er seine Sorgen besprechen kann, der ihn in den Mittelpunkt ärztlichen Handelns rückt und ihn in den verschiedensten Beziehungs- und Bezugsebenen begreift und unterstützt. Es ist Aufgabe des Deutschen Hausärzterverbandes, dafür zu sorgen, dass Hausärzte diesen Herausforderungen gerecht werden können.

R. Kielhorn, I. Landgraf, W. Kreischer

» Wir sind nicht Erfüllungsgehilfen der Krankenkassen, sondern allein dem Patienten verpflichtet!

Rita Kielhorn

**1987 – 1997**

Zuwachs an Mitgliedern von 736 auf 1.692

» Wir Hausärzte stellen uns selbstbewusst den Herausforderungen der Zukunft. Das sind wir unseren Patienten schuldig.

Wolfgang Kreischer



Hausärzte und Fachärzte demonstrieren gemeinsam im Jahr 2007.

**Vorsitzende des Hausärzterverbandes Berlin**

seit 1990 Berlin-Brandenburg

**1986 - 1998**  
R. Kielhorn

**1998 - 2002**  
H.-D. Bachmann

**2002 - 2006**  
W. Kreischer

**2006 - 2008**  
A. Prehn

**2008 - 2010**  
H.-P. Hoffert

**2010 - heute**  
W. Kreischer

Foto: Landesverband Berlin-Brandenburg

Wir Braunschweiger haben einen Vorsprung, weil die Verbandsgründung bereits 1953 erfolgte.

### Legendär und unvergesslich

50. Geburtstag des Landesverbandes Braunschweig am 25. Mai 2011 mit Festredner Horst Alyosius Massing. Horst Alyosius wie immer mit Kamera bewaffnet und Carsten Giese-king zur Feier des Tages mit Schalke-Schal „dekoriert“.



## Braunschweig – historisch gewachsen

Es gab viel zu tun. Die historisch erklärbare Aversion gegen jede Art von politischer Betätigung führte auch bei uns in Braunschweig bei vielen Kollegen zu berufspolitischer Abstinenz. Dabei gab es einiges zu regeln. Vor allem die Landärzte hatten ohne organisierte Not- und Nachtdienste Probleme, eine Urlaubsvertretung zu organisieren. Der Begriff Freizeit war noch nicht erfunden. Die Braunschweiger Festschrift zum 50-jährigen Jubiläum gibt dazu Auskunft.

### Landesverband Braunschweig – aus dem Nachkriegs-Tief heraus

Man schreibt das Jahr 1953. Die ambulante Versorgung ist aus dem Nachkriegs-Tief heraus und fast überall spürt man eine Aufbruchstimmung, die einige Zeit später als Wirtschaftswunder in die Geschichte eingeht. Am **12.05.1953** erfolgte die Gründung des Verbandes „**Vereinigte Praktische Ärzte Braunschweig**“, in deren Satzung die Durchsetzung honorarpolitischer Ziele neben der Intensivierung der Fortbildung oberste Priorität hatten. Zu den Gründungsmitgliedern gehörten Hans-Hermann Fröhlich sowie Rudolf Delius, die beide fast 40 Jahre das berufspolitische Leben in Braunschweig prägten. Mit einigen Mitstreitern gründeten Fröhlich und Delius 1954 den ersten „Dachverband“, den **BAPAD** (Bundesarbeitsgesellschaft Praktische Ärzte Deutschlands). Trotz vielfacher Aktivitäten des BAPAD kam es weder zu einer Verbesserung der honorarpolitischen Situation noch zu einer Einigung bei den Bemühungen um eine Weiterbildungsordnung. Um die Kräfte zu bündeln, riefen Delius und H. Schulze im Dezember 1960 zur Gründungsversammlung des BPA in Hannover auf.

### Fröhlich und begeisterungsfähig

1967 übernahm der quicklebendige Hans-Hermann Fröhlich die Leitung des Verbandes. 24 Jahre profitierten wir Braunschweiger von seinem Organisationstalent und seiner ansteckenden Begeisterungsfähigkeit. Als Fröhlich den Vorsitz 1991 aus gesundheitlichen Gründen an Ehrhard Kellner abgab, hinterließ er ein bestens geführtes „Hauswesen“.

Die Zeit nach der Wende war vor allem geprägt durch intensive Hilfestellung für die Kollegen aus dem nahen Sachsen-Anhalt. Horst Massings „One man show“ mit bis zu 500 Teilnehmern – z.B. in Königslutter – bleiben uns unvergesslich!

### Stabilität durch Organisation, Aktivität und Nähe zur Basis

Seit 1987 verdanken wir unserer Geschäftsführerin Frau Ulla Grunder, die die gesamte Organisation voller Engagement und Einsatz trug, die verbandspolitische Stabilität. Dies wird u.a. belegt durch unsere nach wie vor hohe Mitgliederzahl, die uns einen der vordersten Plätze in der Reihe der 17 Landesverbände beschert. Darauf sind wir nach wie vor stolz!

Solange es uns gelingt, die Eigenständigkeit unseres Landesverbandes durch Aktivität und Basisnähe – dokumentiert durch den schon erwähnten hohen Organisationsgrad – zu festigen, sehen wir den Erhalt der Selbstständigkeit unserer historisch gewachsenen Gruppierung und damit der Keimzelle des inzwischen größten Ärzteverbandes für gerechtfertigt und sinnvoll an, wobei eine gute Zusammenarbeit mit dem „großen Bruder“ Niedersachsen selbstverständlich und wichtig für uns ist.

Viele Abende, viele Einzel- und Gruppengespräche waren damals notwendig – man rückte einfach zusammen. Die Kongresse in Lüneburg und auch im fernen Bad Orb haben dieses Zusammengehörigkeitsgefühl weiter gestärkt. Das Selbstbewusstsein der Allgemeinmediziner und des Verbandes insgesamt wuchs, auch wenn wir durch die Mehrheitsverhältnisse in den berufspolitischen Gremien oft ausgebremst wurden. Die Politik entdeckte über die Zeit mehr und mehr die Bedeutung einer soliden Hausarztversorgung – die Zeit der Hausarztverträge war gekommen.

### Durchsetzungsfähigkeit war gefragt

Seit 2005 ist Carsten Giesecking bereits an der Spitze unseres Landesverbandes. Sein überdurchschnittliches Engagement und sein Einsatz „rund um die Uhr“ festigen seit vielen Jahren die Eigenständigkeit unseres Landesverbandes. Nach Frau Grunder ist mit Frau Beick unser Sekretariat wieder bestens besetzt! Mit enormem Fleiß, Verhandlungsgeschick und Carstens „sprichwörtlicher“ Durchsetzungsfähigkeit wurde viel erreicht – auch wenn es mitunter der Basis nur mühsam zu vermitteln ist. Da wir Hausärzte mit Recht für unsere Empathiefähigkeit gerühmt werden (so sagen es uns zumindest unsere Patienten), sollten wir insbesondere unser Team auch „in stürmischen Zeiten“ wertschätzen und gut behandeln.

Unser täglicher Umgang mit unseren Patienten macht uns mitunter auch bescheiden, weil wir oft an die Grenzen des Machbaren stoßen. Dabei müssen wir uns gelegentlich schützend vor unsere Patienten stellen – um eine mitunter qualvolle Übertherapie zu verhindern. Aus Patientensicht ist der Begriff „Hausarzt“ ein Prädikat! Wir sollten weiter an der Qualität und der politischen Durchsetzungsfähigkeit arbeiten. Dafür braucht es auch einen schlagkräftigen Landesverband.

E. Kellner



Hans-Hermann Fröhlich war seit 1967 24 Jahre lang an der Spitze des Landesverbandes. Er verstarb im Mai 1991.



Ehrhard Kellner übernahm 1991 den Staffelfstab von Hans-Hermann Fröhlich.



Demonstration in Nürnberg am 17.10.2006 für eine gesicherte Zukunft der Braunschweiger Hausärzte.

2006



Im Kampf um die Hausarztzentrierte Versorgung musste der Bremer Hausärzteverband 2011 bis vor das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen ziehen, um die Blockadehaltung der AOK Bremen/Bremerhaven zu durchbrechen.

## Bremen – Klein, aber fein

Der Landesverband Bremen wurde 1961 von Dr. Herbert Meyer-Ernestus und Dr. Gustav Meyer-Burg gegründet, also schon bald nach der Gründung des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte Deutschlands BPA Anfang Dezember 1960. Aus den Anfangsjahren des Verbandes, in denen die Vorstandsarbeit überwiegend im häuslichen Arbeitszimmer erledigt wurde, liegen nur noch bruchstückhafte Informationen aus einzelnen Zeitungsberichten vor. Demnach wurde bei den Mitgliederversammlungen nicht nur über die aktuelle berufspolitische Entwicklung diskutiert. Auch Fragen zur Organisation des Sonntagsdienstes, der Ausbildung der Sprechstundenhilfen oder die ärztliche Fort- und Weiterbildung standen häufig zur Debatte. Von der Hauptversammlung am 26. Oktober 1966 unter der Leitung des 1. Vorsitzenden Meyer-Burg berichtet der Chronist von einer „erfreulich großen Zahl an Teilnehmern“. Um die regelmäßig stattfindenden Fortbildungsveranstaltungen mit einheimischen und auswärtigen Referenten kümmerte sich der 2. Vorsitzende Dr. Heinz Wehselau.

Bei der Jahreshauptversammlung am **17. Januar 1968** im Bremer Ärztehaus berichtet der Vorstand, dass die praktischen Ärzte nach den Neuwahlen für Kammer und KV wieder durchaus respektabel in den Gremien vertreten sind. Auch werden die **Fortbildungsveranstaltungen** des Landesverbandes von anderen Fachverbänden ein wenig neidvoll betrachtet und gerne besucht. Bei künftigen Fortbildungsveranstaltungen sollen Fragen der Praxisführung, Basisleistungen und Qualitätskontrolle sowie die Situation der Honorarprüfung noch intensiver behandelt werden.

Am 4. Dezember 1975 wurde der bisherige Vize Dr. Heinz Wehselau neuer Vorsitzender, nachdem Meyer-Burg nicht mehr kandidiert hatte. Stellvertretende Vorsitzende wurde Dr. Gertrud Wellmann, die auch erste Frau in der Ärztekammer war und die dafür sorgte, dass die Auseinandersetzungen sachlicher und profunder verliefen, so der Bericht eines Chronisten. Insgesamt sind die berufspolitischen Aussichten eher düster, die finanzielle Lage des Landesverbandes hingegen zufriedenstellend, so ein Bericht in der Verbandszeitschrift Der praktische Arzt.

### „Kostenverdampfungsgesetz“ gefährdet die Praxen

Von der Jahreshauptversammlung am 1. Februar 1977 ist bekannt, dass 30 Mitglieder gekommen sind. Beklagt wurde, dass die Brisanz der politischen Entwicklung vielen offenbar nicht klar ist. Das „Kostenverdampfungsgesetz“ (gemeint ist das erste Kostendämpfungsgesetz, mit dem unter anderem die ausgabenorientierte Einnahmepolitik der Kassen umgedreht wurde in eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik) bedrohe die Existenz der Praxen. In seinem Rückblick berichtete der Vorstand, dass der BPA bei den **Kammerwahlen 1975 acht Delegierte** in die 30köpfige Versammlung entsenden konnte. Und bei der KV-Wahl im Dezember 1976 konnte der BPA **sechs von 14 Sitzen** besetzen. Thema der Jahreshauptversammlung waren

# 1981



1981 fand der Deutsche Hausärztag in Bremen statt.

außerdem der Paragraf 218 und die Beratung zur sozialen Indikation sowie die wirtschaftliche Situation der Praxen.

Nachdem Wehselau aus gesundheitlichen Gründen von seinem Amt zurückgetreten ist, findet am 20. Oktober 1977 eine Mitgliederversammlung mit Neuwahlen statt. Neuer Vorsitzender wird Meyer-Ernestus. Im Sommer 1980 wird dann Dr. Heinrich Eitmann Vorsitzender des Landesverbandes, nachdem Meyer-Ernestus sich nicht mehr zur Wahl gestellt hatte. Eitmann, der von 1984 bis 1991 auch Vizepräsident der Ärztekammer Bremen war, starb am 9. November 1992 im Alter von 69 Jahren während der Vorbereitungen zur bevorstehenden KV-Wahl. Während seiner Amtszeit fand vom **8. bis 10. Oktober 1981 in Bremen der 4. Deutsche Hausärztertäg** statt. Thema der Veranstaltung: Der Arzt und seine Mitarbeiterin.

Nach dem überraschenden Tod Eitmanns kam es zu einem Generationenwechsel: Ulrich Weigeldt wurde Vorsitzender des Landesverbandes. Weigeldt hatte sich 1983 als Hausarzt niedergelassen und war schon bald danach berufspolitisch aktiv geworden. Dem Vorstand des Landesverbandes gehörte er seit 1986 an. Auf Bundesebene hatte Weigeldt bereits erste berufspolitische Erfahrungen gesammelt. Wenn es um Fragen der Allgemeinmedizin ging, hatte ihn der Landesverband immer wieder zu Sitzungen bei der Bundesärztekammer in Köln geschickt.

Als Nachfolger Heitmanns rückte Weigeldt auch in den Vorstand der Ärztekammer Bremen nach und blieb dort bis 1996. Danach wechselte er zur KV und wurde stellvertretender KV-Vorsitzender, scheiterte bei der nächsten KV-Wahl vier Jahre später allerdings an einer geschlossenen Phalanx der Bremer Fachärzteschaft. 1999 rückte Weigeldt als Vorsitzender des Landesverbandes in den Vorstand des Bundesverbandes und wurde 2003 als Nachfolger Kossows zum Bundesvorsitzenden gewählt.

