

Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln

Telefon 02203 5756-0
Telefax 02203 5756-7000

Es gilt das gesprochene Wort.

**Bericht zur Lage
anlässlich der Delegiertenversammlung
des Deutschen Hausärzteverbandes
am 15./16. September 2022 in Berlin**

**Ulrich Weigeldt
Bundesvorsitzender
Deutscher Hausärzteverband e.V.**

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

wie schon bei der Frühjahrstagung, muss ich leider auch diesen Bericht zur Lage mit einigen Worten über den verbrecherischen Überfall Russlands auf die Ukraine beginnen. Auch wenn die jüngsten Entwicklungen ein wenig Hoffnung und Mut machen, ist es doch sehr traurig, immer noch den Krieg Russlands gegen die Ukraine miterleben zu müssen, der schon so viele Opfer gefordert hat. Als Deutscher Hausärzterverband verurteilen wir diesen verbrecherischen Krieg auf das Schärfste! Ich betone auch noch einmal, dass die Hausärztinnen und Hausärzte helfen, wo sie können! Wir hoffen, dass die ukrainische Bevölkerung möglichst bald ihr Land in Frieden wieder aufbauen kann.

Wir in Deutschland spüren ebenfalls die Auswirkungen des Krieges, auch wenn – und das will ich hier noch einmal ganz deutlich sagen – das absolut gar nichts ist gegen den Horror, den die Menschen in der Ukraine tagtäglich durchleben müssen.

Es ist nicht unsere Aufgabe, zu klären, wie es zu der Energiekrise und ihrem Ausmaß im Detail in Deutschland gekommen ist. Wir sehen nur, dass es für unsere politischen Vertreter sehr schwer zu sein scheint, in dieser Situation auf Parteiengizänk und Schielen auf Wählerstimmen z. B. in Niedersachsen zu verzichten und gemeinsam an einer Lösung zu arbeiten, die den Menschen unter die Arme greift. Ohne uns besonders hervorzuheben, müssen wir dennoch feststellen, dass auch die hausärztlichen Praxen von den steigenden Kosten stark betroffen sind. Wir müssen für die Versorgung der Menschen bereitstehen können. Dafür braucht es die entsprechenden Rahmenbedingungen.

Wir werden uns mehr und mehr auch mit den Folgen des Klimawandels beschäftigen müssen, der sich auf die gesundheitliche Situation der Menschen auswirkt und auch in einer sich verändernden Krankheitslast zu spüren sein wird. Ob dafür Klimasprechstunden helfen oder dieses Thema nicht eher die gesamte medizinische Versorgung durchzieht, werden wir sehen.

Langsam, aber sicher, nähern wir uns dem Ende des dritten Pandemiejahres – eine Pandemie, die in Deutschland maßgeblich von den Hausärztinnen und Hausärzten bekämpft wurde! Insbesondere dank unseres Einsatzes, beispielsweise beim Impfen, stehen wir diesen Herbst deutlich besser da als in den vergangenen Jahren! Auch wenn es in der Medienwelt und politischen Verlautbarungen so scheint, ist die medizinische Versorgung keineswegs nur noch von Corona respektive Covid-19 bestimmt. Andere Infektionskrankheiten sind längst wieder auf dem Vormarsch, die in der Hochzeit der Pandemie ausgebliebenen Vorsorgen müssen nachgeholt werden. Leider müssen wir aktuell auch Krankheiten behandeln, deren Ausbrechen oder Ausmaß hätte vermieden werden können!

Wir lassen deshalb auch nicht nach, beispielsweise die Grippeimpfung am besten in direktem Zusammenhang mit der Corona-Boosterung zu bewerben. Wir wissen, dass die Influenza für Ältere und Kranke ebenfalls eine erhebliche Gefährdung darstellt und können nicht zufrieden sein, dass sich im vergangenen Jahr noch nicht einmal die Hälfte der Betroffenen haben gegen Grippe impfen lassen. Auch da gibt es schwere Verläufe!

Leider finden wir in der Kommunikation hierzu wenig Unterstützung aus Politik und Medien.

