

Sperrfrist: 17.09.2009, 15.00 Uhr

DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND



Von-der-Wettern-Str. 27
51149 Köln
Telefon 0 22 03/57 56-0
Telefax 0 22 03/57 56-7000

Es gilt das gesprochene Wort.

**Bericht zur Lage
anlässlich der Delegiertenversammlung
des Deutschen Hausärzteverbandes
am 17. September 2009 in Berlin**

Ulrich Weigeldt
Bundesvorsitzender
des Deutschen Hausärzteverbandes

Bericht zur Lage 2009 des Bundesvorsitzenden, Ulrich Weigeldt

Als wir am 20./21. September 2007 in dieser Delegiertenversammlung beschlossen hatten, den Weg in die Tarifautonomie zu gehen, haben da alle tatsächlich geglaubt, dass das Wirklichkeit wird?

Und heute? Kaum eine Veranstaltung im gesundheitspolitischen Raum diskutiert das Thema „hausarztzentrierte Versorgung“ ohne unsere Verträge einzubeziehen. Im Gegenteil – manche haben gar kein anderes Thema mehr.

In der Frühjahrsdelegiertenversammlung am 25. April haben wir uns an dieser Stelle noch über den Kampf in Bayern um einen HzV-Vertrag unterhalten, jetzt ist er unterschrieben. Und nicht nur das, dort hat das Landesschiedsamt auch die Möglichkeit der Bereinigung der Gesamtvergütung durch die vertragsschließende Krankenkasse, auch ohne Zustimmung durch die KV, bestätigt. Damit ist unser Weg von einem weiteren Stolperstein befreit worden.

Stolpersteine hat man uns ausreichend in den Weg gelegt. Erinnern wir uns daran,

- dass eine Bundesratsinitiative zur Abschaffung des § 73b SGB V in seiner jetzigen Form verhindert werden musste,
- dass überall die Mandatierung angefochten wurde, um uns die Legitimation zur Vertragspartnerschaft mit den Krankenkassen zu nehmen,
- dass die KBV sich als einzig sicheren Hort für die Sozialdaten und damit auch für die Abrechnung und Verwaltung unserer Verträge angedient hatte.

All' diese Hürden haben wir genommen, auch wenn mitunter die Latte etwas gewackelt hat. Dass wir bei diesem Hürdenlauf durch tiefen Sand laufen mussten, haben wir einer Allianz von Kräften aus der Politik, den Kassen und dem KV-System zu verdanken. Das hat allen viel Kraft abverlangt, uns letztlich aber noch stärker werden lassen!

Vor uns haben wir 1.800 Schiedsverfahren, bei bereits 179 abgeschlossenen Verträgen mit den beiden Süd-AOKen und 57 BKKen in Baden-Württemberg und 71 in Schleswig-Holstein. Acht BKKen haben unsere Hausarztzentrierten Versorgungsverträge sogar bundesweit abgeschlossen. Über diese Ergebnisse wird später noch zu berichten und diskutieren sein.

In einer sehr intensiven und ernsten Diskussion haben Bundesverband und Landesverbände gemeinsam in der Gesamtvorstandssitzung in St. Leon–Rot am 13./14. November 2008 eine gute und zielführende Übereinkunft getroffen: Die Landesverbände haben den Hut auf bei Verhandlungen mit regionalen Krankenkassen, der Bundesverband bei überregionalen.

Um uns möglichst perfekt abzustimmen, haben wir eine Arbeitsgemeinschaft eingerichtet, die so genannte Verhandlungsteambesprechung, in der sich fast alle Landesverbände mit Bundesverband und HÄVG regelmäßig detailliert austauschen und die nächsten Schritte gemeinsam festlegen. Diese Arbeitsgemeinschaft hat auf dem Boden der Beschlüsse der Delegiertenversammlung gearbeitet: Vollversorgungsverträge mit Bereinigung. Allen Beteiligten ist hier ausdrücklich ein herzlicher Dank für eine unglaublich engagierte Arbeit auszusprechen!