### Der Landesverband hat sich professionalisiert

Nachfolger Weigeldts im Landesverband wurde 2003 Dr. Hans-Michael Mühlenfeld. Während seiner ersten Amtszeit wurde 2007 eine **eigene Akademie für hausärztliche Fortbildung** gegründet, weil die von der Ärztekammer angebotenen Fortbildungen „reichlich professoral“ und zu stark facharztorientiert und für den hausärztlichen Praxisalltag wenig tauglich seien, so ein Zeitungsbericht. Nachdem Mühlenfeld 2009 zum Vorsitzenden des 2001 gegründeten Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IHF) gewählt worden war, gab er sein Amt 2010 vorübergehend an Dr. Alfred Haug ab und wurde stellvertretender Landesvorsitzender. Zwei Jahre später wurde Mühlenfeld wieder Vorsitzender des Landesverbandes. Seit Anfang der 2000er Jahre hat sich der Landesverband zunehmend professionalisiert: Die Zahl der Mitglieder stieg kontinuierlich, heute sind die meisten Versorgerpraxen als Mitglied im Hausärzterverband vertreten. Unter Mühlenfelds Ägide wurde eine Geschäftsstelle mit heute drei Mitarbeiterinnen eingerichtet. Regelmäßige Aussendungen an die etwa 260 Mitglieder und eine professionelle Medienarbeit schärfen das Profil des Bremer Landesverbandes.

J. Stoschek

» Um gute Allgemeinärzte weiterzubilden, bedarf es einer Vermittlung unserer spezifischen Arbeitsmethodik.

Dr. Hans-Michael Mühlenfeld,  
Landesvorsitzender



Die Bremer Stadtmusikanten

» Frag nicht, was der Verband für Dich tun kann, sondern Du für den Verband.

Dr. Frank Stüven, langjähriges Vorstandsmitglied

## HAMBURG IN ZAHLEN

Eintrag ins Amtsregister Hamburg am **13.03.1967** als Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands BPA e.V. Seitdem:

- 9** Vorsitzende
- 12** Umzüge der Geschäftsstelle
- 650** konstante Mitglieder
- 2009** Fusion mit dem Verein der Hausärztlichen Internisten
- 85.000** HZV-Patienten



## Hamburg – Stadtstaat mit großen Aufgaben

Ein kleiner Landesverband sind die Hamburger! Als Stadtstaat mit 1.200 niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen ohnehin, zudem auch von Eingebütsärzten dominiert, was sich vor allem in den Gremien der KV-Selbstverwaltung niederschlägt. So stehen derzeit sieben hausärztliche VertreterInnen 23 Spezialisten in der Vertreterversammlung der KV gegenüber; mitunter ein mühsames Geschäft – doch dazu im Verlauf mehr.

Die (großen) Themen des (kleinen) Verbandes sind dieselben wie im Rest des Landes: **Stärkung der Hausarztmedizin** als sprechende Medizin mit der Notwendigkeit einer konstant hohen Qualität in Aus- und Weiterbildung bei gerechter Vergütung sowie die Gewinnung junger Medizinerinnen und Mediziner für den Hausarztberuf. Viele Aktivitäten der letzten Jahrzehnte von zahlreichen Mitstreitenden lassen sich nicht mehr verlässlich nachvollziehen. Doch an einigen Beispielen zeigt sich, wie wichtig der Zusammenschluss des Verbandes ist.

### Hausärztliche Fortbildung Hamburg eine Besonderheit

Seit 2005 ist die **Hausärztliche Fortbildung Hamburg** (HFH) eine Initiative des Hausärzterverbandes Hamburg, des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin sowie der Ärztekammer Hamburg. An acht Terminen im Jahr wird mit wissenschaftlicher Begleitung des Instituts für Allgemeinmedizin eine **hausärztlich zentrierte, unabhängige, evidenzbasierte und interaktive Fortbildung** angeboten. Durch Verzicht auf Sponsoring ist sie frei von wirtschaftlichen Interessen. Innerhalb von fünf Jahren werden alle relevanten Themen einschließlich der DMP- und HZV-Anforderungen und die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung berücksichtigt. Das Angebot wird von den Hamburger Hausärztinnen und Hausärzten gerne angenommen und ist in der Fortbildungslandschaft an Elbe und Alster mittlerweile eine Institution.

### Honorare: Die Hamburger halten die rote Laterne!

Was den Landesverband seit vielen Jahren umtreibt, ist die Honorarverteilung. Die **Vergütung der Hausärzte** in Hamburg ist bundesweit die schlechteste – obwohl die Krankenkassen der Stadt im Bundesvergleich nahezu die höchste morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten zahlen. Seit Jahren schon wollte der Verband die hinter der Honorarzahung liegenden Berechnungen der KV rückwirkend prüfen lassen und bat um die Bereitstellung der notwendigen Daten. Die Anträge dazu wurden mehrfach abgelehnt, auch der Umweg über eine Satzungsänderung wurde in der Vertreterversammlung gegen die Stimmen des Hausärzterverbandes von fast allen anderen Mitgliedern der Vertreterversammlung abgeschmettert.

Dann stand uns die Politik helfend zur Seite. Der Senat der Freien und Hansestadt Hamburg entwarf ein **Transparenzgesetz** für die Bürgerinnen

# 2013

und Bürger. Diese Möglichkeit packte ein langjähriges Verbandsmitglied am Schopfe und überzeugte erst die Bürgerinitiative und mit dieser die Bürgerschaft von der Notwendigkeit, die Körperschaften öffentlichen Rechts - und somit auch die KV - mit in das Transparenzgesetz einzubeziehen. Seit 6. Oktober 2012 ist das Hamburgische Transparenzgesetz in Kraft. So konnten wir schließlich doch noch eine Satzungsänderung erwirken, um das Recht auf Auskunft durchzusetzen.

## Hoher Mobilisierungsgrad

Im Jahr 2013 haben 570 Hausärztinnen und Hausärzte in einem Offenen Brief an die Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks die schwierige Lage ihrer **Patientenversorgung in Hamburg** verdeutlicht. Die in diesem Brief beschriebenen Fakten und Lösungsvorschläge wurde von einer kleinen Delegation der zuständigen Behörde übergeben. „Wir haben den Wunsch geäußert, dass die hamburgische Politik bei ihren Gesprächen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen den Erhalt der Primarebene sichert“, so Michael Klemperer, einer der Erstunterzeichner.

## Aufgaben von morgen

In der Vergangenheit hat vor allem der **Zusammenschluss** mit den hausärztlichen Internisten 2009 und die Einführung der HZV 2012 dem Landesverband einen enormen neuen Schub gebracht. Die vor uns liegenden Aufgaben sind die Einbindung der angestellten ÄrztInnen genauso wie die Unterstützung zur Niederlassung (damit es genügend PraxisinhaberInnen gibt, die auch anstellen können), die Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung auf Landesebene und der weitere Ausbau der HZV zum Erhalt unserer Finanzhoheit. LV



Staatsrätin Elke Badde (Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz) nahm die 570 Unterschriften des Offenen Briefes von den Erstunterzeichnern Björn Pary, Ingolf Resa und Michael Klemperer entgegen.

Was ist an einer Niederlassung attraktiv? Und lukrativ? Oder doch lieber angestellt? Voll- oder Teilzeit? Bleibt Zeit für Familie und Freizeit?

### Hausarztmedizin nichts für Feiglinge!

Mittwoch, 6. November 2019 | 18 bis 21 Uhr  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52  
Gebäude N55 / Campus Lehre, SR 210/211

Nach fünf Kurzreferaten bleibt viel Zeit für Fragen und Gespräche bei einem kleinen Imbiss mit jungen KollegInnen, die sich in den letzten Jahren niedergelassen haben. Einladung an ÄiW aller Fachgruppen oder mit Facharzt Ausbildung sowie Studierende mit Option Hausarztmedizin – und die, die keine Feiglinge sind!

DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND  
Hausärzteverband Hamburg e.V.  
[www.hausarztverband-hamburg.de](http://www.hausarztverband-hamburg.de)

„HAUSARZTMEDIZIN nichts für Feiglinge!“ So werben die Hamburger für die Niederlassung.

# 2006

Ob Demos in Berlin oder der Norddeutsche Protesttag 2006 in der Hansestadt (hier der langjährige Vorsitzende Klaus Schäfer): Der Landesverband schafft es seit jeher, seine Mitglieder zu öffentlichkeitswirksamen Aktionen zu bewegen.



Der Abschluss des DMP-Vertrages Diabetes Typ II durch einen Landesverband, direkt mit einer Krankenkasse, fand in Hessen statt – ohne KV!

## Hausärzterverband Hessen

Wenn man in den Archiven des Hessischen Hausärzterverbandes stöbert, kann man wirklich Interessantes entdecken. Am **24. Juli 1962** wurde in Oestrich im Rheingau der Landesverband Hessen im Berufsverband der Praktischen Ärzte Deutschlands e.v. ( BPA ) gegründet. Der Vorstand setzte sich aus den Kollegen Dr. Gerhard Martin, Wiesbaden, Dr. Ernst Wannemacher, Neu Isenburg, Dr. Stocke, Ginsheim und Dr. Hayn, Neu Isenburg zusammen. Dr. Martin folgte Dr. Karl Hicklas als Vorsitzender. Dieser übergab 1974 an Dr. Helmuth Klotz die Führung. Ab 1979 übernahm dann Dr. Norbert Löschorh. Im folgte 1991 Dr. Wolfgang Weber. Am 11. Juli 1970 beschloss der Berufsverband eine **Namensänderung**. Damit wurde der Einführung des Fachs Allgemeinmedizin in die Weiterbildung Rechnung getragen. Am 17. Dezember 1994, nach Zusammenschluss mit dem FDA, wurde dann eine erneute Namensänderung notwendig. Nunmehr firmierte der berufspolitische Zusammenschluss der Allgemeinärzte gemeinsam unter dem Namen **Hausärzterverband Hessen**, zunächst mit dem Zusatz Fachverband der Hausärzte im BDA und später dann mit dem Zusatz Mitglied im Deutschen Hausärzterverband.

Im Rahmen der KV-Wahlen im Jahr 2000 scheiterte der damalige Vorsitzende Dr. Georg Haas in einer Kampfabstimmung um den Posten des stellv. Vorsitzenden. In der Folge nach der Niederlage im „Saal der Illusion“ trat Dr. Georg Haas zurück. Es gab den Neubeginn in der Verbandsführung. Dr. Dieter Conrad wurde zum Vorsitzenden des Hessischen Hausärzterverbandes gewählt, Dr. Günter Haas zu seinem Stellvertreter. Sie führten den Verband bis 2015.

### Erster direkter Vertrag eines Landesverbandes

Unter der Ägide von Dr. Dieter Conrad kam es mit dem Abschluss des **DMP-Vertrages Diabetes Typ II** zum ersten direkten Vertrag eines Landesverbandes mit einer gesetzlichen Krankenkasse - unabhängig von der Kassenärztlichen Vereinigung. Auch wenn dieser Vertrag später in die Abrechnung über die KV Hessen überführt wurde, war dies bahnbrechend. Zunehmend wurde der Hausärzterverband, wie auch in anderen Bundesländern, als Vertragspartner in der GKV

anerkannt. Hier sei insbesondere auf die anhaltend positive Entwicklung der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) verwiesen. Die Weichen wurden früh gestellt. Der Vorstand des Hausärzterverbandes wurde 2015 neu gewählt, Conrad und Haas waren nicht mehr angetreten. Zum neuen Vorsitzenden wurde ohne Gegenstimme Armin Beck gewählt. Der aktuelle Vorstand des Hausärzterverbandes hat in den letzten fünf Jahren insbesondere die **Hausarztzentrierte Versorgung** erfolgreich nach vorn gebracht.

# 2020



Der jetzige Vorstand des Landesverbandes Hessen (v.l.n.r.): Christian Sommerbrodt, Armin Beck (1. Vors.), Jutta Willert-Jacob, Michael Thomas Knoll (2. Vors.), Monika Buchalik, Uwe Popert, Michael Andor.



Auch im Bundesverband waren hessische Vertreter engagiert. Dr. Gerd W. Zimmermann bekleidete das Amt des stellv. Vorsitzenden, Dr. Dieter Conrad war über zwei Amtszeiten als Beisitzer im geschäftsführenden Bundesvorstand, Armin Beck ist in der zweiten Legislatur ebenfalls in den geschäftsführenden Vorstand gewählt, derzeit im Amt des Bundesschatzmeisters.

### Politische Arbeit in Ärztekammer und KV Hessen

Der BPA stellte sich zum ersten Mal bei einer Wahl zur Landesärztekammer Hessen im Jahre 1964. Damals noch auf einer Gemeinschaftsliste der freien Verbände. 1968 stellten die hessischen praktischen Ärzte erstmals eine eigene Landesliste auf. Die Liste drei der praktischen Ärzte. Wenn man weiter in den Archiven sucht, erfährt man, mit welchen Problemen sich die Kollegen damals beschäftigt haben. Bericht aus der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 14.4.1969: „Ausschuss praktischer Arzt gegründet“. Im Anschluss an ein Referat von Dr. Hayn beschloss die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer einen Ausschuss einzusetzen, der die Probleme der Allgemeinpraxis untersuchen und geeignete Vorschläge ausarbeiten sollte, um das weitere Zurückgehen der Zahl der Allgemeinpraxen in Hessen aufzuhalten. Somit war schon damals der Hausärztemangel ein Thema.