Wir hoffen, dass von diesem Hausärztetag das Signal ausgeht: Nur mit einer Grippeimpfung gehen vulnerable Gruppen sicher in den Herbst und Winter!

Es ist zu unserem Bedauern auch weiterhin nötig, auf eine griffigere Kommunikation zur Corona-Impfung zu drängen. All das Klein-Klein in der Auseinandersetzung über das Infektionsschutzgesetz lenkt letztlich von den Vorteilen der Impfung zur Überwindung der Pandemie ab. Die Politik verliert sich in selbstbezogenen und detailverliebten Diskussionen, statt die zentralen Themen anzupacken!

Ein weiteres Thema, das ich quasi gleichlautend auch schon vor 12 Monaten angesprochen habe, ist die weiterhin katastrophale Datenlage in Deutschland.

Die jüngsten Diskussionen zeigen mehr als deutlich, dass die Erhebung, Auswertung und Kommunikation von Daten zur Beurteilung der Pandemie offensichtlich nicht sachgerecht und transparent organisiert werden. Nach wie vor beziehen wir die Daten, wie zuletzt beispielsweise zur Behandlung mit Paxlovid, aus Israel und anderen Ländern. Das entbehrt nicht schon einer gewissen Bigotterie. Bei uns werden alle möglichen Gründe angeführt, weshalb ein Impfreister oder andere Datenerhebungen nicht möglich seien, am Ende liegt es dann meist am Datenschutz. Wieso nutzen wir dann Daten aus Ländern, die eine andere Auffassung von Datenschutz haben? Das erinnert ein wenig an die Diskussion um die Organspende. Moralisch gegen eine Opt-out-Lösung sein, aber gleichzeitig Organe aus Ländern beziehen wollen, die sich auf genau diese Lösung verständigt haben. Wir müssen irgendwann einmal der Realität ins Auge sehen, dass andere Länder nicht für die Bekämpfung unserer Probleme verantwortlich sind!

Da mutet es schon ein wenig seltsam an, wenn der Gesundheitsminister nach seiner Israelreise bewundert, wie schnell Israel in der Datenanalyse ist. Ja, die haben auch die entsprechenden Daten erhoben!

Man wird es langsam müde. Nach wie vor verfügen wir in Deutschland über keine vernünftige Datengrundlage für Entscheidungen über doch für viele sehr einschneidende Maßnahmen und Einschränkungen – und das nach fast drei Jahren Pandemie! Teilweise schaffen wir es nicht einmal, einen Blick über den Gartenzaun zu unseren Nachbarn zu werfen, die sicher auch nicht dümmer sind als wir. Stetig wiederholen wir unsere anderen Forderungen nach einer positiven Impfkampagne, die vor allem die älteren Menschen mitnimmt und nicht verunsichert. Das kann doch bei der außerordentlich erfahrenen und erfolgreichen Werbeindustrie bei uns kein Hexenwerk sein.

Immer wird das angekündigt, aber am Ende des Tages ist nichts zu sehen.

Die Folge ist eine Verunsicherung der Menschen, die wir permanent in den Praxen zu spüren bekommen. Wir versuchen unser Bestes durch unsere persönlichen Beratungen, aber auch unsere Zeit ist auf 24 Stunden am Tag begrenzt.

Die breiten öffentlichen Ankündigungen zu den angepassten Impfstoffen mit besonderer Wirksamkeit gegen die Varianten BA.1 und BA.5 haben auch eher verwirrt als geholfen. Die EMA hat glücklicherweise zeitnah reagiert und die Impfstoffe zugelassen, wir warten jetzt noch auf den Abschluss der Datenanalyse und Einschätzung der STIKO. Vielleicht hätten auch die begeisterten Ankündigungen der Impfstoffe bis dahin Zeit gehabt und den Beratungsbedarf in den Praxen gemindert.