Bis heute kenne ich nur einen Landesverband, der aus dieser starken Phalanx ausgeschert ist und einen Vertrag abgeschlossen hat, der lediglich circa sechs Euro Zusatzhonorar pro Quartal ausweist, aber dafür seinen Hausärztinnen und Hausärzten etliche bürokratische Leistungen abverlangt. Dieser Vertrag ist eigentlich ein KV-Vertrag, wie wir ihn auch sonst schon gesehen haben. Diese Verträge befreien uns nicht vom Drangsal des EBM-Desasters und sie erreichen auch nicht annähernd die von uns geforderte Honorarhöhe. Sie führen

nicht zu dem Systemwechsel, den wir wollen und der uns wieder mehr Zeit für unsere Patienten bringt. Vor allem wird wieder zu Lasten der Neuen Bundesländer ein Honorargefälle in Deutschland etabliert, das wir eigentlich überwunden geglaubt hatten.

Man muss sich einmal vor Augen halten, warum das vertragsärztliche Honorar zunächst um 3,5 – 4 Mrd. Euro und jetzt nochmals um 1,2 Mrd. Euro von der Politik erweitert worden ist. Zumindest die erste Honorarerweiterung war kein Verhandlungsergebnis des Bewertungsausschusses, sondern wurde bereits im Vorfeld durch die Ministerin verkündet. Die für 2010 beschlossenen 1,2 Mrd. Euro wären ohne unseren Kampf um die Tarifautonomie und für die 85 Euro nie geflossen. Die KVen haben schon die Rücklagen aufgezehrt, um wenigstens den Verlustkorridor von fünf Prozent zu halten, ohne die Gewinner der Honorarreform zur Kasse bitten zu müssen. Sie haben jetzt noch einmal Glück gehabt und müssen nach dem warmen Regen des Milliardenzuschlags nicht sofort Kredite aufnehmen, um ihre gesetzeswidrige, schuldenfinanzierte Honorarausschüttung der ersten beiden Quartale auszugleichen. Zukunftsfest ist das Honorargebäude des KV-Systems damit aber noch lange nicht!

Aber alle Diskussion um die „Neue vertragsärztliche Vergütung“ geht immer von der Verteilung des Honorars, nie von den Herausforderungen aus, vor denen wir stehen. Die demographische Entwicklung ist real, die zunehmende Zahl von chronisch Kranken ist real, die zunehmende Multimorbidität ist real. Mit ihr steigt auch die Zahl der eingenommenen Medikamente und der anderen veranlassten Leistungen. Diese Entwicklung ist real und sie muss in erster Linie von den Hausärztinnen und Hausärzten, also von uns, aufgefangen werden. Da kann man über andere medizinische Berufe nachdenken soviel man will, diese können den Hausarzt ergänzen, aber nicht ersetzen. Das sehen wohl nicht nur wir so, sondern auch unsere Patienten. Das sehen auch der Sachverständigenrat und die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesbehörden der Länder (AOLG) so, abgesehen von allen internationalen Expertisen dazu.

Aber zurück zur Honorarverteilung: Was ist denn wahr geworden von den vollmundigen Versprechungen, die mit dem neuen EBM einhergingen?

Im Voraus kalkulierbare Honorare in ganz Deutschland gleich und in Euro und Cent ausgewiesen! Das gibt es, allerdings nicht bei der KBV-Honorarreform, nein, sondern nur bei uns, in unseren Verträgen, die ohne Abstufungen und Quotierungen auskommen. War nicht auch etwas von Honorargerechtigkeit versprochen worden? Ist sie das: Kardiologen 34 Prozent plus – es sei ihnen gegönnt – und die Hausärzte wie immer am Schluss der Tabelle, mit der roten Laterne wie Herr Massing zu sagen pflegt!

Erratische Honorarverteilung hat es Helmut Laschet in seinen gesundheitspolitischen Analysen genannt. Die Verteilungswirkung zwischen den und innerhalb der Fachgruppen ist nicht nachvollziehbar. Diese Delegiertenversammlung hat es schon 2006 festgestellt: Es nützt nichts, ständig mehr Geld in ein marodes System zu schaufeln und die Fehlallokation damit zu verfestigen.