In der Geschichte der Landesärztekammer Hessen waren die Hausärzte in unterschiedlichem Maße erfolgreich. So wechselten sich Phasen des Erfolges (Helmut Klotz als Landesärztekammerpräsident) mit Phasen der effektiven Oppositionsarbeit ab, bis die im Jahr 2004 angetretene Liste dieses Hausärzterverbandes erreichen konnte, dass mit Herrn Martin Leimbeck als hausärztliches Mitglied der Delegiertenversammlung zum Vizepräsidenten gewählt wurde. Im Folgenden konnte das Amt der Vizepräsidentin von Frau Monika Buchalik bis zum heutigen Tag besetzt werden. Bei der KV-Wahl 2000 hatten sich die hessischen Hausärzte auf den ersten Blick gut behauptet: Von 100 regulären Sitzen in der seinerzeitigen Abgeordnetenversammlung errangen sie 55 (!), die Fachärzte 33, die Psychotherapeuten 12. Hinzu kamen 22 außerordentliche, jedoch voll stimmberechtigte EHV-Empfänger. Leider scheiterte der vom Hausärzterverband nominierte Kandidat für den KV-Vorsitz Dr. Georg Haas, wohl auch durch Uneinigkeit in den eigenen Reihen.

In der seinerzeit schwer überschaubaren Situation der Bezirksstellenstruktur waren nicht alle Hausärzte im Verband organisiert. Deshalb wurde ab 2005 in den KVen die sechsjährige Legislatur mit Landeslisten eingeführt. Der Hausärzterverband Hessen passte deshalb seine Satzung an: Der Vorstand des Verbandes wird nun jeweils im Jahr vor der KV-Wahl von der Delegiertenversammlung gewählt. Der Erfolg stellte sich 2005 mit der Wahl von Dr. Gerd W. Zimmermann als langjährigem Verbandsmitglied und Bezirksstellenvorsitzender für Frankfurt zum stellvertretenden KV-Vorsitzenden ein. Ihm folgte Dr. Günter Haas. Unter seiner Federführung wurde in Hessen bereits 2013 (!) die Notdienstreform (in Hessen = „Bereitschaftsdienst“) durchgeführt. Diese strukturelle Neuordnung hat gerade auf dem Land vielen Kolleginnen und Kollegen merklich Entlastung gebracht, sie hat sich bewährt und sich als beispielhaft erwiesen. Seit 2017 ist Dr. Eckhard Starke als Hausarzt stellv. Vorstand der KV-Hessen. A. Beck, M. Ando

Mit Dr. Gerd W. Zimmermann, Dr. Dieter Conrad und seit 2019 Armin Beck sind über Jahre hessische Hausärzte auch im Bundesvorstand vertreten.



## Die Kandidaten der Hausärzte stellen sich vor.



## Gründungsmitglied

Beispielhaft genannt sei Dr. Wolfgang Eckert, Gründungsmitglied des BDA MV und viele Jahre Vorsitzender der KVMV sowie Mitglied des KBV-Vorstandes.



## Hausärztetag 1998

Ein neuer Vorstand wurde gewählt:

(v.l.n.r.): Dr. L. Wilke, Dr. L. Sander, Dr. W. Eckert, Dipl. Med. U. Pfennig, Dipl. Med. A. Zirzow, Dr. A. Buch, Dr. D. Kreye



## Mecklenburg-Vorpommern – immer nah an der Praxis

Die Fachärzte für Allgemeinmedizin der ehemaligen DDR waren vor der Wende seit den siebziger Jahren in der „Gesellschaft für Allgemeinmedizin“ organisiert. Neben Berufspolitik war diese Gesellschaft zugleich der „Wissenschaftshort“ der Allgemeinmedizin.

Aus dieser Gesellschaft ging **1990 der „Berufsverband der Allgemeinmedizin“ (BDA) Mecklenburg-Vorpommern** hervor. Besonders in der Zeit der politischen Wende erhielten die Fachärzte für Allgemeinmedizin und praktischen Ärzte durch den Verband wertvolle Unterstützung auf dem Weg in die Niederlassung.

### Siebzig Prozent aller Hausärzte zur Gründungszeit im BDA Mecklenburg Vorpommern organisiert!

Der große Zuspruch zum neu gegründeten Berufsverband begründete sich vor allem durch die Basisverbundenheit und Praxisnähe des Verbandes. Siebzig Prozent aller Hausärzte waren damals Mitglied des BDA MV! Der Elan und die Aufbruchstimmung in der Zeit nach der Wende schmiedete die Kolleginnen und Kollegen fest zusammen.

Die schon durch die Gesellschaft für Allgemeinmedizin organisierte regelmäßige Fortbildung wurde durch den Berufsverband MV nahtlos weitergeführt und durch berufspolitische Themen ergänzt. Dabei stand die Diskussion mit Politikern und berufspolitisch tätigen Vertretern im Interesse der Hausärzte. Die fachliche Weiterbildung fand und findet unter anderem während zweitägiger „**Hausärztetage**“ statt. Hierbei wird kompakt Wissensvermittlung zu vielen praxisrelevanten Themen, vor allem vom Arzt für den Arzt, angeboten. Die Weiterbildung für Praxismitarbeiter war von Beginn an in diese „Hausärztetage“ integriert und wird gut angenommen.

### Abrechnungsseminare sehr begehrt und anerkannt

Die Systematik des EBM und die Leistungsabrechnung mussten sich die Hausärzte in den neuen Bundesländern mehr oder weniger mühevoll aneignen. Deshalb fanden die „Abrechnungsseminare“ von Dr. Massing und später Dr. Gerd W. Zimmermann, dem Ehrenmitglied des mecklenburg-vorpommerschen Verbandes, großen Zuspruch.

Historische Dokumentation: Angela Merkel und Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow bei einem Treffen des Landesverbandes MV.





Abrechnungsseminare mit Dr. Gerd W. Zimmermann und Dr. Horst Massing erfreuten sich großer Beliebtheit und waren für die Teilnehmer eine wichtige Grundlage in ihrer Praxistätigkeit.

### Hausärzte müssen sich für ihre Belange einsetzen

Von Anbeginn der neuen Zeit als niedergelassene Ärzte war den Hausärzten in unserem Land klar, dass sie sich in der neu gegründeten Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer des Landes engagieren müssen. Hierdurch wurde der Grundstock für eine starke berufspolitische Vertretung der Hausärzte in Mecklenburg Vorpommern gelegt.

Seit der Wahl zur Delegiertenversammlung 2016 hat es auch im Vorstand eine deutliche Verjüngung gegeben. Weiterhin arbeiten jüngere und erfahrene Kollegen erfolgreich für die Hausärzteschaft in Mecklenburg-Vorpommern zusammen. Dies garantiert Kontinuität und zukunftssicheres Handeln.

A. Buch, J. Eckert



Fortbildung durch den Landesverband: Immer sehr gut besucht.

---

Eine tiefe Verbundenheit zur Basis und gelebte Praxisnähe zeichnen den Landesverband MV aus.



Der Vorstand mit dem Ehrenvorsitzenden Dr. Wolfgang Eckert (4. v. r.), Ehrenmitglied Dr. Astrid Buch (3. v. l.) und Laudator Prof. Attila Altiner (3. v. r.) anlässlich der Wahl zum Ehrenvorsitz von Dr. W. Eckert.

# 2019

1962

Protokoll der  
Sitzung vom  
18. Oktober 1962.

Amtsgerichtseintrag vom  
4. Februar 1963.



## Hausärzteverband Niedersachsen – Visionäre und Kümmerer im Ehrenamt

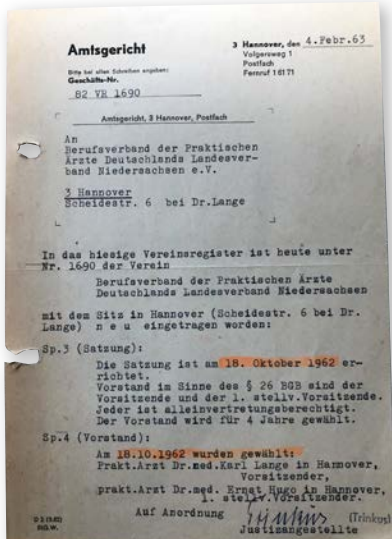
Anfangs sind es laut Niederschrift die „weiteren interessierten Kollegen aus dem Raum Hannover, Hamburg, Norddeutschland“ gewesen, die sich im **Dezember 1960** im Ärztehaus der niedersächsischen Landeshauptstadt zur Arbeitstagung der sogenannten „Praktiker-Verbände“ zusammenfanden; unter ihnen der Verband der Praktischen Ärzte Berlin, die Vereinigung der praktischen Ärzte Braunschweig, die Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Allgemeinärzte Dortmund, die Berufsverbände der praktischen Ärzte Düsseldorf und Rheinland/Pfalz sowie der Verband der praktischen Ärzte Oldenburg. Ein folgenreiches Treffen für Bund und Land. Denn es war die Geburtsstunde des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte Deutschlands BPA – und die Initialzündung für die am 13. Mai 1961 erfolgte konstituierende Sitzung des BPA-Landesverbandes Niedersachsen. Ihren ersten Vorstand wählten die Niedersachsen dann am 18. Oktober 1962 – es war der Abschluss vieler Diskussionsrunden und Treffen der damals elf Bezirksstellen, so die Annalen.

## Historische Kuriosität: Niedersachsen ist nicht gleich Niedersachsen

Geografie und Politik gehen hin und wieder getrennte Wege, zumindest bei der Organisation der Hausärzteverbände in Deutschlands flächenmäßig zweitgrößtem Bundesland. So gibt es einerseits den Landesverband Niedersachsen und andererseits den Landesverband Braunschweig. Grund dieser organisatorischen Trennung war die bereits 1953 ins Leben gerufene „Vereinigung Praktischer Ärzte Braunschweig“, deren Vertreter zu den Gründungsvätern des BPA gehören. Zwar hat diese – organisatorische – Trennung bis heute Bestand. Aber die Hausärzteverbände Niedersachsen und Braunschweig praktizieren in vielen Bereichen erfolgreich den Schulterschluss – vor allem (honorar-)politisch – und bilden in Niedersachsen ein politisches Schwergewicht gegenüber Krankenkassen und den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung.

## Damals wie heute stehen Aus-, Weiter- und Fortbildung im Fokus

„Wie gewinnen wir Nachwuchs und wie können wir den Aus- und Weiterbildungsstandard verbessern? Und wie machen wir für uns und unsere Belange Werbung?“ Fragen, die die Treffen in der Gründungszeit des Verbandes beherrschten. Auch die Honorarpolitik zählte zu den TOP-Themen bei den regelmäßigen Zusammenkünften. So war es laut Satzung Zweck des Berufsverbandes, das „Ansehen, die beruflichen Belange und die wirtschaftlichen Interessen der Praktischen Ärzte innerhalb und außerhalb der Ärzteschaft zu fördern“ – eine herausfordernde Aufgabe, damals wie heute. Heute vertritt der Deutsche Hausärzteverband – Landesverband Niedersachsen e.V. in Nachfolge der Gründungsväter – die Interessen aller Hausärzte in eigener Praxis oder in Anstellung (Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, hausärztliche Internisten). Außerdem können Studenten der Humanmedizin und Assistenzärzte, die sich in der Aus- und Weiterbildung mit der Zielrichtung einer hausärztlichen Tätigkeit (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinderheilkunde) befinden, dem Verband als Mitglied beitreten. Und Ruheständler sind auch nach ihrer aktiven Tätigkeit gern als – kostenfreies – Mitglied gesehen.



## Der erste Vorstand 1962

Dr. med. Karl Lange, Hannover  
**Vorsitzender**

Dr. med. Ernst Hugo, Hannover  
**1. Stellvertreter**

Dr. med. Hermann Ostermann,  
Winsen/Aller  
**2. Stellvertreter**

Dr. med. Theodor Schankath sen.,  
Wunstorf  
**Schriftführer**

Dr. med. Otto Forstmeyer, Hannover  
**Schatzmeister**

## Update 2020: Was macht die Niedersachsen aus?

- Wir kümmern uns um akzeptable, gute Arbeitsbedingungen, um eine effektive Interessenvertretung in allen Gremien der Selbstverwaltung, in der Kassenärztlichen Vereinigung genauso wie in der Ärztekammer Niedersachsen – auch gegenüber der Politik, den Parteien und Ministerien.
- Wir sorgen für gerechtere Honorare und bieten unseren Mitgliedern ein Plus beim Service an, z.B. Vergünstigungen bei Fortbildungen, Versicherungen rund um die Praxis und die Altersvorsorge sowie bei Sammeleinkäufen.
- Wir nehmen auch unsere gesellschaftspolitische Verantwortung ernst, indem wir die medizinische Versorgung in Niedersachsen mitgestalten, z.B. durch die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV), die Mitverhandlung und Organisation der Palliativversorgung oder der Flüchtlingsversorgung, die Beseitigung von Unterversorgung, Hinweise auf Fehlallokation sowie eine für Patienten schädliche Überversorgung.
- Wir engagieren uns bei der Ausbildung des Hausärztenachwuchses, in Zusammenarbeit mit den Universitäten sowie Instituten, auch bei unserer hauseigenen Veranstaltung „North West Circle“ speziell für Hausärztinnen und Hausärzte in spe – und zeigen Wege für den Quereinstieg auf unter [www.quereinstieg-allgemeinmedizin-niedersachsen.de](http://www.quereinstieg-allgemeinmedizin-niedersachsen.de).
- Für digitale Innovationen haben wir immer ein Ohr bzw. eine App: „Impfpass goes online“ heißt es auf [www.impf.app](http://www.impf.app). Und wer sich schnell einen Platz bei unserem traditionellen Seminarkongress Norddeutscher Hausärzte – einer der größten Fortbildungskongresse für Allgemeinmediziner und Praxisteams bundesweit – sichern möchte, kommt unter [www.hausaerzverband-niedersachsen.de](http://www.hausaerzverband-niedersachsen.de) schnell ans Ziel.