Nun ist es leider wieder so, dass die Ankündigungen von schneller und ausreichender Impfstoffverfügbarkeit wieder nicht verlässlich waren. Auch wenn der Impfstoff mit Verspätung jetzt verfügbar ist, mussten zunächst wieder Patientinnen und Patienten nach Hause geschickt werden, weil der Impfstoff eben noch nicht eingetroffen war. Das führt nicht nur zu unsinniger Belastung der Praxen, sondern ist auch eine Verschwendung der Zeit von Patientinnen und Patienten, ganz abgesehen von der nervlichen Belastung. Das ist genau das Gegenteil einer positiven Impfkampagne!

Gleichzeitig müssen wir feststellen, dass sich viele nicht nur jüngere Menschen abwenden und nichts mehr davon hören wollen. Dabei handelt es sich keineswegs um die Minderheit der häufig ideologisch motivierten Impfgegner.

Eine Folge der verfehlten Informationspolitik rund um die angepassten Impfstoffe ist, dass wir Diskussionen mit Patientinnen und Patienten haben, ob sie lieber auf die angepassten Impfstoffe warten sollen oder ob sie sich lieber unverzüglich mit den bisher verfügbaren Impfstoffen schützen sollten. Dieses Hin und Her hätte man uns gerne ersparen können. Am Ende ist es immer das gleiche Spiel: Den Letzten beißen die Hunde und das sind in der Regel wir Hausärztinnen und Hausärzte und

unsere Praxisteams! Denn wir sind diejenigen, die am Ende den Patientinnen und Patienten konkret erklären müssen, was jetzt zu tun ist. Wir können uns hinter niemandem verstecken.

Ein verhältnismäßig neuer Hebel im Kampf gegen diese Pandemie ist das Corona-Medikament Paxlovid.

Paxlovid ist, wenn es richtig eingesetzt wird, ein gutes und wirksames Medikament. Es war auch eine absolut richtige Entscheidung der Politik, ein hausärztliches Dispensierrecht für Paxlovid umzusetzen. Weniger schön ist, dass die Umsetzung, jenseits des Erlassens einer gesetzlichen Regelung, viel zu langsam voran geht. Erst jetzt werden wir in die Entwicklung einer Handreichung zur Verschreibung von Paxlovid einbezogen, weil wir von uns aus den Kontakt zum Expertenrat gesucht haben, an dem ja nur die „Wissenschaft“ beteiligt sein sollte und später erst die Praktiker. Das ist zu langsam. Aber wir wissen uns zu helfen und viele Kolleginnen und Kollegen haben die erforderlichen Kriterien zusammengetragen und verbreitet. Die DEGAM und das IHF leisten dazu das ihre. Vielen Dank allen Beteiligten an dieser Stelle. Gleichzeitig scheint aber die Versorgung und Distribution regional sehr unterschiedlich zu funktionieren.

Die jüngste Debatte um Maßnahmen wie die Maskenpflicht – ob im Flugzeug oder im Bahn- (Fern)verkehr – taugt nicht als vertrauensbildende Maßnahme, um das mal vorsichtig auszudrücken. Mitunter entsteht der Eindruck, dass unsere Regelungselite nicht nur im Gesundheitswesen sondern insgesamt den Kontakt zum wahren Leben verloren hat. Dieser Eindruck verfestigt sich leider auch beim Blick auf das Infektionsschutzgesetz.

Ab 01. Oktober 2022 gilt bundesweit eine FFP2-Maskenpflicht im Fernverkehr, in Arztpraxen und den Praxen weiterer Heilberufler sowie eine FFP2-Masken- und Testpflicht in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Eine Maskenpflicht in Flugzeugen entfällt hingegen.

