

Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln

Telefon 02203 5756-0
Telefax 02203 5756-7000

Sperrfrist: 26.09.2019, 15 Uhr

Es gilt das gesprochene Wort.

Bericht zur Lage
anlässlich der Delegiertenversammlung
des Deutschen Hausärztesverbandes
am 26./27. September 2019 in Berlin

Ulrich Weigelt

Bundsvorsitzender

des Deutschen Hausärztesverbandes

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste,

die Welt ist im Umbruch, vertraute Verhältnisse und Zuordnungen stimmen vielfach nicht mehr. Wir sehen gebannt auf den 31. Oktober und fragen uns: Wird es einen unregelmäßigen Brexit geben? Wir erleben, dass das Thema Klimawandel, noch einmal medial verstärkt durch Aktivitäten einer Greta Thunberg, auch den letzten Winkel der Republik erreicht hat. Hier ist es längst kein besonderes Alleinstellungsmerkmal der Grünen mehr, nein, bis auf die AfD sind alle Parteien im Wettstreit um die attraktivsten, nicht unbedingt um die besten Ideen zur Bewältigung des Klimawandels. Die Bundesregierung hat sich in einer langen Nacht zu einem Programm durchgerungen, das auch nicht mehr als ein erster Schritt sein kann, lediglich den CO₂-Ausstoß im Fokus hat und auch dabei einen eher eingeschränkten Blickwinkel offenbart. Dazu gäbe es viel zu diskutieren, aber das ist nicht die Aufgabe meines Lageberichts.

In diesem veränderten politischen Farbenspiel wird auch die Parteienlandschaft durcheinandergewirbelt, wie zuletzt bei den Wahlen in Brandenburg und Sachsen. Die SPD sucht eine neue Führung. Auch in der CDU gärt es. Karl Lauterbach hat sich aus der ersten Linie der Gesundheitspolitiker zurückgezogen, Fraktionsvize für den Bereich Gesundheit ist jetzt Bärbel Bas. Für uns ist es wichtig, mit diesen Veränderungen Schritt zu halten, Kontakte zu pflegen oder neu aufzubauen, um die hausärztliche Versorgung und ihre Bedeutung für die Menschen im Land nicht aus dem Fokus der Politik verschwinden zu lassen.

Die oben geschilderten Veränderungen, wie Klimaveränderung oder andere Umweltbedingungen, wie Lärm, Feinstaub, aber auch Ernährungsgewohnheiten sind allesamt krankmachende Faktoren. Die Prävalenz von Erkrankungen wie Krebs, Diabetes, aber auch bislang weniger bekannter Krankheiten nimmt zu. Selten sind es nur ein Organ betreffende Krankheiten, sondern häufig komplexere Geschehen. Zur Erkennung, Behandlung und Betreuung der Betroffenen braucht es gut aus- und weitergebildete Generalisten, braucht es eine ausreichende Zahl von Hausärzten. Flankiert von spezialisierten Fachärzten.

Die 14. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes, vorgestellt im April dieses Jahres, weist deutlich auf die kommenden demografischen Herausforderungen hin.

Die Zahl der betagten und hochbetagten Personen nimmt erheblich zu:

- die Zahl der 67-Jährigen und älteren steigt von 2018 bis 2038 um 5 Millionen auf insgesamt 21 Millionen Personen
- die Zahl der 80-Jährigen und älteren wird bereits von 2018 bis 2022 um 800.000 auf 6,2 Millionen Personen ansteigen.

Dass damit der Bedarf an hausärztlicher Versorgung steigt, kann wohl kaum bezweifelt werden.