Die Zumessung der hausärztlichen Regelleistungsvolumen ist nur in wenigen Regionen ausreichend. Aber ist das ausreichend, wenn man sich mit sechs Euro Brotkrumen abspesen lässt und das tarifpolitische Ziel der 85 Euro vollständig aus den Augen verliert? Viel dramatischer für die zukünftige Honorarentwicklung der Hausärzte ist aber, dass überall, wo es möglich ist, vor allem also im fachärztlichen Bereich, die so genannten Freien Leistungen überproportional ansteigen. Das hat zur Folge, dass die Regelleistungsvolumen „angepasst“ also abgesenkt werden, was wiederum die Flucht in die Freien Leistungen überlebenswichtig macht mit weiterem Druck auf die Regelleistungsvolumen. Wir wollen hier nicht über die Wirkung von Akupunktur reden, aber was deren Mengenentwicklung angeht, kann das mit der Morbiditätsentwicklung nicht mehr erklärt werden. Erklärt werden kann auch nicht, dass Nadeln setzen teurer ist, als hausärztliche Rundumversorgung, wenn man

Regelleistungsvolumen und Akupunkturhonorar einmal vergleicht. Da stimmt die Balance nicht. Und das ist nur ein Beispiel, da ließe sich eine Unzahl aneinanderreihen.

Diese neue Vergütungsordnung hat auch ganz stiekum die Honorartrennung kassiert und die hausärztliche Versorgungsebene wieder an der Finanzierung zunehmender fachärztlicher Leistungen beteiligt. Nicht nur die Laborkosten in Euro werden vor der Verteilung abgezogen, nein, auch die Psychotherapie, also Leistungen der fachärztlichen Versorgungsebene.

Völlig unbeeindruckt scheint die Bewertungsausschussbesetzung von Forderungen des Sachverständigenrates (SVR) und der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zu sein, die hausärztliche Versorgung vor allem auch im Verhältnis zur fachärztlichen zu fördern. In seinem von der Gesundheitsministerin Schmidt in Auftrag gegebenen Sondergutachten hat der SVR festgestellt:

- Zur Sicherstellung der Grundversorgung der Bevölkerung muss eine relative Besserstellung der Vergütung von Hausärzten und anderen beratungsintensiven, patientennah erbrachten Leistungen erfolgen.
- Da Regressandrohungen insbesondere gegenüber dem potenziellen Nachwuchs abschreckende Wirkungen haben, sollten schon kurzfristig alternative Wege (z. B. Beratungskonzepte) zur Verringerung individueller finanzieller Risiken sowie zur Mengenbegrenzung beschränkt werden.
- Die Allgemeinmedizin muss an allen Hochschulstandorten mit medizinischen Fakultäten als akademisches Kernfach in Forschung und Lehre etabliert werden. Der Kontakt mit der Allgemeinmedizin sollte in verschiedenen Abschnitten der Ausbildung erfolgen.
- Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin muss für die Assistenten mit einem Arbeitsvertrag über die gesamte Weiterbildungszeit abgesichert werden.
- Die Sicherstellung einer angemessenen Vergütung von jährlich mindestens 5.000 Weiterzubildenden in Kliniken und Praxen, als auch die neu geschaffene Möglichkeit der Förderung regionaler Projekte, sind wichtige Elemente einer Förderung der Allgemeinmedizin.

Und die AOLG fordert wörtlich:

„Die Vergütung für wahlärztliche Leistungen hat sich in Relation zu der Vergütung der anderen Facharztgruppen zu verbessern.“

Um die hausärztliche Tätigkeit für Absolventinnen des Medizinstudiums als Berufsperspektive attraktiver zu machen, bedarf es neben besseren Rahmenbedingungen vorrangig

- eines Imagezuwachses innerhalb der ärztlichen Profession, der nachhaltig mit der Wahlarztfunktion erreicht werden kann, sowie
- einer verbesserten finanziellen Perspektive, die der neuen Bedeutung angemessen ist.“

Endlich sind unsere Argumente als richtig erkannt worden – steter Tropfen höhlt den Stein – und die oben beschriebenen demographischen und morbiditätsbedingten

Herausforderungen für unser Gesundheitswesen werden vorsorglich vom Sachverständigenrat und der Politik angenommen.

Wie weit sich das KV-System mittlerweile von der Versorgungsrealität in den Praxen, vor allem den hausärztlichen Praxen, entfernt hat, beweist die geplante Modifizierung hausärztlichen Honorars durch die so genannte „qualitätsorientierte Vergütung“. Finanziert wird das dann nach dem Prinzip linke Tasche rechte Tasche, indem die Honoraranteile abgesenkt werden und je nach Erfüllung der Vorgaben wieder angehoben werden können.

Selbst wenn man davon absieht, dass man durch das Absenken der Chronikerpauschale und nach dem Anschreiben von drei neuen Ziffern evtl. wieder auf das gleiche Honorar kommt, ist dieses Verfahren insgesamt höchst fragwürdig.