Darüber hinaus können die Länder abgestuft nach der Infektionslage auf das Pandemiegeschehen mit weiteren Maßnahmen reagieren. In Stufe 1 beispielsweise mit einer Maskenpflicht im öffentlichen Personennahverkehr oder in öffentlich zugänglichen Innenräumen. Eine Ausnahme für die Maskenpflicht muss bei Freizeit-, Kultur- oder Sportveranstaltungen, in Freizeit- und Kultureinrichtungen sowie in gastronomischen Einrichtungen und bei der Sportausübung für Personen vorgesehen werden, die über einen Testnachweis verfügen. Die Länder können außerdem Ausnahmen für diejenigen erlauben, die genesen sind (allerdings gilt hier die 90-Tage-Frist), oder die vollständig geimpft sind und bei denen die letzte Impfung höchstens drei Monate zurückliegt. Zudem ist eine

Maskenpflicht in Schulen möglich, wenn dies zur Aufrechterhaltung eines geregelten Präsenz-Unterrichtsbetriebs erforderlich ist.

In Stufe 2, wenn sich die Corona-Welle trotzdem weiter aufbaut, können die Länder noch mal nachlegen, beispielsweise mit einer Maskenpflicht bei Veranstaltungen im Außenbereich, wenn ein Mindestabstand von 1,5 Meter nicht eingehalten werden kann, sowie bei Veranstaltungen in öffentlich zugänglichen Innenräumen, verpflichtende Hygienekonzepte und Festlegung von Personenobergrenzen für Veranstaltungen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen: Glaubt ernsthaft jemand, dass diese kleinteiligen Maskenregeln darüber entscheiden werden, ob wir gut oder schlecht durch den Herbst kommen? Die Realität wird so aussehen, dass die allermeisten Menschen überhaupt gar nicht wissen werden, welche Regeln jetzt wann, wo, für wen und warum gelten werden! Und das kann ihnen niemand verübeln! Selbst uns, die sich den ganzen Tag mit diesen Fragen beschäftigen, fällt es teilweise schwer, noch den Überblick zu bewahren bei so vielen Regeln und Ausnahmen der Regel. Dass das bei den Menschen draußen nicht ankommt, ist doch offensichtlich! Dieses realitätsferne Klein-Klein zieht sich durch die gesamte Pandemie.

Mal im Ernst, wie soll man nachvollziehen, dass beim Grenzübertritt aus oder nach Holland (oder anderen Nachbarländern) eine Maskenpflicht auf der einen Seite gilt und auf der anderen nicht.

Ein weiteres größeres Gesetzgebungsvorhaben ist das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. Es sieht unter anderem die Streichung der extrabudgetären Leistungen für neue Patientinnen und Patienten und der offenen Sprechstunde vor. Das hat vor allem im KV-System und bei den fachärztlichen Verbänden zu großer Aufregung geführt. In einzelnen KV-Bereichen sind hiervon auch die Hausärztinnen und Hausärzte betroffen. Vor allem da, wo durch die KVen keine Lösungen geschaffen wurden, den hausärztlichen Praxen die für diesen Bereich vorgesehenen Ressourcen auch komplett zukommen zu lassen wie beispielsweise in Hamburg und Berlin. Dass die Kolleginnen und Kollegen vor Wut schäumen ist nur allzu nachvollziehbar und nur allzu berechtigt!

Die ganzen Auseinandersetzungen um das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz zeigen nach meinem Dafürhalten vor allem, dass das Altsystem keine Antworten auf die Finanzierungsfragen der Zukunft bereithält.

Die HZV hingegen, bleibt von diesen Fragen vollkommen unberührt. Diese sichert nicht nur eine fairere Vergütung, sondern ist auch strukturell das deutlich modernere System! Das hat sich beispielsweise auch bei der Diskussion um die telefonische AU gezeigt. Während das Altsystem noch rumphilosophieren musste, was denn nun ein Bestandspatient ist und wie eine telefonische AU in die wirre Logik dieses überholten Finanzierungssystems passen könnte, war die HZV schon einen großen Schritt weiter! Es hat sich erneut deutlich gezeigt: Ein hausärztliches Primärarztsystem, außerhalb der Regelversorgung, ist und bleibt das Zukunftsmodell für eine starke hausärztliche Versorgung.

Dass Kassen wie Krankenhäuser laut Wehklagen, ist ja bei Finanzierungsgesetzen die Regel und sollte uns nicht stören.