Zu all dem tragen ebenso die zehn Bezirksverbände und ihre Vorstände aus Aurich, Göttingen, Hannover, Hildesheim, Lüneburg, Oldenburg, Osnabrück, Stade, Verden und Wilhelmshaven bei.  
C. Mahnke



Dr. med. Heinz Jarmatz

## Gestalter, Kümmerer und Visionäre

- **Dr. med. Karl Lange**, Hannover (18.10.1962 bis 19.10.1963)
- **Dr. med. Kurt Vogel**, Göttingen (19.10.1963 bis 06.01.1979)
- **Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Kossow**, Achim-Uesen (06.01.1979 bis 08.01.1983), ab 1977 stellvertr. Bundesvorsitzender, 1993 Bundesvorsitzender des BPA
- **Dr. med. Heinz Jarmatz**, Scharnebeck (08.01.1983 bis 21.11.2014), zugleich Ehrenvorsitzender
- **Dr. med. Matthias Berndt**, Hannover (seit 21. November 2014)



Beim traditionellen Seminarkongress treffen sich regelmäßig Hausärzte, Politiker, Wissenschaftler, Vertreter von Fachverbänden, der ärztlichen Selbstverwaltung und der Krankenkassen zum fachlichen Austausch rund um die Hausarztmedizin.

## Gemeinsam vieles bewegen

„Voneinander lernen und ehrlich miteinander diskutieren ist die Basis des Erfolgs“, weiß Verbandschef Berndt nur zu gut. Denn: „In einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem ist die koordinierende Funktion des Hausarztes unentbehrlich. Genauso unentbehrlich sind Kolleginnen und Kollegen, die sich den immer komplexer werdenden Anforderungen an Hausärzte in wirtschaftlicher und politischer Hinsicht annehmen, diese koordinieren und ehrenamtlich für die Gemeinschaft der Hausärztinnen und Hausärzte vertreten. In Niedersachsen sind wir sehr stolz auf unsere hausärztlichen Macher und Visionäre, die uns zeigen, was gemeinsam möglich war und ist und sein wird.“



Dr. med. Matthias Berndt

Bereits in den 50er Jahren hatten sich in Nordrhein Zusammenschlüsse praktischer Ärzte gefunden, die sich jedoch nicht etablieren konnten.

1989



In Zeiten der Polarisierung innerhalb der Ärzteschaft war die Umbenennung des Verbandes identitätsstiftend.



Am 14.02.2020 wählte Nordrhein seinen Vorstand neu (von li. nach re.): Dr. Guido Marx, Dr. Oliver Funken, Elke Cremer, Dr. Jens Wasserberg, Bernd Zimmer, Dr. Manfred Imbert, Dr. Ralph Krolewski, Dr. Michael Krieger.

2020

## Bewegte Zeiten – 60 Jahre Berufspolitik in Nordrhein

„Dieser Zusammenschluss war umso mehr erforderlich, als in Nordrhein die meisten Fachärzte sich in fachärztlichen Berufsverbänden organisiert hatten.“ So heißt es 1964 in einer Meldung in „Der Praktische Arzt“ über die ersten 5 Jahre des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte e.V. mit Sitz in Düsseldorf. Zu denen, die sich auch in den 50er Jahren schon für die berufspolitischen Interessen Ihrer Kollegen stark machten, gehörte u.a. Dr. Paul Schimke, Hausarzt aus Düsseldorf. Er war es auch, der sich mit Kollegen der Berufsverbände aus Bayern, Berlin, Braunschweig, Niedersachsen und Westfalen zusammentat und alle Voraussetzungen schuf, den Berufsverband der Praktischen Ärzte Deutschlands (BPA) zu gründen. In den 70er Jahren übernahm nach Dr. Hans Feder und Dr. Karl Pipo der Essener Hausarzt Dr. Ernst Malm die Geschicke des Landesverbandes. Zu dieser Zeit gab es, so berichtete Malms, erhebliche Differenzen mit dem damaligen Vorstand der KV, „die fast zu einer Spaltung des Verbandes geführt hätten.“

### Hausärzte und Allgemeinmediziner unter einem Dach

1985 wurde aus dem Berufsverband der Praktischen Ärzte der **Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Nordrhein (BPA)** – die Ärzte für Allgemeinmedizin fanden sich nun auch in der Bezeichnung ihres Berufsverbandes wieder. Das war wichtig, war doch die zweite Hälfte der 1980er Jahre turbulent und geprägt von einer Polarisierung im innerärztlichen Bereich. Die KV sei dadurch zu einem Spielball unterschiedlicher Interessensgruppen geworden. Zum Schaden aller Kassenärzte in Nordrhein „und ganz besonders zum Schaden der hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen“ seien drängende Probleme nicht sachgerecht behandelt worden, so der damalige Vorsitzende des BPA Nordrhein, Dr. Gerd-Rüdiger Wasmuth, im Verbandsblatt „Der Hausarzt in Nordrhein“.

Anfang der 1990er Jahre stand die hausärztliche Zukunft und mit ihr die Allgemeinmedizin an einem Scheideweg: „Vor dem Hintergrund gesetzlicher Vorgaben muss die Gliederung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, die vor- und nachstationäre Behandlung sowie die Ausformung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin definiert werden“, formulierte der Vorsitzende des BPA Nordrhein die Aufgaben dieser Zeit. Politische Forderungen des BPA Nordrhein unter Dr. Jost Reermann gin-

1960

**Gründung**  
Berufsverband der  
praktischen Ärzte

**1. Vorsitzender**  
Dr. Paul Schimke,  
Düsseldorf

1965

**1. Vorsitzender**  
Dr. Hans Feder,  
Leverkusen

1969

**1. Vorsitzender**  
Dr. Karl Pipo,  
Wuppertal



1975

**1. Vorsitzender**  
Dr. Ernst Malms,  
Essen



1985

**Namensänderung**  
zu Berufsverband der  
Praktischen Ärzte und  
Ärzte für Allgemein-  
medizin Nordrhein  
(BPA)

gen Mitte der 90er Jahre vor allem an die Landesregierung. So drängte die Mitgliederversammlung darauf, die vom damaligen Gesundheitsminister Seehofer versprochenen 600 Mio. DM zur Verbesserung der hausärztlichen Vergütungssituation umgehend zur Verfügung zu stellen und die geplante GOÄ-Novellierung nicht länger zu behindern.

### Gefordert: Hausärztliche Versorgung ohne fremde Beeinflussung

Ende des vergangenen Jahrhunderts und in der ersten Dekade der 2000er verloren die Hausärzte in der Honorierung ihrer Versorgungsleistung ständig an Boden. Mit der Bewusstmachung hausärztlicher Leistung und Identität und durch die Honorartrennung in haus- und fachärztliche Versorgung legte der Verband, seit 2000 unter der Führung von Dr. Dirk Mecking, den Startschuss für eine eigene hausärztliche Entwicklung. Eindrucksvolle Demonstrationen, u.a. in Düsseldorf und Essen, legten den Grundstein für eine eigene Vertragslandschaft, die heute die bessere Versorgung insbesondere der multimorbid und chronisch Erkrankten garantiert und honorartechnisch die Besonderheiten hausärztlicher Versorgung ohne Fremdeinflüsse abbildet und sichert.

### Hausärzterverband Nordrhein: Nach wie vor erste Anlaufstelle

Auch heute ist der Hausärzterverband Nordrhein e.V. erste Anlaufstelle für Hausärztinnen und Hausärzte in der Region und manches Thema der Vergangenheit beschäftigt ihn bis heute. Zumindest die Vergütung ist dank der erfolgreichen Einführung der Hausarztzentrierten Versorgung nicht mehr das drängendste. Was immer noch zählt ist die Aus- und Weiterbildung junger Hausärzte. Doch nicht nur für sie veranstaltet die verbandseigene Wirtschaftsgesellschaft SHP Fortbildungen, sondern in großem Umfang auch für deren Medizinische Fachangestellten. Die Aufwertung der MFA als Teil eines Praxisteam ist dem Verband heute sehr wichtig. Die Praxis der Zukunft wird deutlich teamorientierter arbeiten und über neue Arbeitsstrukturen verfügen müssen. Demographischer Wandel und die Verknappung von Hausärzten und Pflegekräften machen mehr denn je sektoren- und berufsübergreifende Kooperationen, beispielsweise mit Apotheken, Physiotherapeuten und Pflegediensten, nötig. Auch die Anpassung der Digitalisierung an den Arbeitsfluss in der Versorgung – das alles seien die großen Themen der nächsten Jahre, so Dr. Oliver Funken. Man sehe dem aber gelassen entgegen. „Wir sind gut aufgestellt!“, verspricht er.

S. A. Vogeler

» Wir wollen den gestalterischen Rahmen nutzen, um den Herausforderungen der Zukunft zu begegnen.

Dr. Oliver Funken, 1. Vorsitzender Hausärzterverband Nordrhein e.V.

#### Gründung der SHP

(gemeinsam mit der Pro Versorgung)  
ab 2017 SHP als Wirtschaftsgesellschaft des Hausärzterverbandes Nordrhein e.V.

1992

1. Vorsitzender  
Dr. Gerd-Rüdiger  
Wasmuth, Zülpich



1995



1. Vorsitzender  
Jost Reermann,  
Wegberg

#### BPA vereinigt sich mit FDA.

Daraus wird er BDA Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands - Hausärzterverband e.V.

2000

1. Vorsitzender  
Dr. Dirk Mecking,  
Duisburg



2014

1. Vorsitzender  
Dr. Oliver Funken,  
Rheinbach



2019

## Auswahl wichtiger Persönlichkeiten des LV Rheinland-Pfalz

SR Dr. Hans Hugo  
Wrede

**1. Vorsitzender von  
1974 bis 1990**



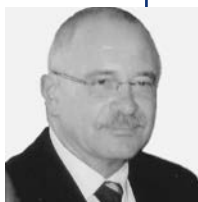
Prof. Benno König  
**Gründungsmitglied  
und Ehrenvorsitzender**



Dr. Hans-Josef  
Müller  
**Gründungsmitglied  
und Ehrenvorsitzender**



SR Dr. Hans-Dieter  
Grüninger  
**Schatzmeister  
und lange Jahre  
2. Vorsitzender**



SR Dr. Gernot Nick  
**1. Vorsitzender von  
1990 - 2006**



## Landesverband Rheinland-Pfalz

Gegründet wurde der Landesverband Rheinland Pfalz bereits im Jahr 1960. Die Eintragung ins Vereinsregister erfolgte jedoch erst 1974. In den Anfangsjahren war die Geschäftsstelle des Landesverbandes RLP in privater Trägerschaft der Vorsitzenden in den damaligen berufspolitisch eher ruhigen Zeiten gut aufgehoben. Der Bürobetrieb war im Wohn-/Praxishaus der Vorsitzenden untergebracht, der Geschäftsbetrieb wurde nebenbei und unter gelegentlicher Hinzuziehung externer Angestellter abgewickelt. Die Verbandsarbeit lief gut und war im Flächenland Rheinland Pfalz dezentral in 4 Regionen verankert. Vorsitzender in den ersten Jahren war Sanitätsrat Dr. Hugo Wrede, Stellvertreter war Dr. Hermann. Dieser wurde abgelöst durch Dr. Hans-Eckhart Hoch, der auch Vorsitzender des Bundesverbandes des damaligen Berufsverbands der Praktischen Ärzte war. Seine Amtszeit endete tragisch durch einen Flugzeugabsturz, der für ihn selbst und drei Begleiter tödlich endete. Als Gründungsmitglied ist unser Ehrenvorsitzender Professor Benno König dem Verband treu verbunden. Herausragend gewirkt haben seit den Anfangsjahren unser Ehrenvorsitzender Dr. Hajo Müller und Ehrenmitglied SR Dr. Grüninger.

### Zusammenlegung von Trier, Koblenz, Rheinhessen und Pfalz

Vieles änderte sich 2004 mit der Zusammenlegung der bis dahin bestehenden Regionen Trier, Koblenz, Rheinhessen und Pfalz. Die Notwendigkeit einer engeren Abstimmung und Kooperation wurde unter dem Vorsitz von SR Dr. Gernot Nick gesehen, der im Mai 1990 zum Vorsitzenden gewählt wurde. Bislang vorherrschende Regionalinteressen und Proporzdenken mussten in den Hintergrund treten, was nicht konfliktfrei gelang. Ab 2007 wurde die Geschäftsstelle unter dem Vorsitz von Dr. Burkhard Zwerenz, der 2007 zum 1. Vorsitzenden gewählt wurde, in eigenen Büroräumen im Zentrum von Koblenz eingerichtet. Landesweite Listen des Verbandes wurden für die Wahlen zu den Körperschaften aufgestellt, die in der Folge trotz zahlenmäßiger Unterlegenheit gegenüber den übrigen Facharztgruppen sehr gute Ergebnisse verzeichneten und so stark wurden, dass ohne Mitwirkung der Hausarztliste keine Koalitionen im Lande möglich waren und sind.

In den zurückliegenden Jahren ist der Hausärzteverband in Rheinland-Pfalz zu einem der wichtigen Ansprechpartner für Politik und Krankenkassen herangereift. Als einziger Berufsverband in RLP wird der Landesverband regelmäßig in gesundheitspolitische Beratungen und Entscheidungen der Landespolitik eingebunden.

### Erstmals in 2020 und bundesweit ein weibliches Spitzenduo

Aktuell befindet sich der Landesverband in einer Übergangsphase. Der Tatsache, dass immer mehr junge Medizinerinnen den Hausarztberuf wählen, wird Rechnung getragen. Die Führung geht mit Beginn des Jahres 2020



von Dr. Burkhard Zwerenz auf Dr. Barbara Römer über, die mit ihrer Stellvertreterin Frau Dr. Heidi Weber bundesweit das einzige weibliche Spitzen-duo darstellt.

Der Landesverband steht nicht nur politisch, sondern auch wirtschaftlich auf gesunden Füßen. Positiv ist auch zu vermerken, dass nach langen und schweren Jahren des Widerstands die Krankenkassen im Land heute die Umsetzung der HZV unterstützen.