Da sollen beispielsweise die Blutdruckwerte der Hypertoniker übermittelt werden und eine „Normotonie-Quote“ entscheidet über Honorarzuschläge.

In der wissenschaftlichen Welt gibt es zu diesem Verfahren erhebliche Zweifel:

1. Die Zielwerterreichung ist (auch bei der Hypertoniebehandlung) in der internationalen Literatur umstritten und birgt die Gefahr der Patientenselektion.
2. Die Senkung des kardiovaskulären Risikos kann auch sehr gut über andere Interventionen erreicht werden.
3. Die Indikation zur Blutdrucksenkung ist (außer in Extrembereichen) vom Risikoprofil des Patienten abhängig.
4. Jede Zielwerterreichung ist von der persönlichen Lebenssituation der Patienten abhängig und nicht eine einfache biomechanische Aufgabe.

Es ist sicherlich kein Zufall, dass von den vielen beim AQUIK-Panel diskutierten Indikatoren am Ende der Blutdruck übrig blieb – er ist schön einfach zu messen und zu dokumentieren. Zu diesem Ergebnis hat übrigens das Abstimmungsergebnis der Versammelten geführt, nur soviel zur Wissenschaftlichkeit des Verfahrens.

Aber hausärztliche Arbeit ist hoch komplex und kann nicht auf „leicht zu Messendes“ reduziert werden.

Auf diese Komplexität ist die von uns entwickelte Honorarordnung exakt ausgerichtet. Aber anstatt diese einfach zu übernehmen, denkt man am Salzufer über die nächste Honorarreform nach: „Einzelleistungen für vergütungsrelevante Versorgungsaufträge und fallbezogene, morbiditätsbezogene Orientierungsvolumen“. Liebe Freunde des Kollektivvertrages, nicht mit uns! Die Halbwertszeit der Honorarreformen nähert sich der Null und unsere Geduld damit geht in die gleiche Richtung!

Eigentlich wollte ich darauf gar nicht eingehen, aber die Kampagne gegen Korruption bei Ärzten, die in ihrer Verallgemeinerung schon einzigartig und auf kaum belegbare Fakten begründet ist, hat mich auf folgende Gedanken gebracht: Wenn nun Prämienzahlungen oder auch vertragliche Honorare oder was auch immer, Korruptionsvorwürfe auslösen, so muss man dem nachgehen und illegale Praktiken und Provisionsgeschäfte auch unterbinden. Was aber dabei eigentlich auch diskutiert werden müsste: Was ist mit einem Klinik-MVZ vor der Krankenhaustür mit angestellten Ärzten? Werden dort die Krankenhauseinweisungen nicht in das MVZ betreibende Haus gesteuert? Wie soll man das bewerten?

Sind diese Praktiken dann in Ordnung, wenn sie von Kapitalgesellschaften betrieben werden? Hier hat die Veranstaltung des bayerischen Landesverbandes im Olympiastadion vom letzten Sonntag die richtigen Probleme diskutiert. Am vergangenen Sonntag haben Hausärzte gemeinsam mit Fachärzten und Patientenverbänden mit über 22.000 Teilnehmern im Münchener Olympiastadion eindrucksvoll deutlich gemacht, dass gerade wir Hausärzte

auch nicht von Interessen anderer, insbesondere von Kapitalgesellschaften abhängig sein können. Wir wollen unsere Aufgaben ausgehend von den Interessen und Bedürfnissen unserer Patienten erfüllen und nicht von Renditeüberlegungen Dritter.

Das sei hier an dieser Stelle noch einmal festgehalten: Unser Beruf ist ein freier Beruf und so soll es auch bleiben! Wir brauchen eine flächendeckende und familiennahe, hausärztliche Versorgung und dafür Hausärztinnen und Hausärzte in freier Praxis. Auch wenn wir nicht verkennen dürfen, dass es gerade für die nachwachsende Generation mit ihrem hohen Anteil an Ärztinnen die Möglichkeit geben muss, angestellt oder zumindest in Teilzeit zu arbeiten, so sehen wir die Hausarztpraxis als Ort der Versorgung als unverzichtbar an. Fachärztliche Versorgung mag sich in Zentren organisieren, dagegen spricht nichts, aber wir wollen keine Abhängigkeit von Kapitalgesellschaften und Klinikketten!