Wir erleben immer wieder, dass die Politik, statt sich auf die Stärkung der hausärztlichen Versorgung zu konzentrieren, beispielsweise mit dem Masterplan Medizinstudium 2020, versucht, die Versorgung über Umwege und mittels irgendwelcher Krücken zu stärken. Ein gut gemeintes, aber zum Scheitern verurteiltes Beispiel sind die Gesundheitskioske.

Nach den Eckpunkten sollen langfristig 1.000 Gesundheitskioske vor allem in sozial schwachen Gebieten bundesweit aufgebaut werden. Deren Hauptaufgabe, den Zugang zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Unterstützungsbedarf zu verbessern, ihnen niedrigschwellige Beratung anzubieten und ihre Gesundheitskompetenz zu fördern, ist sicher ein positiver Ansatz. Medizinische Versorgung und deren Koordination ist und bleibt allerdings die Aufgabe der hausärztlichen Praxen. Parallelstrukturen sind mit Sicherheit nicht sinnvoll. Ob angesichts der Finanzierungsvorgaben und dem Mangel allerorten an qualifiziertem Pflegepersonal überhaupt eine Realisierungschance besteht, lassen wir mal dahingestellt. Es hilft nichts: Wer die Primärversorgung stärken will, der muss die Hausarztpraxen stärken. Alles andere ist Augenwischerei!

Ich komme auch dieses Jahr nicht drumherum, die Digitalisierung, bzw. die nicht-Digitalisierung des Gesundheitswesens zu thematisieren. Die Bemühungen, überbordender Bürokratie mithilfe einer IT-Infrastruktur Herr zu werden, haben in den letzten 20 Jahren seit Gründung der gematik eher zum bürokratischen Overkill in den Praxen geführt. Wenn man sich zu diesem Thema nur in der näheren europäischen Nachbarschaft umschaute, fällt schon mal das Hauptdefizit des deutschen Konzepts auf: Es fehlt die Nutzerorientierung, von einer wirklichen Barrierefreiheit ganz zu schweigen. Eine elektronische Patientenakte ist nur für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen. Der Zugang ist mehr als aufwendig. Was für Bürger Dänemarks oder Estlands selbstverständlich ist, ist bei uns offenbar nicht möglich. Errungenschaften wie das VSDM und die elektronische AU haben

nur für die gesetzlichen Krankenkassen positive Ergebnisse – wenn überhaupt. So müssen bei der eAU noch zwei Zettel ausgedruckt, unterschrieben und den Patientinnen und Patienten mitgegeben werden. Das eRezept ist an sich eine sehr sinnvolle Angelegenheit, in der jetzigen Form aber de facto in den Praxen und für unsere Patientinnen und Patienten nicht nutzbar.

Woran liegt das? Werfen wir mal einen Blick auf die Entstehung der „Nationalen Agentur für Digitale Medizin“: Zunächst einmal fragt man sich überhaupt, warum hier eine Struktur ausschließlich für das Gesundheitswesen geschaffen wird und nicht eine einheitliche Struktur für alle Lebensbereiche?

Vielleicht ist die Zusammensetzung dieser Gesellschaft ein nicht korrigierbarer Geburtsfehler gewesen. In den Gesellschafterversammlungen war vornehmlich Gezänk zwischen den verschiedenen Körperschaften (außer der BÄK als Arbeitsgemeinschaft) um proprietäre Vorteile zu vernehmen und der stimmenstärkste Akteur, die Krankenkassengemeinschaft, stellte im Zweifel stets die Finanzierung als Totschlagargument in den Raum. Auch politische Interventionen haben nicht wirklich geholfen. Ob die Übernahme von 51 Prozent durch das BMG (durch den früheren Gesundheitsminister Spahn) langfristig ein richtiger Schritt war, werden wir sehen.