Dass jedoch die Zahl der Hausärzte schon in den letzten Jahren diesen Bedarf nicht gedeckt hat, lässt sich fast täglich in Pressemeldungen über fehlende Hausärzte nachlesen. Dies spüren die Versicherten sozusagen „hautnah“. Eine Versichertenbefragung der AOK Nord-West aus diesem Jahr zeigt, dass 97 % der Befragten die direkte Verfügbarkeit eines Hausarztes als sehr wichtig bezeichnen. Den Zugang zu einem Hausarzt bewerten die befragten Versicherten für sie persönlich als das allerwichtigste Versorgungsangebot noch vor Einkaufsmöglichkeiten, Internetversorgung und Krankenhäusern.

Wenn aber unzweifelhaft der Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten steigen wird, warum kommen Maßnahmen zur Förderung dieses Berufes dann nur so schleppend voran?

Gewiss, eine Trendwende zugunsten der hausärztlichen Versorgung ist in letzter Zeit zu sehen: Die Abschlüsse im Fach Allgemeinmedizin steigen, es gibt einen Masterplan 2020, dessen finale Umsetzung bis 2020 im jetzigen Tempo allerdings kaum zu erreichen ist, die Einführung von Landarztquoten, mehr allgemeinmedizinische Lehrstühle und auch wir fördern die Ausbildung (Famulaturen und PJ in Hausarztpraxen) vielerorts über die Stiftung Perspektive Hausarzt.

Aber reicht das?

Wir haben gleichzeitig hohe Abgänge von Hausärztinnen und Hausärzten in den Ruhestand, der zudem häufig noch verzögert eintritt. Der Saldo zwischen Zu- und Abgängen wird größer, der Wunsch nach Teilzeitarbeit insbesondere bei den angestellten Hausärzten kommt hinzu. Auch die Lebensplanung der nachfolgenden Generation (Familie, Kinder) führt dazu, dass das hausärztliche Arbeitsvolumen insgesamt nicht den Bedarf ausfüllt.

Um heute eine Hausarztstelle nach zu besetzen, braucht man im Durchschnitt zwei Hausärztinnen bzw. Hausärzte. Es muss hier schleunigst gegenreguliert werden. Wird hier einfach untätig zugesehen, droht uns ein Desaster wie beim fehlenden Krankenhauspflegepersonal. Sollen wir dann auch nach Mexiko oder sonst wohin fahren, um Hausärzte zu „importieren“? Nur, dass es im Gegensatz zu Pflegekräften dort auch kaum Hausärzte gibt, mal abgesehen von der Frage, ob es ethisch gerechtfertigt ist, medizinisches Personal aus armen Ländern abzuwerben.

Die Landarztquote ist ja schon öfter Gegenstand unserer Diskussion gewesen. Eigentlich beherrschte die Meinungsbildung eine gewisse Skepsis bis hin zur Ablehnung. Nach wie vor führt das Programm, auch bei gutem Erfolg, erst in mehr als 10 Jahren zu Ergebnissen. Als erster hat diese Quote Karl Joseph Laumann als NRW-Gesundheitsminister eingeführt und eine große Bewerberresonanz erhalten. Ich habe ihm zu diesem Erfolg gratuliert, insbesondere zu der neuen Eignungsprüfung mit Interviews durch gestandene Hausärztinnen und Hausärzte aus gute Landarztpraxen. Selbst, wenn sich nicht alle der Kandidaten nachher in einer hausärztlichen Praxis auf dem Land niederlassen werden, ist es ein Zeichen, dass Hausärzte gebraucht und gewollt werden. Das positive Signal aus den Gesundheitsministerien der Länder wie zuletzt Mecklenburg-Vorpommern sollten wir aufnehmen, es ist auch ein Hinweis, dass in den Ministerien die Bedeutung des Hausarztes als wichtigster Versorger vor Ort erkannt und anerkannt wird! Dies sollten wir auch als positives Signal gegenüber denjenigen sehen, die glauben, uns durch einen Barfußarzt oder einen Hausarzt light namens Physician Assistant – oder besser Arztgehilfe – ersetzen zu können! Den in diesem Kontext diskutierten Quereintrittsszenarien von Klinikoberärzten können wir nicht so viel abgewinnen, sie werden allerdings auch ein Randphänomen bleiben.