Wir brauchen auch keine Abhängigkeit von einem anderen Fach, womit ich bei der Weiterbildungsordnung wäre. In vielen ausführlichen Gesprächen, auch und gerade mit der DEGAM, haben wir die Entwicklung der Weiterbildungsordnung für Hausärzte diskutiert. Ohne die Geschichte hier im Einzelnen aufrollen zu wollen, haben wir in den letzten 10 Jahren erlebt, wie die Weiterbildungsordnung immer wieder infrage gestellt wurde, wenn der BDI einen neuen Vorsitzenden hatte, oder Wahlmehrheiten gesucht wurden. Wir hatten 2002 beim Ärztetag in Rostock einem für viele von uns schmerzlichen Kompromiss zugestimmt, indem wir den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin mit getragen haben. Dieser Versuch, eine einheitliche und nachvollziehbare Hausarztqualifikation zu schaffen, ist schon im Ansatz durch den Kompromisspartner, den Bundesverband der Internisten, in einigen Kammern torpediert worden. Unter dem Vorwand europarechtlicher Anforderungen und obskurer versorgungspolitischer Gründe der stationären Versorgung wurde der Allgemeine Internist wieder kreierte. Auf dessen Weiterbildungscurriculum will ich hier gar nicht eingehen, aber sehen Sie es sich mal an, das ist eigentlich nicht mal in 10 Jahren zu schaffen. Unseren Verdacht, dieser Arzttypus solle auch wieder in die ambulante hausärztliche Versorgung Einzug halten, wird von den Äußerungen des BDI tagtäglich bestätigt, wenn auch die BÄK noch die Mär des lediglich stationären Einsatzes aufrechterhält.

Damit ist für uns die Grundlage des Kompromisses entfallen! Unsere Forderung: Eigenes Gebiet unter dem Namen Allgemeinmedizin! Diese Forderung ist am 27. August 2009 in einem Termin mit der BÄK gemeinsam mit der DEGAM nachdrücklich erhoben und begründet worden. Der BÄK-Vorstand will einen entsprechenden Antrag auf dem 113. Deutschen Ärztetag in Dresden einbringen! Das ist löblich, aber wir sollten in allen Landesärztekammern dafür sorgen, dass der Beschluss dann auch so gefasst wird. Wir werden dabei einige Änderungen in die Weiterbildungsordnung einbringen, allerdings keinen Kompetenzverlust akzeptieren. Zur Vorbereitung hat Robert Festersen alle mit der Weiterbildung befassten Hausärztinnen und Hausärzte in den Landesärztekammern zum 31. Oktober dieses Jahres eingeladen.

Es kann nicht so weitergehen, dass die hausärztliche Versorgung und die Belange der Hausärztinnen und Hausärzte so behandelt werden, wie wir dies auf dem letzten Ärztetag erleben mussten. Die Missachtung einer ganzen Versorgungsebene, zugunsten verschiedener Sektoren und vor allem den Interessen des Marburger Bundes, wird den Deutschen Ärztetag seine Legitimation kosten!

Auch Ärztetage müssen sich den realen Herausforderungen stellen. Natürlich kann man mit der Ankündigung eines Tabubruchs versuchen, eher banale Tatsachen bedeutend aussehen zu lassen. Aber die Priorisierungsdebatte muss vom Kopf auf die Füße gestellt werden: Ohne eine gesicherte Primärversorgung wird man sich auch in einer solchen Debatte gnadenlos verheddern. Wird der primäre Zugang zur Medizin nicht barrierearm über Hausärztinnen und Hausärzte sichergestellt und damit auch die Voraussetzung für präventive Medizin geschaffen, wird der Bedarf an hoch spezialisierter Medizin und Krankenhäusern steigen. Was im status nascendi nicht gesehen und behandelt wird, wird mit höheren Kosten und verminderter Lebensqualität der Betroffenen auf der Ebene der