Durch unsere Position im Beirat haben wir zumindest die Möglichkeit, die Entwicklung zeitnah zu verfolgen und unsere Position einzubringen. Unsere uns leitenden Grundsätze dazu haben wir ja auf der Frühjahrstagung im April beschlossen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich habe es ja bereits angekündigt: Dies wird mein letzter Bericht zur Lage sein. Wie Ihr wisst, habe ich mich entschlossen, nach insgesamt 16 Jahren als Bundesvorsitzender, meinen Posten wie versprochen zur Verfügung zu stellen, um den notwendigen Generationenwechsel zu ermöglichen.

Mit der Übernahme des Vorsitzes des Bremer Landesverbandes (damals noch BPA) 1992 begann meine Reise nach Köln zur BÄK und zum Bundesverband, der seinerzeit in einem überschaubaren Bürotrakt im Souterrain, am Theodor-Heuss-Ring in Köln, residierte. Nach der Etablierung der ersten hausarztfreien KV in Bremen wurde ich 1999 in den Bundesvorstand gewählt. Man kann sich kaum noch vorstellen, wie verräuchert die Sitzungsräume bereits nach wenigen Minuten waren, Pfeife (des damaligen HGF), Zigarren und Zigaretten sorgten für schlechte Luft und schlechte Sicht. Das ist glücklicherweise vorbei! Das änderte sich schon zu meiner Zeit als Dritter Stellvertretender Vorsitzender nach und nach.

2003 wurde ich zum Bundesvorsitzenden gewählt. Der Umzug in ein klassisches Bürogebäude in der Nähe unseres heutigen Verbandssitzes war auch Ausdruck einer zunehmenden Professionalisierung des Hausärzteverbandes. Schon 2005 musste ich den Vorsitz meines Verbandes aufgeben, als sich die

Möglichkeit ergab, die Vorstandsposition für die hausärztliche Versorgung bei der KBV zu übernehmen. Meine mangelnde Bereitschaft, mich von der Linie des Hausärzteverbandes und insbesondere von der Unterstützung der HZV zu trennen, hat schon nach zweieinhalb Jahren zum Misstrauensvotum der Funktionäre des Altsystems geführt, wozu leider auch etliche Hausärztinnen und Hausärzte zählten. Rainer Kötzle, der zu dieser Zeit den Bundesverband geführt hatte, hat meine erneute Kandidatur für den Bundesvorsitz auch dadurch unterstützt, dass er die Position des Aufsichtsratsvorsitzenden übernommen hat, die er bis zum Juli dieses Jahres ausgefüllt hat.

Lieber Rainer, vielen Dank für die Unterstützung.

An dieser Stelle möchte ich mich, auch wenn er aus gesundheitlichen Gründen nicht hier bei uns sein kann, bei Wolfgang Hoppenthaller ausdrücklich bedanken, der nicht nur mir persönlich, sondern besonders auch der Entwicklung der HZV sehr geholfen hat. Er hat keine Auseinandersetzung gescheut, ist aber dabei immer verlässlich und loyal geblieben. Bei aller Kritik am Ausgang der Auseinandersetzung mit der AOK Bayerns und dem Versuch, das SGB V-System zu verlassen, darf das nicht vergessen werden.

Leider kann auch Berthold Dietsche heute aus gesundheitlichen Gründen nicht bei uns sein. Er hat meinen Weg als Bundesvorsitzender von Anfang an als einer meiner Stellvertreter begleitet. Die Entwicklung der HZV mit dem ersten großen Vertragsschluss 2008 mit der AOK-Baden-Württemberg ist ganz eng mit seinem Namen verknüpft. Auch er hat erklärt, sein Amt für den notwendigen Generationenübergang zur Verfügung zu stellen. Ganz herzlichen Dank, auch ganz persönlich von mir, und gute Besserung. Das wünschen wir Dir alle von dieser Stelle aus.