### Die nachfolgende Hausärztergeneration zu fördern ist für uns selbstverständlich und hat oberste Priorität!

Eine Besonderheit des Landesverbandes Rheinland Pfalz ist die unbedingte und vorbehaltlose Unterstützung der nachfolgenden Hausärztergeneration. Mitglieder des Forum Weiterbildung haben selbstverständlich Sitz und gleichberechtigte Stimme im Vorstand. Ihre Aktivitäten und Anliegen werden mit allen verfügbaren Möglichkeiten unterstützt. Angebote für Studierende gehören zum regelmäßigen Programm. Diese werden inzwischen vollständig durch das Forum und engagierte junge KollegenInnen organisiert und durchgeführt und vermutlich auch deswegen sehr gut angenommen.

Ebenfalls bemühen wir uns sehr darum, die zunehmende Zahl angestellter ÄrztInnen in unseren Praxen auch im Vorstand und der Verbandsarbeit zu repräsentieren und Ihre Anliegen zu den unseren zu machen. Neben dem Codex in der Weiterbildung, welchen wir uneingeschränkt unterstützen, bemühen wir uns darum, einen fairen Tarifvertrag zu etablieren, um dieser Gruppe unserer Mitglieder Planungssicherheit und den Praxisinhabern Rechtssicherheit zu geben.

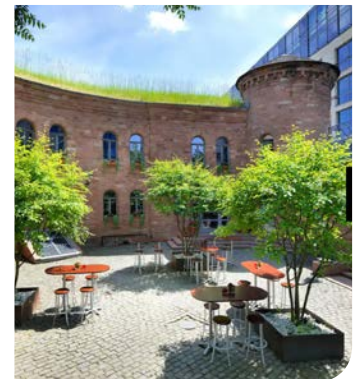
B. Zwerenz



Die Saulheimer Hausärztin Dr. Barbara Römer ist neue 1. Vorsitzende ab 2020 und wurde einstimmig zur Nachfolgerin von Dr. Burkhard Zwerenz gewählt, der erst 2018 im Amt bestätigt wurde. Er begleitet jedoch seine Nachfolgerin auf dem Weg ins Amt.

# 2017

Frühjahrstagung des Deutschen  
Hausärzterverbandes 2017  
in Mainz.



## 1994



Dr. Wolfgang Meunier bei seiner Eröffnungsrede 1994 auf dem Saarländischen Hausärzterttag.

## 2015



30. Saarländischer Hausärzterttag 2015: Begrüßung und Eröffnung durch Herrn Dr. Michael Kulas, dem 1. Vorsitzenden des SHÄV.



Dr. Andy Maun und Dr. Michael Kulas anlässlich des 30. Saarländischen Hausärztertages 2015 mit dem Thema „Hausarzt 2015, wohin? Bleiben, gehen, zurückkommen“.

## Saarland – Startschuss im Jahr 1987

Startschuss für den Saarländischen Hausärzteverband in seiner heutigen Struktur war das Jahr 1987. Entstanden aus dem lockeren Verbund von Landesverbänden des BPA wurde aus dem BPA Saarland mit einer neuen Satzung, die federführend von Kurt Jörg und Wolfgang Meunier entwickelt wurde, der **Saarländische Hausärzteverband**. Zum ersten Mal wurde der Begriff Hausarzt auch im Namen eines für Hausärzte gegründeten Verbandes aufgenommen. In der Satzung des Saarländischen Hausärzteverbandes wurde für damalige Verhältnisse sehr innovativ die Möglichkeit gegeben, Internisten, die hausärztlich tätig sind, im Hausärzteverband aufzunehmen und zu verorten.

Die neue Organisationsstruktur und die innovativen Ideen in operativer Arbeit und Fortbildung haben den bis heute **höchsten Organisationsgrad an Mitgliedern** im Deutschen Hausärzteverband ausgelöst.

Nach Dr. Kwiet von 1987 - 1988 waren Dr. Winfried Lawall von 1988 - 1992, Wolfgang Meunier von 1992 - 2004, Dr. Joachim Meiser von 2004 - 2010 und Dr. Jürgen Bethscheider 2010 - 2012 Vorsitzende. Seit November 2012 ist Dr. Michael Kulas bis heute Vorsitzender des Saarländischen Hausärzteverbandes.

### Entwicklung und Innovation im medizinischen und politischen Bereich

Die jährlichen Hausärztertage - in diesem Jahr feiern wir im November den **35. Hausärzterttag** - standen und stehen immer unter dem Eindruck von Entwicklung und Innovation im medizinischen und politischen Bereich. Das Saarland als Land Europäischer Verständigung und Zusammenarbeit war und ist immer noch, so klein es auch ist, Motor für Fortschritt in der Entwicklung hausärztlichen Tuns.

1994/1995 initiierte der Saarländische Hausärzteverband ein bis heute oft zitiertes Projekt „Macht Arbeitslosigkeit krank?“ in Zusammenarbeit mit dem Landesarbeitsamt Rheinland-Pfalz/Saarland. 1998 hat der Saarländische Hausärzteverband zusammen mit der „Leitstelle älter werden“ des Landkreises Saarlouis dann den 1. Internationalen Demenzkongress ausgerichtet.

### Hausarztzentrierte Versorgung auch im Saarland

Seit 2008 war das Saarland einer der Protagonisten der Hausarztzentrierten Versorgung. Nach einer Entwicklungspause in 2010 und 2011 wurde das Projekt Hausarztzentrierte Versorgung wieder mit großer Energie vorangetrieben und der Verband konnte schließlich am 01. November 2014 die HZV im Saarland, mit dem TK-Vertrag installieren und bis heute in regionalen und bundesweiten Verträgen weiterentwickeln.

Bis zum diesjährigen Hausärzтетag 2020 mit dem Thema „Die Macht der Motivation“ hat der Saarländische Hausärzteverband auf neuen und zum Teil unkonventionellen Wegen das Interesse der Öffentlichkeit geweckt und die Aufmerksamkeit von Politik und Medien auf die Interessen der Hausärzte ziehen können.

### VERAH® im Saarland

Seit dem Jahr 2014 haben wir im Saarland in einer beispielhaften Ausbildungsinitiative mehr als 200 VERAHS® ausgebildet. Dem Saarländischen Hausärzteverband ist es gelungen, für nahezu alle VERAH® ein „**Stipendium**“ vom Gesundheitsministerium und aus dem Strukturfond der KV zu erhalten. Auch der diesjährige VERAH®-Kurs wird zur Entlastung unserer Mitglieder in vollem Umfang gefördert. Auf diesem Weg haben etwa 30 Prozent der Saarländischen Hausarztpraxen die Möglichkeit, die unterstützende Arbeit der VERAH® zu nutzen. Mit unserem Programm **VERAH ist mobil** stellen wir unsere VERAHS® mit einem Fahrzeug aus, das als Werbeträger für unsere Arbeit, unseren Verband und unsere individuellen Praxen unterwegs ist.

LV

» Über kurz oder lang ist ein Primärarztssystem unausweichlich.

Dr. Michael Kulas anlässlich des 34. Saarländischen Hausärzтетages 2019



VERAH *ist mobil*

2019



34. Saarländischer Hausärzтетag 2019 mit dem Thema: Hausärztliches Primärarztssystem - Versorgung gestalten. Festredner war Prof. Dr. Martin Scherer, Institut für Allgemeinmedizin UKE Hamburg und DEGAM-Präsident.



2018

33. Saarländischer Hausärzтетag 2018: Frau Ministerin Monika Bachmann, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, rechts daneben RA Sven Lichtschlag-Traut, aus Saarbrücken.

## Sächsischer Hausärzterverband – Aus 3 wird 1

Nach der „Weimarer Gesundheitskonferenz“ 1960 wurde 1961 in der DDR der „Facharzt Praktischer Arzt“ geschaffen, der zum Facharzt für Allgemeinmedizin entwickelt wurde, mit der Gleichstellung zu allen anderen Fachärzten durch die fünfjährige Weiterbildungszeit ab 1. Februar 1967.

Die Wurzeln des Sächsischen Hausärzterverbandes liegen in der Arbeit der **drei sächsischen Gesellschaften für Allgemeinmedizin** für die damaligen Bezirke Chemnitz (ehemals Karl-Marx-Stadt), Dresden und Leipzig. Die Vorstände dieser drei Verbände waren für die Organisation der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin verantwortlich, kontrollierten die Weiterbildung der Assistenzärzte auf eine ordnungsgemäße und qualitativ hochwertige vielseitige Ausbildung und nahmen nach fünf Jahren dann die Facharztprüfung ab.

Die Hausärzte waren an Kreiskrankenhäusern und Kreispolikliniken des jeweiligen Kreises angestellt und entweder in der Poliklinik tätig oder leiteten eine staatliche Arztpraxis in den Städten oder auf dem Land. Wenn mehrere Ärzte zusammen tätig waren, nannte man diese Einrichtung Ambulatorium. Viele Hausärzte waren auch im Betriebsgesundheitswesen tätig und wurden von diesem auch bezahlt. Da die Zahl der Betriebsärzte nicht ausreichte, übernahmen viele Hausärzte mit einem Extrahonorar auch betriebsärztliche Aufgaben. Dafür wurden Lehrgänge zur Fortbildung angeboten. Viele Betriebe beteiligten sich an der Finanzierung des staatlichen Gesundheitswesens. Auch weitere Fortbildungen wurden durch das staatliche Gesundheitswesen für Hausärzte organisiert, um deren Behandlungsspektrum so breit wie möglich zu halten (z.B. durch Psychotherapie, LZ-EKG, Sonographie). Eine besondere Form der Fortbildung war hier die „Lückendorfer Woche.“

### Nur Einigkeit macht stark

1991 wurde uns vom Deutschen Hausärzterverband Hilfe angeboten beim Aufbau eines **einheitlichen Hausärzterverbandes**. Mittlerweile hatte sich noch der **Sächsische Verband der Fachärzte für Allgemeinmedizin e.V.** (SVA) unter Leitung von Dr. Diethard Sturm gegründet. Nur Einigkeit macht stark, das haben wir sächsischen Hausärzte bald erfahren müssen im täglichen Kampf mit den neuen Problemen der Niederlassung und mit der KV. Zum **1. Sächsischen Hausärztetag** trafen sich erstmals die Vorstände von BPA und SVA. Beide Vorstände waren sich schnell einig, dass eine Zusammenführung beider Verbände für die Zukunft der sächsischen Hausärzte



Auf dem Deutschen Hausärztetag 2014 in Bonn (v.l.n.r.): Dr. K. Lorenzen, aktuell stellvertret. Vorsitzender, Dr. Hanzl, ehemals Vorstand des SVA und Mitbegründer des Sächsischen Hausärzterverbandes, aktuell Beisitzer im Vorstand für Dresden, Steffen Heidenreich, ehemals Beisitzer für Chemnitz und aktuell Vorsitzender des SHÄV, Frau Dipl.-med I. Dänschel, Vorsitzende des SHÄV von 2005-2017, aktuell Fortbildungsbeauftragte des SHÄV, Herr J. Richter, Außendienstmitarbeiter des SHÄV, Dr. D. Sturm, Vorsitzender des SVA Sachsen, Mitbegründer des SHÄV und 1. Vorsitzender, Ehrenvorsitzender (verstorben November 2017), Dr. U. Stolz, aktuell Beisitzer für Chemnitz, Dr. K. Donaubauer, Schatzmeister von 2005-2015, Herr M. Brosig, ehemals Beisitzer für Leipzig und aktuell Schatzmeister, Frau Dr. F. Pecher-Werner, Schriftführerin seit 2005.

wichtig ist. In Vorbereitung des Zusammenschlusses wurde am **15. September 1993 der Sächsische Berufsverband der Fachärzte für Allgemeinmedizin im BPA Deutschland** in Chemnitz unter notarieller Aufsicht gegründet. Im Rahmen des 2. Sächsischen Hausärztetages im Kurort Oybin erlebte dieser Verband, der später zum **Sächsischen Hausärzteverband (SHÄV)** umbenannt wurde, am 6. November 1993 seine Geburtsstunde durch Verschmelzung der beiden Verbände, unter juristischer Assistenz von Dieter Robert Adam, dem Hauptgeschäftsführer des BPA, Herr Dipl.-med. R. Böhner, der damalige Vorsitzende des BPA Sachsen, und Dr. med. Diethard Sturm, 1. Vorsitzender des SVA, reichten sich die Hände. „Ein unvergessliches Erlebnis für alle Beteiligten, u.a. für Prof. Klaus-Dieter Kossow, der den neuen Verband als Mitglied im Bundesverband nach heldenhafter Anreise unter den damaligen Verkehrsverbindungen im Zittauer Gebirge empfing,“ so erinnerte sich Dr. Diethard Sturm.

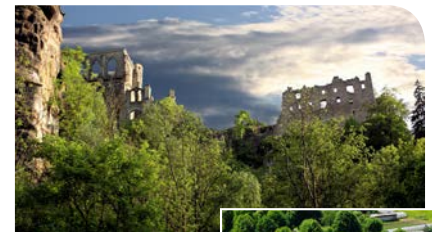
### Eine starke Stimme für alle sächsischen Hausärzte

Für die Zukunft sollte der neue Berufsverband die intensive Basisarbeit des SVA mit der berufspolitischen Kompetenz und den aktuellen Informationen des BPA vereinigen und eine starke Stimme für die sächsischen Hausärzte bei den Themen Fortbildung, Weiterbildung sowie bei KVS, Krankenkassen und Politik sein. Bald war der SHÄV eine ernstzunehmende Institution, zunächst unter Führung von Dr. Diethard Sturm, anschließend unter DM Ingrid Dänschel und aktuell Steffen Heidenreich als Vorsitzende. Zu den vielen Aufgaben des Vorstandes im Namen seiner Mitglieder gehören die Vertretung der Interessen der sächsischen Hausärzte bei der KVS mit einem der wichtigsten Ziele, der Honorartopftrennung zwischen Haus- und Gebietsärzten.