Spezialversorgung auflaufen. Was spricht denn dagegen, die Zahl der Krankenhäuser auf ein international eher durchschnittliches Maß zu senken und die eingesparten Ausgaben in Prävention und hausärztliche Versorgung zu investieren? Die auf dem Ärztetag in Mainz vorgetragene Sichtweise offenbart erschreckende Unkenntnis der hausärztlichen Versorgung durch die Bundesärztekammer. Die Zweiklassenmedizin wird zwar gegeißelt, aber doch geradezu gefördert, wenn Patienten mit so genannten leichteren Beschwerden nicht mehr kostenfrei ihren Hausarzt aufsuchen können. Wir wissen doch schon heute, dass die Morbiditätsentwicklung nicht nur altersabhängig ist, sondern auch mit dem sozialen Status korreliert. Die Priorisierung wäre also die Sicherstellung einer wohnort- und patientennahen, hausärztlichen Versorgung mit dem Ziel der Vermeidung schwerer Krankheitsverläufe; wo diese nicht vermeidbar sind, ist fachärztliche und stationäre Medizin einzusetzen. Das ist lange bekannt und immer noch richtig. Solange das deutsche Gesundheitswesen durch das Fehlen einer vernünftigen Strukturierung Geld durch Fehlallokation und Fehlanreize verschwendet, lenkt diese Debatte von den notwendigen Veränderungen nur ab.

In 10 Tagen wird gewählt. Dabei hat man erst in der letzten Woche Ansätze eines wirklichen Wahlkampfes zu spüren geglaubt, wenn auch ohne rechtes Feuer. Das mag an den Personen liegen, die dort zur Wahl stehen, aber auch an fehlenden klar konturierten strategischen Konzepten. Gesundheitspolitik ist eigentlich parteiübergreifend kaum ein Thema, obwohl die Herausforderungen klar und unabweisbar auf der Hand liegen. Es gibt kaum eindeutige Aussagen dazu. Allein die diametral unterschiedliche Beurteilung des Gesundheitsfonds zwischen CDU, ja, und FDP, nein, scheint einigen Sprengstoff zu bergen.

Aus der Welt der KVen, der Kassen, aber auch so mancher so genannter Experten, hört man immer wieder die Hoffnung, der § 73b werde direkt nach dem 27. September geändert. Diese Hoffnung wird kaum aufgehen. Es gibt vielleicht doch für eine neue Bundesregierung eher noch andere Probleme zu lösen, Stichworte: Arbeitsmarkt, Finanzkrise, wirtschaftliche Entwicklung, Afghanistan.

Für uns ist es dennoch interessant zu sehen, was die Parteien zum Thema Gesundheit so zu sagen haben. Es gibt eine Partei, zu deren Wahl eigentlich alle KV-Funktionäre aufrufen müssten: Die Linke. Sie stützt als einzige ohne jedes Wenn und Aber das KV-System als Element eines staatlichen Gesundheitswesens. Das BMG steht zum § 73b, aber es gibt auch in der SPD Stimmen, die eine Veränderung wollen, was die privilegierte Stellung der Gemeinschaften der Hausärzte angeht. Diese sind fast überall die Landesverbände des Deutschen Hausärzteverbandes, dem nun mal die Mehrheit der deutschen Hausärztinnen und Hausärzte, ich betone: freiwillig angehört. Bei der Union ist eine klare Aussage nicht zu bekommen; nur bei der CSU gibt es ein klares Bekenntnis zum Bestand des § 73b als condition sine qua non in einem Koalitionsvertrag; dies haben die bayerischen Hausärzte mit Wolfgang Hoppenthaller erreicht! Vielen Dank nicht nur dafür!

Die FDP hingegen vertritt ein Konzept, wohl wissend, dass sie es nie verantworten muss, welches die solidarische Krankenversicherung aufhebt, aber bei aller Marktradikalität das KV-System erhalten und den § 73b wieder zurückführen möchte.

Im Grunde genommen haben wir damit auch nur einen wesentlichen, so genannten Wahlprüfstein: Wird der Weg zur Sicherung der hausärztlichen Medizin, zur Sicherung unserer Praxen und zur Sicherung hausärztlichen Nachwuchses mitgetragen, der nach all unseren Erfahrungen nur über die Tarifautonomie führen kann?!

Im nächsten Jahr stehen auch KV-Wahlen an, wir haben schon bei der letzten Delegiertenversammlung darauf hingewiesen! Wir werden uns an diesen Wahlen beteiligen und wir werden diese Wahlen auch in vielen Regionen gewinnen. Aber wir werden auch dafür sorgen, dass Kandidaten, die wir unterstützen, nicht vergessen, wer sie gewählt hat und worum sie sich zu kümmern haben. Wir werden den unterstützen, der sich verpflichtet, auch weiterhin auf dem Boden der Beschlüsse dieser Delegiertenversammlung zu handeln und vor allem den Kurs der eigenständigen Verträge zu unterstützen!