Wenn ich die Jahre 2007 bis heute einmal im Zeitraffer betrachte, haben wir als Verband doch viel erreicht, was im Tagesgeschehen manchmal etwas unterzugehen scheint. Es gibt nicht viele ärztliche Verbände, die auf erfolgreichere Jahre zurückblicken können. Die mediale und politische Wahrnehmung hat sich von – gelinde gesagt – Skepsis gegenüber dem Verband zu einer Wahrnehmung eines seriösen und sachkundigen Players im Gesundheitswesen gewandelt. Das hat nicht zuletzt auch zu einem entspannteren Verhältnis zur Bundesärztekammer, KBV und etlicher KVen geführt. Im Verhältnis zur Politik, zu Abgeordneten wie auch zu den Ministerien hat sich bei aller auch notwendiger Kritik eine vertrauensvolle Kommunikation entwickelt. Das ist sicher einer immer sachorientierten und konsistenten Argumentation ohne emotionale und persönliche Angriffe geschuldet. Es gibt momentan nicht viele ärztliche Organisationen, deren Stimme lauter und deutlicher ist als die des Hausärzteverbandes.

Diese Art der politischen Kommunikation hat vielen Erfolgen den Weg geebnet. Was haben wir konkret erreicht? Unter Ulla Schmidt als Gesundheitsministerin haben wir im KV-System die Honorartrennung gegen den fortwährenden Abfluss von Ressourcen in die fachärztliche Versorgung erreicht. Der Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung ist als Einflussmöglichkeit der hausärztlichen Berufsverbände – sprich der Internisten, der Kinderärzte und von uns – eingerichtet worden. Leider sind diese inzwischen von vielen KVen aufgesogen worden. Die Vertragsmöglichkeit der integrierten Versorgung hat uns den ersten Vertrag mit der Barmer ermöglicht, der einen gewaltigen Mitgliederschub gebracht hat, aber leider durch die Intervention der hausärztlich besetzten KV Thüringen gerichtlich zu Fall gebracht wurde.

Nur kurz zusammengefasst: Gemeinsam mit Aktivitäten aus den Ländern vor allem Baden-Württemberg und Bayern ist es gelungen, den Paragraf 73b SGB V wieder von unsinnigen Einschränkungen zu befreien.

Dabei dürfen wir nicht vergessen, dass ja nicht nur die HZV, und da schließe ich die add-on-Verträge bewusst mit ein, ein riesiger Erfolg war und ist und für über acht Millionen Menschen in unserem Land ein freiwilliges und gern angenommenes Primärarztsystem ist, sondern wir damit auch das „Altsystem“ (Dr. Christopher Hermann) so unter Druck setzen konnten und können, dass die hausärztlichen Honorare auch im KV-System sich deutlich entwickeln konnten. Nach dem ZI-Panel haben sich die Praxisüberschüsse auch bei steigenden Kosten von 2005 bis 2019 fast verdoppelt. Die große Kluft zur fachärztlichen Versorgung konnten wir damit überwinden. Auch das ist ein Signal an die nachwachsende ärztliche Generation wie auch Ansporn, nicht nachzulassen, sondern die HZV weiterzuentwickeln, sie immer modern zu halten und den Nutzen für unsere Patientinnen und Patienten dabei im Fokus zu haben.

Das IHF hat die selbstbestimmte und pharmafreie Fortbildung professionell zum Standard gemacht und immer weiter ausgebaut. Viele Kolleginnen und Kollegen nutzen zum Teil mit ihren Praxismitarbeitenden auch Angebote in attraktiven Umgebungen, ohne sich von der Industrie aushalten zu lassen. Das war wirklich nicht immer so. Auch die Entwicklung eines neuen Berufsbildes mit der VERAH®, gemeinsam mit dem MFA-Verband, keine Selbstverständlichkeit für einen Berufsverband. Inzwischen arbeiten rund 15.000 VERAH in hausärztlichen Praxen.

Auch wenn wir in vielen KV-Bereichen und vor allem auch in der KBV statt vergangener zänkischer Auseinandersetzungen zu einer vernünftigen und sachlichen Kommunikation und oft auch Kooperation gefunden haben, dürfen wir unseren Kurs nicht verlassen und zu früheren Zeiten zurück-

kehren, da wir aus Rücksichtnahme auf das eine oder andere KV-Amt auf hausärztliche Positionen verzichten mussten. Das ist glücklicherweise seit langem vorbei! Der Verband muss immer an erster Stelle stehen!