Unser wichtigstes Angebot zur Förderung der hausärztlichen Versorgung ist die HZV, ein freiwilliges Primärarztsystem. Damit haben wir Hausärzte über unsere Verbände endlich eine Handlungsebene, in der wir unbeeinflusst von fachärztlichen Interessen unsere spezifischen Kompetenzen in direkte

Verhandlungen mit den Krankenkassen einbringen und die Vergütung dafür aushandeln können. Auf diese wichtigste Errungenschaft und auf die erfolgreiche Verteidigung dieser HZV können wir mit Recht stolz sein. Um es hier noch einmal ganz klar zu sagen: Entscheidend ist, dass diese Verträge nur die Hausärzte selbst und eigenständig mit den Krankenkassen verhandeln und abschließen. Allen Versuchen, ob über ein KBV-Wahltarifmodell oder wie auch immer, diese HZV in die kollektivvertragliche Versorgung mit ihren fachärztlichen Mehrheiten zu überführen, erteilen wir eine klare Absage! Alle Erfolge, angefangen von der Versorgungsqualität, der Fortbildungskultur bis hin zu einer angemessenen, transparenten und verlässlichen Vergütung in eigener Tarifhoheit, würden in den Mühlen der Facharztmehrheiten im KV-System zermahlen werden. Da muss man sich nur mal den von der KBV vorgeschlagenen sogenannten Primärärztlichen Steuerungstarif genauer ansehen. Kein Wort von Hausärzten, wer da die Grundversorgenden Fachärzte zwischen den Zeilen erkennt, wird so falsch nicht liegen.

Es bleibt ganz klar dabei, die Hausarztzentrierte Versorgung kann nur von und mit uns Hausärztinnen und Hausärzten organisiert werden und von niemand anderem!

Mit gut 16.000 Hausärztinnen und Hausärzten betreuen wir jetzt über 5,2 Millionen in die HZV eingeschriebene Versicherte. Dazu kommen die nicht über uns abrechnenden add-on-Verträge mit noch einmal ca. 1,9 Millionen Versicherten. Mittlerweile ist die HZV nicht nur in Süddeutschland, Baden-Württemberg und Bayern ein bedeutender Versorgungsfaktor. Sie breitet sich auch über Hessen, NRW aber auch Hamburg nach Norden aus. Leider leben nicht nur im Osten – mit Ausnahme von Sachsen –, sondern auch im Westen und Norden noch viele Versicherte, denen kein Angebot für eine HZV gemacht wird. Daran werden wir weiter intensiv arbeiten.

Nicht zu vergessen ist, dass sich auch im Kollektivvertrag die hausärztlichen Honorare in den letzten Jahren deutlich verbessert haben. Ohne den Wettbewerb mit der HZV, wo allerdings erheblich höhere Fallwerte realisiert werden, wäre das so sicher nicht passiert. Deshalb muss unser Augenmerk weiterhin auf der HZV und ihrer flächendeckenden Umsetzung liegen. Auch wenn im Kollektivvertragssystem Erfolge verzeichnet werden konnten, ist es ein großer Unterschied zu unseren Verträgen, dass dort die bürokratischen Belastungen von Quartal zu Quartal zunehmen.

Sehen wir uns beispielsweise die Entstehung des neuen DMP Depression an. Die Betrachtung und Bewertung des Inhalts will ich mal außen vorlassen. Im GBA wollten der GKV-Spitzenverband und die DKG zunächst die Einschreibung und Koordination bei den Psychiatern ansiedeln. Daraus ist – nicht zuletzt durch unser Einschreiten – in diesem Fall nichts geworden und die primärärztliche Funktion des Hausarztes wurde noch einmal hervorgehoben. Die Begründung lässt erkennen, dass unsere Argumente Früchte getragen haben. Zitat: „Die ärztliche Betreuung und Koordination diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen des Versicherten wird im Gesundheitswesen in der Regel durch den Hausarzt durchgeführt.“ Man mag einwenden, dass damit noch nichts gewonnen ist, es schadet aber nicht, solche Passagen wiederholt zu platzieren. Das kann gar nicht oft genug gesagt werden!