Die KV-Welt wird sich verändern, im Inneren wird schon der Umbau vorbereitet, das neue KBV-Gebäude sieht schon mal fünf! Vorstandsbüros vor und über die Filialisierung der Regional-KVen wird auch laut nachgedacht. Damit ist der Weg in die Zentralisierung klar vorgezeichnet und das mag auch dem einen oder anderen Politiker schon als schmackhaftes Gericht verkauft worden sein! In diesem Zusammenhang muss man auch Ankündigungen sehen, dass eine Honorartrennung in Geld auf der Basis von 2007 mit jeweils eigenständiger Weiterentwicklung im hausärztlichen und fachärztlichen Bereich zu erwarten ist. Das hatten wir immer gefordert und es war trotz Magdeburger Erklärungen immer wieder verwässert worden. Aber Vorsicht mit den Schalmeienklängen! Zwar sind auch diese Vorschläge letztlich nur durch den Wettbewerbsdruck des Hausärztesverbandes geboren, aber das Vertrauen in eine auch nur beabsichtigte korrekte Umsetzung mag nicht recht aufkommen. Wir sollten uns dadurch nicht davon abbringen lassen, unsere Dinge selbst zu regeln: Das Prinzip von Hausärzten für Hausärzte hat sich bewährt!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Hausärztesverband ist in seiner Struktur gut aufgestellt. Wir haben mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) einen wirtschaftlichen Arm, der erfolgreich und effizient mit 70 Mitarbeitern die bisherigen Verträge abwickelt, im letzten Jahr ein Volumen von 200 Millionen Euro Honorar, in diesem Jahr werden es über 500 Millionen werden und im nächsten Jahr, bei konservativer Schätzung, etwas über 1 Milliarde Euro.

Die HÄVG ist die Genossenschaft der Landesverbände, niemand anderes ist gewinnberechtigt, sie ist transparent und wirtschaftet ordentlich, dies bestätigen die regelmäßigen Prüfungen durch externe Wirtschaftsprüfer und sie ist völlig frei von äußeren Einflüssen! Dies gilt auch für Banken, denn der Aufbau der HÄVG ist gelungen, ohne einen Cent Kredit aufzunehmen! Die HÄVG hat sich mit Partnern zusammengetan, wo es erforderlich und sinnvoll war. So wird das HÄVG-Rechenzentrum gemeinsam mit dem ARZ Hahn betrieben. Darüber werden die Abrechnungen unserer Verträge abgewickelt, immer schneller als die schnellste KV und mit einer extrem niedrigen Fehlerquote.

Mit dem Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) haben wir ein äußerst erfolgreich agierendes Instrument geschaffen, das inzwischen vor allem bei unseren Vertragspartnern, bei den Krankenkassen, aber natürlich auch bei unseren Mitgliedern hohes Ansehen genießt. Fortbildung von Hausärzten für Hausärzte ist der Grundgedanke des Instituts. Das Wachsen und die Professionalisierung des IhF ermöglichen uns heute allen Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland verbandgestützte, hausarztzentrierte, evidenzbasierte und produktneutrale Fortbildungsangebote zu machen. Der erfolgreiche Aufbau ist besonders auch mit dem Namen Diethard Sturm verbunden, der nach 8-jähriger Tätigkeit im IhF-Vorstand, und davon in den letzten vier Jahren als Vorsitzender, Anfang September dieses Jahres ausgeschieden ist und den Staffelstab an Hans-Michael Mühlenfeld weitergegeben hat. Vielen Dank! Ein enorm wichtiger Beitrag für die Sicherung und Weiterentwicklung der hausärztlichen Praxis leistet dabei das Konzept VERAH[®], in dem bis September dieses Jahres bereits 424 MFA erfolgreich geschult wurden. Im März 2010 erwarten wir die 1.000te VERAH[®]. Damit wird eine Ansprechpartnerin für unsere chronisch kranken Patienten in der Praxis etabliert, die Arzt entlastend tätig ist, aber keine neue Versorgungsebene mit wieder neuen Kommunikationsschnittstellen eröffnet. Damit werden die Praxen auch in Zukunft ihren Aufgaben gerecht und dies verhilft uns – im Zusammenhang mit unseren Verträgen – wieder zu mehr Zeit für unsere Patienten.