Immer wieder wird bei Politik und Krankenkassen auf den seit Jahren zunehmenden Hausärztemangel hingewiesen und Maßnahmen eingefordert und auch in Verhandlungen mit den Krankenkassen die Existenz der sächsischen Hausarztpraxen zu sichern. Der SHÄV hat mit der AOK Sachsen bereits zum 1.1.2005 einen Vertrag zur Etablierung und Umsetzung einer „Hausarztbasierten Integrierten Versorgung“ (HABIV) nach § 73b SGBV abgeschlossen, als einer der ersten in ganz Deutschland. Dieser Vertrag lief bis zum 31.5.2015. Danach wurde er durch einen Vertrag auf Basis der „Hausarztzentrierten Versorgung“ (HZV) abgelöst. Eine deutschlandweite Premiere war die Anknüpfung eines Vertrages mit Gebietsärzten, der sog. „Cardio-Integral“. Ein Vertrag mit Kardiologen nach § 140a ff. SGBV über die Versorgung kardiovaskulär erkrankter Patienten. Er stärkte die Zusammenarbeit mit den kardiologischen Kollegen zur Optimierung von Versorgungsketten und Versorgungspfaden mit ganzheitlichen Therapiezielen. Die erste Evaluierung wurde am 3.5.2013 veröffentlicht, mit dem Ergebnis bei ca. 70.000 eingeschriebenen Patienten 84% weniger Doppeluntersuchungen, 78 % verbesserte patientenorientierte Versorgung, 67 % schnellere Facharzttermine, 60 % verbesserte Erreichbarkeit der Fachärzte, 56 % weniger notfallmäßige Klinikeinweisungen und Einsparungen von ca. 420.000 Euro Behandlungskosten/Jahr. Zur Zeit nehmen 1.257 Hausärzte und 104.920 Patienten daran teil. Einen weiteren angebundenen Vertrag gab es mit den Orthopäden zur Osteoporosetherapie: Der OSTEOproaktiv bestand vom 1.1.2007 bis zum 31.12.2012. 2008/2009 erfolgte nach intensiven Bemühungen die Zertifizierung des Curriculums zur VERAH-Ausbildung über die Sächsische Landesärztekammer.

F. Pecher-Werner, G. Hanzl

Der Sächsische Hausärztetag ist jedes Jahr ein Höhepunkt, 25 Mal in Oybin, jetzt in Radebeul. Ergänzt wird diese Fortbildung noch durch vier Thementage p.a.. In Oybin begann bereits die Einbindung von MFA/s, Pflegediensten u.a..



Klosterruine Oybin.



Schloss Wackerbarth in Radebeul.



Erste VERAH®-Prüfungen in Sachsen im März 2009. Bisher wurden 315 VERAH®s in Sachsen ausgebildet.

Als Eigenbrötler  
im Verband,  
ist Sachsen-Anhalt  
wohl bekannt.

# 1992



Peter Koch (re.), erster Vorsitzender des Hausärztesverbandes Sachsen-Anhalt.



Andreas Petri (re.) und Burkhard John (li.), seit der Wende aktive Mitstreiter für das Wohl der Hausärzte.

## 30 Jahre Landesverband Sachsen-Anhalt

Das war schon eine verrückte Zeit, als Anfang der 90er Jahre der blutjunge Fachverband der Allgemeinmediziner Sachsen-Anhalt unter dem Dach des etablierten Bundesverbandes Schutz suchte. Und das war bitter nötig, denn unter den Bedingungen der sozialen Marktwirtschaft musste unser Verband peu à peu die Spielregeln und demokratischen Prinzipien der Einflussnahme auf die wichtigen Gremien des Deutschen Gesundheitssystems erlernen. Überaus dankbar nahmen wir die uns zuteil werdende Unterstützung der westdeutschen Hausärztesverbände und hierbei besonders des niedersächsischen Verbandes unter Führung von Heinz Jarmatz an. Der erste wichtige Schritt war die Begleitung unserer Hausärzte in die Selbständigkeit. Abrechnungskurse vom Nummern-Guru Dr. Massing waren wegweisend. Andererseits erwies sich das stets geschlossene Eintreten der ostdeutschen Hausärzte für eine einheitliche fünfjährige Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin fruchtbringend für die steigende Wertschätzung des Hausarztes in unserer Gesellschaft.

1995 wurde ein weiterer, existentiell wichtiger Schritt vollzogen, zur Vereinigung des Berufsverbandes der praktischen Ärzte und des Fachverbandes der Allgemeinmediziner hin zum Bundesverband der Deutschen Allgemeinärzte. Von nun an wurde gemeinsam gestritten für angemessene Honorierung, Etablierung der Allgemeinmedizin an den Universitäten, Anerkennung und entsprechende Honorierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung, hausärztlich orientierte Fortbildung und ein funktionierendes Primärärztesystem. Die Reihe der Vorsitzenden des Sachsen-Anhaltischen Hausärztesverbandes, Dr. Koch, Dr. John, Herr Fischer, Herr Petri und Herr Andrusch waren stets um ein kollegiales Miteinander im Bundesverband bemüht, scheuten aber eigene Wege nicht.

### Hier entwickelte sich einiges anders als im übrigen Bundesgebiet

Warum? Weil einerseits die Notwendigkeit von schnellen tiefgreifenden Veränderungen aufgrund von Überalterung der Bevölkerung, hoher Arbeitslosigkeit, geringer Krankenkasseneinnahmen und damit geringen Arzthonoraren und überwiegend dünn besiedelten Gebieten besonders dringend war, und andererseits unsere KV für eine sehr konstruktive Politik im Sinne einer sinnvollen Strukturierung der Versorgung eintritt. Dieser Umstand führte am 01.07.2004 zum **ersten Hausarztvertragsabschluss** deutschlandweit, unter Federführung unseres Vorsitzenden Holger Fischer gemeinsam mit der KVSA unter Burkhard John. Zunehmender Hausarztmangel in Sachsen-Anhalt beschleunigte die Fortbildungsbestrebungen für unsere Arzthelferinnen. Durch das IHF – einst unter Federführung von Burkhard John gegründet – wurden die notwendigen Module erarbeitet und Schulungen für die regionalen Mentoren durchgeführt. Durch gemeinsame Anstrengungen von Verband und KV konnten schon im 1. Fortbil-

# 2017



Klasse Allgemeinmedizin in Halle – Vorreiter in Deutschland für gelebte Hausarztmedizin vom 1. Studienjahr an. Aktive Unterstützung der Studentenarbeit durch den Hausärzterverband Sachsen-Anhalt.

dungsjahr über 200 erfolgreiche VERAH®-Abschlüsse absolviert werden. Es gibt sicher viele Gründe, dass Hausärzterverbände eigenständige Verträge mit den Krankenkassen umsetzen, aber es gibt auch viele Gründe, dass solche Verträge gemeinsam mit den KVen umgesetzt werden, wenn die Rahmenbedingungen für alle Seiten akzeptabel sind. Wichtig ist aus unserer Sicht, dass möglichst viele Hausärzte und Bürger an Hausarztverträgen teilnehmen. Nur, wenn fast alle Hausärzte und die Mehrzahl der Patienten dabei sind, wird es gelingen, die Vorteile einer solchen Versorgung, wie sie in Dänemark schon umgesetzt wird, auch sichtbar zu machen.

## Und das wünschen wir uns für die nächsten Jahre

**60 bis 80 neue Hausärzte** jährlich in Sachsen-Anhalt. **100 % Hausarztzentrierte Versorgung** im Land, egal ob Add-on oder Vollversorgung, gern zusammen mit einer hausarztefreundlichen KV, und wenn das nicht mehr der Fall sein sollte, gern auch über die HÄVG. Bundesweit eine erfolgreiche HÄVG in Köln mit über fünf Millionen eingeschriebenen Patienten, die unsere anhaltischen Kollegen mit offenen Armen empfängt, wenn die Umstände es erfordern. Einen Verband, der alles dafür tut, dass es auch in Zukunft noch die Möglichkeit gibt, Hausarztmedizin in Selbständigkeit zu praktizieren, der ein starker Partner der bundespolitischen Gremien ist und der sich um die vielen Themenbereiche der KVen und Ärztekammern aktiv im Sinne der Hausärzte kümmert.

Für diese Ziele brauchen wir einen starken Dachverband, der Toleranz gegenüber seinen Mitgliedsverbänden zeigt und in dem jeder Hausarzt sich gut aufgehoben fühlt, ob als Praktischer Arzt, ob Allgemeinmediziner, oder hausärztlicher Internist und ganz gleich, ob selbständig oder angestellt. Dafür steht unser Verband, der herzlich zum 60sten Jubiläum des Dachverbandes gratuliert.

S. Andrusch

## Erfolge unseres Landesverbandes:

- **1.300 Hausärzte** sind in Hausarztverträge eingeschrieben (das sind **90%**!).
- Knapp **700.000 Patienten** bei insgesamt **2,3 Mio. Einwohnern** haben sich für die Hausarztzentrierte Versorgung entschieden.
- Über **750 VERAHS®** entlasten unsere Kollegen.
- An beiden Universitäten gibt es **Lehrstühle für Allgemeinmedizin**. In Halle gibt es eine Klasse Allgemeinmedizin und in Magdeburg eine Klasse Hausärzte, Hausarztmedizin vom ersten Semester des Medizinstudiums an.
- Über **120 Ärztinnen/Ärzte** Allgemeinmedizin in Kompetenzzentren eingeschrieben. Überall im Land haben sich Weiterbildungsverbände etabliert.
- Seit 2 Jahren **wieder mehr neue Allgemeinmediziner** als hausärztliche Internisten.

Holger Fischer (li.) ist mit dem deutschlandweit ersten Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in die deutsche Gesundheitsgeschichte eingegangen.

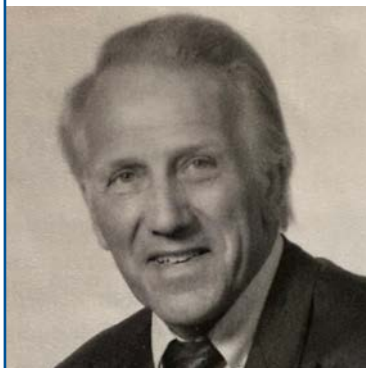


» Bei allem, was uns neue Gesetze zumuten, ist auch nach 60 Jahren ein starker Hausärzteverband unverzichtbar.

Dr. Thomas Maurer,  
1. Vorsitzender 2020

### Unser Ehrenvorsitzender

Dr. Karl Bernhard Schröder, der für seine Verdienste um die Sache das Bundesverdienstkreuz erhielt



## Schleswig-Holstein – meerumtost

Am **12. Mai 1965** erfolgte in Kiel die Gründungsversammlung und am **17. September 1965** die Eintragung des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands, BPA Landesverband Schleswig-Holstein e.V. in das Vereinsregister, der später in **Hausärzteverband Schleswig Holstein im Deutschen Hausärzteverband e.V.** umbenannt wurde. Anlass der Gründung war, wie in so vielen anderen Landesverbänden auch, die Sorge um die berufliche Zukunft der praktischen Ärzte und die Wahrung der Interessen gegenüber den Fachärzten und Kliniken. Leider stehen uns aus dieser Zeit kaum noch Dokumente oder Bilder zur Verfügung.

Erster Vorsitzender wurde Dr. Hans-Werner Fischbach, dem 1977 Dr. Klaus Meier folgte. Von 1985 bis 1997 führte Dr. Karl-Bernhard Schröder den Verband. In seiner Amtszeit musste er die Einführung von Niederlassungsbeschränkungen und Budgets erleben, die uns noch heute sehr unter Druck setzen und nach wie vor eine Belastung sind. Die vielfältigen Aktivitäten von Dr. Schröder für die Hausärzte und die Allgemeinmedizin wurde mit der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes gewürdigt. Mittlerweile im hohen Alter von 92 Jahren verfolgt er die Aktivitäten des Verbandes als unser Ehrenvorsitzender.

Von 1997 bis 2008 übernahm mit friesischem Dickschädel Nikolai Breyer die Führung des Verbandes und verlegte die Geschäftsstelle nach Schwabstedt in Nordfriesland. In seine Amtszeit fiel der **erste Hausarztvertrag** mit der Barmer Ersatzkasse, der dem Verband einen deutlichen Mitgliederzuwachs bescherte. Die Erfahrungen mit diesem Add-on-Vertrag bestärkten Nikolai Breyer darin, sich energisch für die Hausarztzentrierte Versorgung als Vollverträge einzusetzen. Gemeinsam mit ihm übernahm Frau Christiane Riegel die Leitung der Geschäftsstelle und war auch nach dem Ausscheiden von Nikolai Breyer bis 2019 mit ihrer großen Erfahrung für viele Mitglieder eine wichtige Ansprechpartnerin. Neben dem Verbandsvorsitz war Nikolai Breyer auch in der KV, der Ärztekammer und der Ärztegenossenschaft aktiv, um jederzeit und wo nötig auch konfrontativ die hausärztlichen Belange zu vertreten.

### Die gesetzliche Verankerung der HZV und der Datenschutz

Seit 2009 steht mit Dr. Thomas Maurer erneut ein Nordfrieße an der Spitze des Verbandes. Das bestimmende Thema war zu Beginn seiner Amtszeit die gesetzliche Verankerung der HZV, die Mandatierung des Hausärzteverbandes zum Abschluss der Verträge und die langwierigen Verhandlungen mit allen Kassen. Doch zunächst mit Erfolg. Schleswig-Holstein war das erste Bundesland nach Baden-Württemberg und Bayern, das gute Vollversorgungsverträge mit allen Kassen verhandelt hatte. Doch dann kam das Drama um den Datenschutz, mit dem der Schleswig-Holsteiner Daten-



schützer verbissen versuchte, bundesweit die HZV-Verträge anzugreifen. Auch wenn sich am Ende die besseren Argumente für die HZV durchgesetzt haben, mussten wir zunächst bereits laufende Verträge rückabwickeln. Das war für uns in Schleswig-Holstein ein Tiefschlag, der uns viele Mitglieder gekostet hat und von dem der Verband sich bis heute nicht vollständig erholt hat.