Jetzt aber der Pferdefuß: Die gemeinsame Selbstverwaltung hat wieder neue Fortbildungsverpflichtungen an dieses DMP geknüpft. Das ist ein absolutes Unding!

Mal abgesehen davon, dass die Zeit gar nicht reicht, die jährlichen Fortbildungsverpflichtungen für die DMP zu erfüllen und dass völlig erratisch von KV zu KV unterschiedliche Anforderungen gestellt werden, ist es eine absolute Geringschätzung unserer strukturierten mindestens fünfjährigen Weiterbildung und unserer Versorgungsqualität. Das können wir uns nicht gefallen lassen!

Unsere Fortbildungen organisieren wir über unser IHF selber, und zwar so, dass sie im hausärztlichen Versorgungsalltag nützen! Diese Fortbildungen sind hoch anerkannt! Wir brauchen keine, am grünen Tisch von irgendwelchen Selbstverwaltern entworfenen Konzepte, die uns nur die Zeit für gute Fortbildungen oder die Patientenversorgung stehlen!

Die politischen Herausforderungen für unseren Verband sind nicht gerade weniger geworden. Im Vergleich der ersten Halbzeit dieser Legislaturperiode mit der vorangegangenen wird der Unterschied überdeutlich. War es in der 18. Legislaturperiode eine Überraschung, dass Hermann Gröhe Gesundheitsminister wurde, war es jetzt weniger überraschend, dass das Ministerium an Jens Spahn ging, wenn es der CDU zufallen würde. In der Ära Gröhe wurde der Koalitionsvertrag relativ konsequent abgearbeitet. Wir konnten durch gute Überzeugungsarbeit und gemeinsames Wirken vor allem mit dem bayerischen Hausärzteverband erreichen, dass die Vergütungsbeschränkung für die HZV durch den Absatz 5a im § 73b gestrichen wurde. Dies wiederum hat die Verbreitung der HZV

weiter gestärkt. Unser Wunsch nach fachgleichen Versorgungszentren fand sich ebenso in der Gesetzgebung wieder wie die Stimmgewichtung zur Herstellung der Parität zwischen Fach- und Hausärzten in der KBV-VV. Die Zahl der Weiterbildungsstellen wurde von 5.000 auf 7.500 ebenso erhöht wie die Vergütung für den ambulanten Abschnitt der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin auf 4.800 Euro monatlich ab 01.07.2016.

Nicht zu vergessen, dass wir als Spitzenverband für die Hausarztzentrierte Versorgung als einziger ärztlicher Berufsverband einen gesetzlich verbrieften Sitz im Beirat der gematik haben (§ 291b Abs. 2a Satz 7 SGB V) und damit in der Systematik des SGB V insgesamt als Spitzenorganisation auf Bundesebene anerkannt sind. In dem Sinne haben wir diese Errungenschaft auch in unserer Satzung verankert.