Durch eine klare Positionierung und in dem Fall auch guter Kooperation mit fachärztlichen Verbänden haben wir vor drei Jahren dafür sorgen können, dass die Bundesärztekammer wieder von einem Hausarzt und langjährigem Verbandsmitglied geführt wird; das sollten wir im nächsten Jahr doch auf jeden Fall wieder erreichen!

Immer wieder, und das kenne ich auch nicht anders, gibt es Rangeleien mit den Apothekern. Ob es um das Messen von Blutdruck oder Blutzucker ging, um das Impfen gegen Corona oder jetzt auch Grippe, um Dienstleistungen und Medikationsberatung. Diese Diskussionen werden uns erhalten bleiben. Aber wir sollten auch weiterhin darauf achten, uns letztlich zu verständigen – wenn notwendig auch mit härterer Argumentation aber nicht mit kriegerischer Rhetorik. Es hat sich immer gelohnt, mit den Präsidenten und jetzt mit der Präsidentin der ABDA einen direkten Austausch zu pflegen. Sicher ist die grüne Grenze zwischen Pharmazie und hausärztlicher Medizin hier und da überschritten, aber eine vitale Bedrohung gab und gibt es nicht und ist auch für die Apothekerinnen und Apotheker – auch durch das Dispensierrecht für Paxlovid oder für Notfallmedikamente – nicht zu fürchten. Wir sollten das gemeinsam organisieren.

Mit unserem Verbandsnamen haben wir deutlich gemacht, dass wir alle Kolleginnen und Kollegen in der hausärztlichen Versorgung, insbesondere die Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und die hausärztlichen Internistinnen und Internisten vertreten wollen. Mir ist völlig klar, dass das Scheitern, dies über die Muster-Weiterbildungsordnung zu organisieren und mit den Landesärztekammern umzusetzen, uns ein unterschwellig stets vorhandenes Konfliktpotential beschert hat. Wir werden nur erfolgreich sein, wenn wir auf dem Weg weitergehen, diese interne Baustelle kollegial aufzulösen.

Was mich besonders freut, ist, den letzten weißen Flecken auf der Landkarte mit der Aufnahme unseres 18. Landesverbandes, des Landesverbandes Brandenburg, zu schließen. Dafür danke ich allen Beteiligten, besonders auch dem Landesverband Berlin und Brandenburg, für den das verständlicherweise kein einfacher Schritt war!

Wir haben natürlich nicht nur Sonnenseiten erlebt in den letzten 16 oder eben 19 Jahren. Da mussten schon veritable Krisen bewältigt werden. Auch das haben wir gemeinsam hinbekommen und sind eigentlich aus jeder Krise und vor allem deren Bewältigung gestärkt hervorgegangen. Darauf können wir mit Recht stolz sein!

Bundesverband, Landesverbände, IHF, GVP, die HÄVG mit dem Rechenzentrum, unser Verlag und die Stiftung Perspektive Hausarzt sind Teile eines Ganzen, die im Zusammenwirken unsere Stärke ausmachen.

Die klare Zuordnung von Tätigkeiten und Kompetenzen der Untergliederungen ist der zunehmenden Komplexität unserer Aufgaben geschuldet, aber auch ein Ausdruck unserer Professionalität.

Die insgesamt über 400 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten letzten Endes für die Hausärztinnen und Hausärzte und damit tragen sie wesentlich zur hausärztlichen Versorgung unserer Patientinnen und Patienten bei. Dafür gebührt ihnen an dieser Stelle unser aller Dank. Ich bin froh, dass ich den Verband heute in einem finanziell, organisatorisch und politisch hervorragenden Zustand übergeben kann.

Und da dies mein 32., aber auch letzter Bericht zur Lage an die Delegiertenkonferenz des Deutschen Hausärzteverbandes ist, erlaube ich mir, an dieser Stelle, mich auch für die großartige Unterstützung aus all diesen Bereichen, vor allem aber bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Bundesverbandes und ganz besonders bei meinem Berliner Büro zu bedanken.