Der Verband ist kerngesund, wir haben den höchsten Mitgliederbestand in der Geschichte des Deutschen Hausärztesverbandes und das trotz erheblicher Altersabgänge. Und wir haben keine Zwangsmemberschaft! Vor allem die Landesverbände mit starker Vertragsaktivität haben einen beeindruckenden Mitgliederzuwachs. Damit beweisen uns die Mitglieder auch, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Wenn dennoch nicht alle diesen Weg mitgehen können oder wollen, sind vielleicht hier und da die Einflüsse der alten Welt noch zu stark. Man kann schließlich niemanden zwingen, gegen seine Überzeugung zu handeln. In einem solchen

Konflikt hat sich auch der zweite stellvertretende Bundesvorsitzende befunden und konsequenterweise seinen Rücktritt vollzogen. Dieser Schritt tut mir persönlich leid und ich bedanke mich bei Andreas Petri für die im Bundesvorstand geleistete Arbeit.

Der Bundesvorstand ist an die Beschlüsse der Delegiertenversammlung gebunden. Das ist in der Satzung festgelegt. Jeder kann natürlich eine abweichende Meinung haben, kann und soll sie auch vertreten, aber letztlich muss es dann nach den Entscheidungen der demokratischen Strukturen gehen. Das gilt gerade jetzt, wo wir erfolgreich die strategische Linie unserer Beschlüsse konsequent umsetzen. Wenige konnten sich vorstellen, dass ein Verband in so kurzer Zeit mit solch einer Geschlossenheit – für die ich mich ausdrücklich bedanken will – soviel erreichen kann. Kein Verband ist so schlagkräftig wie der unsere. Damit erhöht sich natürlich der Druck unserer Gegner. Die KV-Welt führt Krieg gegen uns und nutzt dafür auch und gerne das Deutsche Ärzteblatt. Kassen, vornehmlich die Ersatzkassen, versuchen uns auszuspielen. Diesem Druck standzuhalten ist nicht immer einfach, aber anders werden wir nicht weiter so erfolgreich sein wie jetzt.

Unsere Position vertreten wir auch nun in der Öffentlichkeit zunehmend effektiv, neben den vielen Veröffentlichungen im Rahmen unserer Verträge – hier ist besonders HzV-aktuell in Baden-Württemberg zu erwähnen – haben wir darüber hinaus mit dem Sonderdruck unseres Patientenmagazins „Hausarzt“, beigelegt in der Bild am Sonntag, nochmals klar und deutlich die Bedeutung des Hausarztes und der hausarztzentrierten Hausarztverträge dargestellt. Zudem sind wir auch ein großes Stück weitergekommen, die hausärztliche Identität für den ärztlichen Nachwuchs sowie der Broschüre „Perspektive Hausarzt“ gut und richtig darzustellen. Dazu werden wir im Rahmen des entsprechenden Tagesordnungspunktes noch mehr von Herrn King hören. Insgesamt müssen wir diese Form der Öffentlichkeitsarbeit in der nächsten Zeit noch deutlich verstärken.

Wie auch immer die Bundestagswahl ausgehen wird, wir werden den eingeschlagenen Weg fortsetzen. Es gibt keine Alternative. Deutschland braucht Hausärztinnen und Hausärzte – ohne sie geht es nicht. 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. Und sie brauchen dringend Nachwuchs! Die Primärversorgung der Bevölkerung durch Hausärzte zu sichern, wird bei der nächsten Bundesregierung, wie immer sie aussehen wird, auf der Agenda stehen müssen, will sie ein qualitativ hoch stehendes Gesundheitswesen für alle, ob arm oder reich, erhält!

Wir tun alles dafür, wir haben eine Honorarordnung geschaffen, die in Euro und Cent klar kalkulierbar ist. Wir kämpfen für eine eindeutige Weiterbildungsordnung und wir gehen auch offensiv in die Öffentlichkeit mit unserer Kampagne, die hausärztliche Medizin und besonders die hausärztliche Praxis für die nachwachsende Arztgeneration als Perspektive attraktiv macht.

Wenn wir weiter so zusammenhalten und uns gegenseitig unterstützen, ist mir um die Zukunft immer weniger bange.

Ich möchte mich an dieser Stelle besonders bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die enorme Arbeit und den Einsatz bedanken, die zur Erreichung dieses Zieles maßgeblich beigetragen haben.