Dass schließlich durch das Verbot der sogenannten Betreuungsstrukturverträge im Heil- und Hilfsmittelgesetz dem Prinzip Geld gegen Diagnosen ein deutliches Ende gesetzt wurde, haben wir ausdrücklich begrüßt. Damit war die leidige Diskussion um Manipulationsversuche zu Diagnosekodierungen einiger Krankenkassen aber keineswegs vom Tisch. Auch wenn die HZV – entgegen manch gezielter Fehlinformationen von einigen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen – in keiner Weise infrage gestellt ist, beschäftigt uns das eigentlich beendete Phänomen noch immer. Ausgangspunkt ist der Streit der Krankenkassen untereinander um Zuwendungen aus dem Risikostrukturausgleich. Der Vorstand der TK hatte, weil vermeintlich dabei zu kurz gekommen, die Flucht nach vorn angetreten und alle Kassen und sich selbst der Manipulationsversuche bezichtigt. Damit geriet das BVA unter Druck und hat mit seinen Reaktionen (Rundbriefe und Forderungen in Richtung Gesetzgeber) eher das Kind mit dem Bade ausgeschüttet, indem es die Diagnosen und die Abrechnung komplett voneinander trennen will. Das kann aber gar nicht funktionieren. Die Diagnosen werden – und so ist es im SGB V geregelt – zur Abrechnungsbegründung, zur Prüfung von Wirtschaftlichkeit und Plausibilität und nicht zuletzt zur Qualitätssicherung herangezogen. Bislang gibt es für das sogenannte Upcoding bzw. Manipulationen bei der Vergabe von Diagnosen nur Gerüchte, und es ist noch kein Beweis dafür vorgelegt worden, dass Hausärzte ihre Patienten mit unzutreffenden Diagnosen belegt hätten. Wir hatten solche Nachweise mehrfach angefordert. Sie konnten bis heute nicht erbracht werden.

Aus diesem Dilemma herauszukommen ist aber nicht so einfach. Uns gelingt es nur mühsam, mit viel Diplomatie und konstruktiven Kompromissvorschlägen zu den besonders im Fokus des BVA stehenden sogenannten Chronikerpauschalen, die HZV-Verträge anzupassen, ohne ihre Substanz zu beschädigen.

Hier ist es vor allem der intensiven Arbeit der verhandelnden Kolleginnen und Kollegen aus den Landesverbänden und dem Team um Martina Simon zu verdanken, dass in der schwierigen und zum Teil verfahrenen Situation, Fortschritte zu sehen sind. Das ist kein dünnes Brett, das wir da bohren müssen, und erfordert mitunter die Einschaltung höherer Entscheidungsebenen.

Auch der vielfach besprochene Masterplan 2020 für das Medizinstudium fällt in die Ära Gröhe und harrt nach wie vor seiner konkreten Umsetzung an den Universitäten, hat aber sicher zu dem zu beobachtenden positiven Trend in Richtung Allgemeinmedizin beigetragen.

Nachdem in der 19. Legislatur Jens Spahn das Ruder übernahm, erhöhte sich die Schlagzahl der Gesetzesinitiativen dramatisch: allein 21 Gesetzesvorlagen bis zur Halbzeit. Das war weit mehr als das Abarbeiten des Koalitionsvertrages! Vielmehr ging und geht vieles darüber hinaus. Ein mit 191 Seiten äußerst umfangreiches Gesetz war das TSVG. Dazu kamen über 100 Änderungsanträge. Von Mitte 2018 bis zum März 2019 haben wir uns damit intensiv beschäftigen dürfen und jetzt kämpfen wir mit den teilweise unausgegorenen Neuregelungen.

Die Ergebnisse aus diesem Gesetz, das von Anfang an die hausärztliche Versorgung nicht wirklich im Fokus hatte, sind teils ordentlich, teils durchwachsen.

Das Honorar für die Vermittlung von Facharztterminen durch Hausärzte konnte von vorgesehenen zwei Euro auf 10 Euro angehoben werden. Ob das den damit verbundenen bürokratischen Aufwand abdeckt, steht auf einem anderen Blatt! Ebenso wie das Ganze in der Praxis wirkt.

Ferner konnten wir erreichen, keine zusätzlichen offenen Sprechstunden anbieten zu müssen, weil wir deutlich gemacht hatten, dass diese in den hausärztlichen Terminplänen ohnehin als Pufferzeiten enthalten sind. Dies als Argument zu nehmen, diese Pufferzeiten nicht wie die fachärztlichen „offenen“ Sprechstunden in die extrabudgetäre Honorierung aufzunehmen, ist nicht nachvollziehbar. Dass das angeblich einem Verzicht des Hausärzterverbandes geschuldet sei, wie manche SpiFa-Vertreter behaupten, ist eine glatte Lüge!