### Für die Zukunft gut gerüstet

Doch es geht längst wieder aufwärts. Mit verjüngtem Vorstand, intensiven Aktivitäten im Nachwuchsbereich und konstant steigenden Zahlen in der Hausarztzentrierten Versorgung sehen wir uns für die Zukunft bestens gerüstet. Mit Frau Friedrich haben wir seit Juni 2019 in der neuen Geschäftsstelle in Leck eine hochmotivierte Mitarbeiterin, die sich schnell in die komplexe Materie eingearbeitet hat. In den Gremien der KV und Ärztekammer sind wir sehr gut, meist besser als die Gebietsärzte, vertreten. Dies ist auch notwendig, gibt es doch mit EBM, GOÄ und Weiterbildung und anderen Themen genug Baustellen, wo hausärztliche Interessen vertreten werden müssen. Ein wichtiger Schwerpunkt der nächsten Jahre bleibt die Integration unserer jungen Kolleginnen und Kollegen mit all den neuen Möglichkeiten in der Anstellung, in der Teilzeit und in den Berufsausübungsgemeinschaften. Die hausärztliche Tätigkeit bleibt der schönste Beruf der Welt, wir werden alles dafür tun, dass es so bleibt!

Th. Maurer

Je weiter die Digitalisierung in der Medizin um sich greift, umso wichtiger wird der persönliche Kontakt zum Hausarzt.

# 2018



Ein Blick in die Delegiertenversammlung des Deutschen Hausärzterverbandes im April auf Sylt.



# 2018

Dr. Heiner Garg (Mitte), Uli Weigelt (re.) und Dr. Thomas Maurer bei der Frühjahrstagung auf Sylt im Jahr 2018. Auch die Politik hat heute verstanden, wie wichtig Hausärzte im Gesundheitswesen sind.



» Wir dachten, wir könnten etwas bewegen. Erst allmählich merkten wir, wie frustrierend und aussitzend manches war, wie diese nie erlebte Demokratie funktioniert.

Dr. Sighart Freier über die ersten Jahre nach der Wende

## Anschluss an den BPA

Beim 13. Deutschen Hausärztertag vom 19. bis 22. September 1990 in Kiel vertraten Dr. Freier und SR Schumann den „Thüringer Berufsverband der Allgemeinmediziner“, der sich dort dem BPA anschloss. Gelegenheiten, um Standpunkte und berufspolitische Vorstellungen der Verbände der „Noch“-DDR zu besprechen, gab es in Kiel reichlich.



## Thüringen – Systemwechsel mit auf und ab

Der Thüringer Hausärzterverband gehört zu den „kleineren Verbänden“ und kann mit Stolz auf nunmehr 30 Jahre Verbandstätigkeit zurückblicken. Mit dem **Mauerfall im November 1989** waren eine große Aufbruchstimmung, aber auch Ängste verbunden. Als damalige DDR-Bürger erlebten wir einen **Systemwechsel**, der uns neue Möglichkeiten bot und uns gleichzeitig vor neue Herausforderungen stellte. Wir Ärzte mussten uns neu organisieren und begriffen darin die Chance zur Selbstverwaltung. Mit der Intention, die komplizierte Übergangsphase sowohl zu bewältigen als auch mitzugestalten, gründete sich unter dem Namen „**Thüringer Berufsverband der Allgemeinmediziner**“ am 22.03.1990 in Eisenach unser Hausärzterverband. Zum ersten Vorsitzenden wurde Dr. Sighart Freier aus Creuzburg gewählt. Viele Amtszeiten später im Jahr 2011 ernannten wir ihn zu unserem Ehrenmitglied. Bis heute arbeitet Dr. Freier als kooptiertes Mitglied im Vorstand konstruktiv mit und steht uns mit Rat und Tat zur Seite.

### „Auf einmal konnten wir den Mund aufmachen“

Ihn unterstützte in den Anfängen Dr. Helga Trautmann aus Gotha, die Dr. Freier einmal schmunzelnd als die „Regine Hildebrandt unseres Verbandes“ bezeichnete. Daneben stellten SR Klaus Schumann aus Gotha als Schatzmeister sowie Dr. med. S. Hebig aus Suhl und Dipl.-Med. U. Borr aus Mühlhausen die ersten Vorstandsmitglieder. Am 03.08.1990 erfolgte schließlich der Eintrag des Verbandes in das Vereinsregister. Zu unserem ersten Sommerfest am 03.06.2016 sagte Dr. Freier über diese Anfangszeit: „Auf einmal konnten wir den Mund aufmachen. Wir dachten, wir könnten etwas bewegen.“ In Schreiben an regionale Behörden, Bürgermeister, den letzten Gesundheitsminister der DDR, Professor Jürgen Kleditzsch, forderte der Vorstand Erleichterungen für niederlassungswillige Ärzte, Mietfreiheit für die ersten Monate, Abschreibungen der Jahrhundertausrüstung in den Praxen sowie einen realen Punktwert in den Gebührenordnungen. Sogar an Helmut Kohl und den damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer habe man geschrieben. „Wir freuten uns, dass uns geantwortet und wir zu Gesprächen eingeladen wurden“. Doch „erst allmählich merkten wir, wie frustrierend und aussitzend manches war, wie diese nie erlebte Demokratie funktioniert“, so Dr. Freier in seinem Rückblick. Wir Thüringer Allgemeinärzte setzten uns damals für ein liberales Gesundheitswesen ein. Am 21.04.1990 wurde diese Forderung mit der „**Eisenacher Resolution**“ veröffentlicht.

Anlässlich des 13. Deutschen Hausärztertages in Kiel schloss sich 1990 unser Berufsverband, vertreten durch Dr. Freier und SR Klaus Schumann, dem „Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschland e.V.“ an. Somit hatten sich die Allgemeinmediziner des vereinten Deutschlands zu einem großen Verband zusammengeschlossen. 1995 fand in Weimar zum **ersten Mal der Deutsche Hausärztertag in den neuen Bundesländern** statt und der Name in „Berufsverband der Allgemeinmediziner Deutschlands – Hausärzterverband Thüringen e.V.“ (BDA) geändert.

Als Verband organisierten wir Tagungen jeweils im Frühjahr und Herbst im Gothaer Turmhotel. So wuchsen wir langsam und freuten uns über neue Gesichter auf den Veranstaltungen. 1997 waren es die Thüringer Verbandsmitglieder zum 100. Deutschen Ärztetag in Eisenach, die mit Aufrufen und Protestplakaten vor dem Tagungsort standen, um sich bei dem brisanten Thema „Facharzt für Allgemeinmedizin“ Gehör zu verschaffen. 1998 trat Heike Wunsch als Leiterin der Geschäftsstelle ihren Dienst an. Unsere letzte Namensänderung fand **2003** statt. Seitdem heißen wir „**Thüringer Hausärzteverband e.V.**“ (THV). Dr. Freier gab den Vorsitz 2004 an DM Regina Feldmann aus Meiningen ab. Im gleichen Jahr erfolgte die Verschmelzung von GAMT (Gesellschaft für Allgemeinmedizin e.V.) und THV, vollzogen durch Dr. med. M. Starrach, den Vorsitzenden der GAMT sowie DM Feldmann und Dr. Freier.

Nachdem DM Regina Feldmann 2005 zur Vorsitzenden der KV Thüringen gewählt wurde, übernahm Dr. Kristina Vogel den Vorsitz im THV. Es war die Zeit der Entstehung der HZV. Unter Dr. Vogels Vorsitz wurden die erforderlichen Mandatierungen für anstehende Vertragsverhandlungen zur HZV bewältigt. Es war eine aufregende und immens arbeitsreiche Zeit. 2011 wurde DM Silke Vonau aus Hinternah zur 1. Vorsitzenden gewählt. Vertragsverhandlungen, Schlichtungsgespräche und viel Vereinsarbeit kennzeichneten auch diesen Abschnitt. Juristische Beratung und Unterstützung erhalten wir seit dieser Zeit von Rechtsanwalt Thomas Stein aus Jena. Gemeinsam mit KVT, THV und der AOK Plus Thüringen haben wir einen HZV-Vertrag verhandelt und abgeschlossen. Ihn mit Leben zu erfüllen, hat den Vorstand einige Energie gekostet.

### Seit Vertragsbeginn steigen die Mitgliederzahlen

Heute blicken wir auf **10 Jahre AOK-Vertrag** zurück und leben auch andere Verträge z. B. mit IKK, TK und einigen BKK. Der Unterstützung durch den Deutschen Hausärzteverband und durch die HÄVG bei diesen Prozessen konnten wir uns immer sicher sein. Seit 2014 hat Dr. Ulf Zitterbart den Vorsitz unseres Verbandes übernommen. Er brachte frischen Wind in Vorstand und Verband. So hat er sich stark dafür eingesetzt, dass unsere Tagungen im Frühjahr und Herbst ohne Sponsoren stattfinden. Darauf sind wir stolz und die steigenden Teilnehmerzahlen vor allem im Frühjahr mit über 220 teilnehmenden Ärzten aus ganz Thüringen geben ihm und uns Recht. Unsere Zeitung „THV aktuell“ wurde ebenfalls durch ihn ins Leben gerufen. Zwei Sommerfeste, unter großem Engagement von Dr. Zitterbart, haben wir schon veranstaltet. Die Frühjahrstagung im Mai 2019 gemeinsam mit dem Deutschen Hausärzteverband war ebenfalls ein großer Erfolg. Genauso wie die Tatsache, dass auf dem 40. Deutschen Hausärztetag im September 2019 unser Vorsitzender mit einer Zustimmung von 98 % der Delegierten in den Bundesvorstand gewählt wurde.

Die Hälfte der Thüringer Hausärzte sind bereits Mitglied in unserem Berufsverband. Auch deshalb hat sich unser Thüringer Hausärzteverband e. V. zu einer festen Größe etabliert. LV



Gesellschaftsabend auf der Frühjahrstagung 2019 des Deutschen Hausärzteverbandes in Erfurt.

## 2016



Erstes Sommerfest am 03.06.2016 bei „Hans am See“ in Kranichfeld.

- » Die Sozialisierung des Gesundheitswesens haben wir über vierzig Jahre lang in extenso miterlebt und durchlitten.

Aus der „Eisenacher Resolution“ vom 21. April 1990

## 2019



Frühjahrstagung 2019: Zum Gesellschaftsabend in Weimar begrüßte unser Vorsitzender Dr. Ulf Zitterbart als besonderen Gast Thüringens Ministerpräsident Bodo Ramelow und Gesundheitsministerin Heike Werner sowie unseren Bundesvorsitzenden Ulrich Weigeldt.

## Die „Macher“ aus sechs Jahrzehnten

Dr. Dieter Tetzlaff  
(gest. 1998)  
**1. Vorsitzender  
1965 bis 1995  
Ehrenvorsitzender**



Dr. Horst Aloysius  
Massing (gest. 2011)  
**2. Vorsitzender  
1983-2003  
Ehrenvorsitzender**



Dr. Wolfgang-Axel  
Dryden  
**1. Vorsitzender  
1995-2004**



Dr. Norbert  
Hartmann  
**1. Vorsitzender  
2004-2015**



Anke Richter-Scheer  
**1. Vorsitzende seit  
2015**



## Seit über 60 Jahren im Einsatz für Hausärzte in Westfalen-Lippe

Der Hausärzterverband Westfalen-Lippe kann auf eine lange und bewegte Geschichte zurückblicken. Knapp vier Jahre ist es her, dass der Landesverband seinen 50. Geburtstag feiern konnte – ist doch mit dem ersten Eintrag des „Berufsverbandes der praktischen Ärzte Deutschlands, Landesverband Westfalen-Lippe e.V.“ in das Vereinsregister Dortmund am **14. Juli 1966** die offizielle Geburtsstunde des heutigen Landesverbandes markiert.

Nach einem Hinweis des langjährigen Delegierten Dr. Jörn Linden, dass der Verband tatsächlich noch wesentlich älter sei, ging das Team der Geschäftsstelle im Archiv auf Spurensuche. Und tatsächlich, alte Dokumente belegen: Die Wurzeln des Hausärzterverbandes reichen noch viel weiter zurück: Sie liegen in der 1958 von Dr. Dieter Tetzlaff gegründeten „Arbeitsgemeinschaft der frei praktizierenden Allgemeinärzte“ mit Sitz in Dortmund. Aus dieser ging im selben Jahr die „Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Allgemeinärzte“ hervor. Was in ihrem Satzungsentwurf von 1958 festgehalten ist, prägt den Hausärzterverband Westfalen-Lippe bis heute: Unter Paragraf 2 heißt es da:

### Aufgaben und Sinn der Arbeitsgemeinschaft sind:

- a) Die auf die beruflichen Belange der Allgemeinärzte ausgerichtete Fortbildung zu pflegen und zu fördern.
- b) Die Interessen der Allgemeinärzte im Rahmen der bestehenden Standesorganisationen zu vertreten.
- c) Die soziale Entwicklung des Berufsstandes der Allgemeinärzte laufend zu beobachten und zu diskutieren.

Diese Grundsätze haben auch nach über 60 Jahren unverändert Bestand. Seit den Anfängen der Arbeitsgemeinschaft Westfalen-Lippe findet ein reger Austausch mit der Arbeitsgemeinschaft in Nordrhein und auch mit anderen Landesverbänden statt. Und auch bei der Begründung des Berufsverbandes der praktischen Ärzte Deutschlands e.V. – dem Vorgänger des Deutschen Hausärzterverbandes e.V. – ist der Landesverband Westfalen-Lippe beteiligt. So ist unter anderem dokumentiert, dass am **22. Februar 1961** in Dortmund eine Satzung und Geschäftsordnung für den Bundesverband vorbereitet wird.