Die Strategie, während der Bereinigungsphase zurückhaltend zu sein, um hernach die extrabudgetären Bäume in den Himmel wachsen zu lassen, nährt die Hoffnung auf den ganz großen Honorarzuwachs. Die Frage ist nur, ob das so aufgeht. Die Erfahrungen aus den letzten Gesetzgebungsrunden haben uns etwas Anderes gelehrt und am Ende gleichen die Zuwächse noch nicht einmal die inflationsbedingten Kostensteigerungen aus. So ist eben die Politik: Vieles wird als großartige Verbesserung verkauft, doch in der Realität kommt davon bei den Betroffenen nichts an. Oder vielleicht doch? Ein Zuwachs an Bürokratie und Verpflichtungen! Wo bleibt da noch der freie Beruf des Arztes?

Immerhin gibt es auch Lichtblicke: So gibt es in dem Gesetz den Einstieg in eine von uns schon lange geforderte Bonus-Regelung für HZV-Versicherte. Die Ausgestaltung dieser Regelung ist allerdings noch nicht dazu geeignet, Krankenkassen – mit Ausnahme der AOK Baden-Württemberg oder der BKK Bosch – dazu zu bewegen, die Versicherten auch an diesen Vorteilen teilhaben zu lassen. Hier haben wir noch eine weite Wegstrecke der Überzeugung und Verhandlung vor uns.

Ganz wichtig und ein schöner Erfolg ist allerdings die jetzt gesetzlich verankerte Fortgeltungsklausel, die für die HZV-Verträge einen vertragslosen Zustand künftig ausschließt. Damit ist die HZV dem Kollektivvertrag gleichgestellt und es wird damit anerkannt, dass die HZV-Versorgung als freiwilliges Primärarztsystem fortgeltender Bestandteil der hausärztlichen Versorgung ist. Dies ist übrigens auch ein fundamentaler Unterschied zu den Selektivverträgen nach § 140a, die fristgerecht gekündigt werden können und dann auch nicht weitergelten.

Ganz besonders wichtig war uns, dass der vorgesehene Änderungsantrag 6 nicht in das TSVG aufgenommen wurde. Gegenstand dieses Änderungsantrages war eine unnötige Verschärfung der mit dem HHVG eingeführten und ausreichenden Regelungen zur Vermeidung der kassenseitigen Beeinflussungen der Vertragsärzte bei der Vergabe von Diagnosen, die eine weit über das Ziel hinauschießende Entkoppelung von Diagnosen und Vergütung zum Kern hatte. Leider ist dieser Passus im FKG

(Faire-Kassenwahl-Gesetz) wiederaufgetaucht. Dieses Gesetz sollte sechs Monate nach dem Referentenentwurf wohl gestern in der Kabinettsitzung beraten werden und wir wissen, dass ein Gesetz gemäß der Struck'schen Regel immer anders den Bundestag verlässt, als es hineinkam.

Dennoch werden wir weiterhin gemeinsam alles daransetzen, diesen Passus nicht Realität werden zu lassen. Eine entsprechend gut begründete Stellungnahme haben wir schon abgegeben. Das FKG enthält des Weiteren einen Passus, wohl auf Wunsch von Krankenkassen, in dem dieselben hausärztlichen Diagnosen im Verhältnis zu gebietsärztlichen bei den Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich der Kassen geringer bewertet werden sollen. Das können wir auf keinen Fall akzeptieren und empfinden das als eine Herabwürdigung unserer hausärztlichen Kompetenz und Arbeit!