# 1958

Die Wurzeln des Hausärzterverbandes Westfalen-Lippe liegen in der von Dr. Dieter Tetzlaff gegründeten „Arbeitsgemeinschaft der frei praktizierenden Allgemeinärzte“. Hier findet bereits ein Austausch mit der Arbeitsgemeinschaft in Nordrhein statt. Am 10.12.1958 wurde aus dieser die „Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Allgemeinärzte“ gegründet.



Dr. Dieter Tetzlaff, Gründungsvater und langjähriger Vorsitzender des Landesverbandes Westfalen-Lippe, übernimmt von 1977 bis 1978 sogar den Vorsitz des Deutschen Hausärzterverbandes. In seiner Amtszeit findet 1978 der 1. Deutsche Hausärztetag in Dortmund statt. Und auch sonst hat der Landesverband sich in den vergangenen Jahrzehnten stets eingebracht und Verantwortung übernommen bei den großen gesundheitspolitischen Projekten und Themen auf Bundes- und Landesebene und einen engen Kontakt zur Bundesebene gepflegt. So übernimmt Tetzlaffs Nachfolger Dr. Wolfgang-Axel Dryden im Jahr 2011 den Vorsitz der KV Westfalen-Lippe. Dr. Norbert Hartmann ist in seiner Amtszeit als Landesverbandsvorsitzender maßgeblich an der Entwicklung und Etablierung der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) beteiligt. Anke Richter-Scheer als aktuelle Landesverbandsvorsitzende ist zudem seit Herbst 2019 als 3. stellvertretende Vorsitzende im Bundesvorstand vertreten.

» Die Herausforderungen sind heute andere, aber wir packen sie gemeinsam an!

Anke Richter-Scheer  
1. Vorsitzende Hausärzterverband Westfalen-Lippe e.V.

„Wir sind stolz darauf, dass es in Westfalen-Lippe seit nunmehr sechs Jahrzehnten berufspolitisch engagierte Allgemeinärzte gibt, die sich auf allen politischen Ebenen, in verschiedensten Gremien, mit ganzer Kraft und immer neuen Ideen für den Beruf des Hausarztes, für Inhalte und Rahmenbedingungen der Aus- und Weiterbildungszeit und für die Interessen niedergelassener Allgemeinmediziner einsetzen“, sagt Anke Richter-Scheer. „Die Herausforderungen sind heute andere, aber wir packen sie gemeinsam an!“ Dabei ist der Landesverband gut aufgestellt für die Zukunft: Vor nunmehr fünf Jahren bezog er seine neue Geschäftsstelle in Unna, die mit ihren modernen und großzügigen Räumlichkeiten regelmäßig als Veranstaltungsort für Fortbildungen genutzt wird. Mit der eigens gegründeten Hausärztlichen Service- und Wirtschaftsgesellschaft mbH Westfalen-Lippe (HSW mbH WL) hat der Verband zudem eine Tochtergesellschaft an seiner Seite, die das Seminarangebot für Ärzte, MFA und den medizinischen Nachwuchs fortlaufend erweitert, die Nachwuchsinitiative Allgemeinmedizin „Zukunft Praxis“ vorantreibt und die Serviceleistungen für Mitglieder weiter ausbaut. Dieses Gesamtpaket kommt an bei den Hausärztinnen und Hausärzten in Westfalen-Lippe: Der Verband verzeichnet einen stetigen Mitgliederzuwachs. „Wir sind in Bewegung“, sagt Anke Richter-Scheer. „Und wir haben noch viel vor!“ D. Thamm

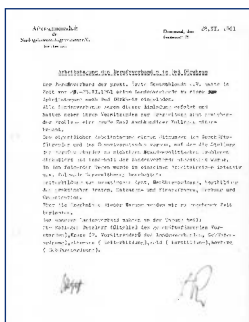
Im November 1961 hat der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft, Sitz Dortmund, als Landesverband an der Arbeitstagsung des Berufsverbandes der praktischen Ärzte Deutschlands e.V. teilgenommen.

# 1965/66

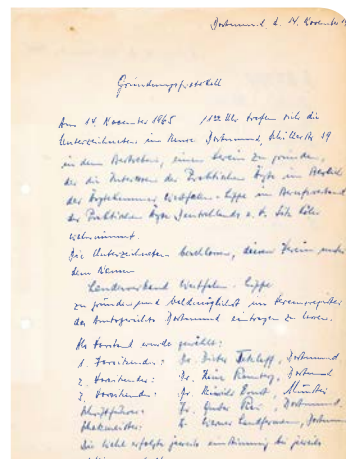


Fotos: Landesverband Westfalen-Lippe

# 1961



Am 14.11.1965 wurde der Berufsverband der Praktischen Ärzte Deutschlands, Landesverband Westfalen-Lippe, mit Sitz in Dortmund gegründet. Der Eintrag ins Vereinsregister erfolgte 1966.



# 2018

60 Jahre nach der Gründung veröffentlicht der Hausärzterverband Westfalen-Lippe eine Chronik, die die wichtigsten Meilensteine bis heute darstellt. Die Broschüre kann kostenlos über die Geschäftsstelle bestellt werden unter Tel.: 02303 94292-0 oder über [lvwl@hausarztverband-wl.de](mailto:lvwl@hausarztverband-wl.de)

# Der Deutsche Hausärzteverband – heute und in Zukunft

Seine etwa 30.000 Mitglieder bilden das Fundament des Hausärzterverbandes und machen ihn zu einem wichtigen politischen Akteur im deutschen Gesundheitssystem. Der Bundesverband wie auch die 17 Landesverbände vertreten die berufspolitischen Interessen der Hausärztinnen und Hausärzte gegenüber Politik und Krankenkassen, in Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen.

Der Bundesverband übernimmt die Interessenvertretung auf bundespolitischer Ebene. Ein wesentlicher Teil dieser Aufgabe ist es, politische Prozesse sowie die Gesetzgebung zu überblicken und im Sinne der Hausärzteschaft darauf einzuwirken. Dazu steht der Bundesverband in engem Austausch mit Entscheidern aus der Bundespolitik sowie der Selbstverwaltung. Mittels Stellungnahmen, eigenen Gesetzgebungsvorschlägen oder auch der Teilnahme an Anhörungen fließen die Interessen der Hausärztinnen und Hausärzte in die Gesetzgebungsprozesse ein. Die langjährigen Beziehungen des Hausärzterverbandes auf den unterschiedlichen Ebenen im deutschen Gesundheitswesens bilden dafür eine belastbare Grundlage.

Durch gezielte Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wie auch Marketingmaßnahmen wirkt der Deutsche Hausärzterverband darauf ein, dass sowohl Politik als auch Öffentlichkeit einen Eindruck vom Arbeitsalltag der Hausärztinnen und Hausärzte sowie ihren täglichen Herausforderungen in den Praxen bekommen. Parallel dazu informiert der Bundesverband die Landesverbände sowie die Mitglieder regelmäßig über die aktuellen Entwicklungen in der Bundespolitik sowie über seine eigenen Aktivitäten.

## Der Verband als Stimme der Hausärztinnen und Hausärzte

Das wichtigste Gremium des Deutschen Hausärzterverbandes ist die Delegiertenversammlung, die zweimal jährlich im Rahmen der Frühjahrstagung sowie des Deutschen Hausärztetages stattfindet. Dabei kommen die 120 hausärztlichen Delegierten der Landesverbände zusammen, um die Positionen der HÄ zu diskutieren und in Beschlüssen zusammenzufassen. Auf dieser Basis, die die Leitplanken für die weitere Arbeit bildet, begleitet der Verband als Stimme der Hausärztinnen und Hausärzte das aktuelle politische Geschehen .

Um die Interessen aller Mitglieder einzubinden, hat der Bundesverband einzelne Foren eingerichtet, in denen relevante Themen aus der Perspektive einzelner Hausärztergruppen gezielt diskutiert und in die Arbeit des Verbandes eingebracht werden. So hat das **Forum Weiterbildung** beispielsweise mit dem „**Werkzeugkasten Niederlassung**“ eine eigene Fortbildungsreihe für angehende Hausärztinnen und Hausärzte entwickelt, die speziell



auf deren Anforderungen ausgerichtet ist. Das **Forum Hausärztinnen** bietet unter anderem ein Coaching an, über das die Mitglieder ihre Kolleginnen zu unterschiedlichen Schwerpunkten beraten können.

## Unterstützung und Förderung auf vielen Ebenen

Unter seinem Dach vereint der Hausärzterverband aber nicht nur Bundesverband und Landesverbände, sondern auch eigene Organisationen, die den Hausärztinnen und Hausärzten auf ihre jeweiligen Bedürfnisse zugeschnittene Services anbieten.

Übergeordnetes Ziel der **Stiftung Perspektive Hausarzt** ist die Förderung von Projekten, die der Stärkung und Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung in Deutschland dienen. Durch sie hat der Hausärzterverband die Möglichkeit, einen gesamtgesellschaftlichen Beitrag zur Stärkung des Hausarztberufes zu leisten – von der bundesweiten Initiative bis hin zur individuellen Förderung einzelner Praxen oder Projekte.

Das **Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IHF)** bietet Hausärztinnen und Hausärzten in ganz Deutschland hausarztspezifische Fortbildungen an. Dabei achtet das IHF auf Produktneutralität, Praxisrelevanz und Evidenzbasierung. Durch die Entwicklung und das Angebot der Weiterqualifizierung erfahrener Medizinischer Fachangestellter (MFA) zur Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH®) werden die Hausarztpraxen entlastet und als zentraler Ort der Versorgung gestärkt.

Die **Wirtschaftsgesellschaft im Deutschen Hausärzterverband** ermöglicht es unter anderem dem Bundesverband und seinen Landesverbänden, ihren Mitgliedern attraktive Angebote mit Mehrwerten für die hausärztliche Praxis anbieten zu können – etwa durch Kooperationen mit unterschiedlichen Anbietern (z. B. Versicherungen, Leasingfirmen, Büroausstattung etc.). Dadurch kann der Hausärzterverband über seine politische und inhaltliche Arbeit hinaus die Mitglieder bei ihrer täglichen Arbeit unterstützen.

 Stiftung  
Perspektive Hausarzt



Institut für hausärztliche Fortbildung  
im Deutschen Hausärzterverband (IHF) e.V.

 WIRTSCHAFTSGESELLSCHAFT  
im DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBAND



Die **Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG)** hat die Aufgabe, den Landesverbänden bei den Verhandlungen und der Umsetzung der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) zur Seite zu stehen (z. B. Vertragsteilnahme). Über die HÄVG sowie das HÄVG Rechenzentrum unterstützt der Hausärzterverband die Hausärztinnen und Hausärzte deutschlandweit sowohl bei der reibungslosen Teilnahme an der HZV als auch bei deren einfacher Abrechnung.



Die **mm medizin + medien Verlag GmbH** ist u. a. Herausgeber des Verbandsmagazins des Deutschen Hausärzterverbandes, „DER HAUSARZT“. Auf knapp hundert Seiten werden die Hausärztinnen und Hausärzte darin regelmäßig über alle relevanten Themen rund um die Hausarztpraxis informiert.



## Für Hausärztinnen und Hausärzte – gestern, heute und in Zukunft

In seinen 60 Jahren hat sich der Hausärzterverband mit seinen Mitgliedern stetig weiterentwickelt, um ihre politischen Belange jederzeit bestmöglich zu vertreten und eine praktische Unterstützung im Alltag bieten zu können. Auch die Gesundheitspolitik wird sich weiterhin dynamisch verändern. Demografie, Digitalisierung, Nachhaltigkeit und technischer Fortschritt in der Medizin sind nur einige der Themen, die den Verband auch in Zukunft beschäftigen werden. Eine wohnortnahe, hausärztliche Versorgung sollte nicht einfach als selbstverständlich vorausgesetzt werden – vielmehr muss sie regelmäßig gestärkt, verteidigt und neu erstritten werden. Die Wahrung der hausärztlichen Interessen im Dialog mit Politik und Gesellschaft als Kernaufgabe des Deutschen Hausärzterverbandes bleibt somit, auch 60 Jahre nach dessen Gründung und in dieser gesamten Zeit erfolgreicher Arbeit, ebenso in den kommenden Jahren und Jahrzehnten absolut relevant!





# IHR HAUSÄRZTEVERBAND - **JETZT MITGLIED WERDEN**

Der Hausärzterverband unterstützt Sie auf vielfältige Weise, damit Sie sich auf die Versorgung Ihrer Patienten konzentrieren können. Wir vertreten Ihre Interessen gegenüber Politik und Krankenkassen sowie in Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Außerdem bieten wir unseren Mitgliedern praktische Unterstützung für ihren hausärztlichen Alltag. Werden Sie jetzt Mitglied!

**BITTE SENDEN SIE MIR EINEN ANTRAG ZUR MITGLIEDSCHAFT IN MEINEM LANDESVERBAND ZU.**

<input type="text"/>		
Frau / Herr	Titel	Vorname, Name
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
<input type="text"/>		
E-Mail		
<input type="text"/>		
Ich bin <input type="checkbox"/> Student/-in <input type="checkbox"/> Ärztin / Arzt in Weiterbildung <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> niedergelassen <input type="checkbox"/> im Ruhestand		

Deutscher Hausärzterverband e.V.  02203 977 88-27  [mitmachen@hausaezterverband.de](mailto:mitmachen@hausaezterverband.de)



60 JAHRE



DEUTSCHER  
HAUSÄRZTEVERBAND

[www.hausaerzterverband.de](http://www.hausaerzterverband.de)