Die schleichende Zentralisierungstendenz der jüngsten Gesetzesinitiativen sehen wir auch in dem Ansatz, die AOKen bundesweit zu öffnen und damit der Aufsicht des BVA zu unterstellen. Freundlich formuliert findet das bei den Ländervertretern nicht unbedingt Beifall; wir sehen darin auch Einschränkungen auf regionale Projekte und damit auch den Wettbewerb um eine gute hausärztliche Versorgung. Schließlich stellt sich auch die Frage, ob das BVA diese Aufgaben in seiner aktuellen Struktur bewältigen kann. Schon jetzt sehen wir zunehmende Probleme, den RSA einerseits, die Aufsicht über bundesweite Kassenverträge und die Kompetenzen im Bereich der Rente und Pflegeversicherung andererseits unter einen Hut zu bekommen. Wir haben dies in unseren Stellungnahmen gegenüber dem BMG deutlich gemacht: Die Vertragsaufsicht muss zukünftig und weiterhin bei den Ländern liegen und das möglichst für alle Kassen! Der RSA bleibt beim BVA, jedenfalls so lange es den RSA noch gibt. Nicht wenige Gesundheitspolitiker und Fachleute haben diese Idee aufgegriffen und sich zu Eigen gemacht.

Das ebenfalls noch im parlamentarischen Verfahren befindliche Gesetz zur Stärkung der vor-Ort-Apotheke beinhaltet das Recht der Apotheker, Impfungen durchzuführen. Dazu haben wir uns in der Politik aber auch gegenüber der Öffentlichkeit klar positioniert. Das ist eine Überschreitung der Heilberufsgrenzen, die absolut nicht hinnehmbar ist. Hier werden wir weiterhin intervenieren, auf Bundesebene, aber auch in den Ländern!

Auch den Apothekerverbänden ist klar, dass wir das nicht akzeptieren können. Die ABDA wird die Impfung durch Apotheker nicht propagieren. Sie sehen das auch als einen Versuch, ihnen den Wunsch nach dem Verbot des Versandhandels mit rezeptpflichtigen Medikamenten abzukaufen. Wir werden darauf ein Auge haben, das ist sicher.

Das Digitale-Versorgungsgesetz (DVG) liegt seit dem 10. Juli als Kabinettsentwurf vor, dessen Regelungsumfang das gesamte Gesundheitswesen umfasst. So erhalten Versicherte auf Rezept digitale Gesundheitsanwendungen, also Apps, für deren Zulassung das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zuständig sein soll. Diese Apps sollen dann von Ärzten verschrieben werden können. Daneben – und das ist wirklich nicht zielführend – können sich die Patienten diese Apps auf dem sogenannten Erstattungsweg besorgen, wenn ihre Kasse hierfür die Kosten übernimmt; Hausärztinnen und Hausärzte sind hier nicht eingebunden und informiert und die Patienten werden am Ende wahllos durch das System geschickt – jeder kennt die Apps, die am Ende ihrer Diagnose die Empfehlung aussprechen: „Suchen Sie in den nächsten zwei Stunden ein Krankenhaus oder einen Arzt auf!“ Und los geht die Reise. Mit Patientensteuerung hat das dann wohl nichts mehr zu tun. Man kann sich ansonsten auch vorstellen, was in der Branche jetzt los ist, jedenfalls nehmen die Terminwünsche bei uns stark zu. Krankenhäuser und Apotheken sollen an die Telematik-Infrastruktur (TI) angebunden werden, telemedizinische Leistungen sollen erweitert werden und unter der Überschrift der Vereinfachung digitaler Verwaltungsprozesse sollen der elektronische Arztbrief und die elektronische Verschreibung von Heil- und Hilfsmitteln ermöglicht werden. Zur Finanzierung sollen die Kassen 2 % ihrer Finanzreserven zur Förderung digitaler Innovationen einsetzen. Letzteres trägt natürlich noch einmal zur Goldgräberstimmung unter den Anbietern elektronischer Anwendungen bei.

Die für 2021 vorgesehene Regelung, nach der die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) nur noch elektronisch übermittelt werden soll, wurde von einer Absichtserklärung einiger flankiert, die die Übermittlung der Daten an den jeweiligen Arbeitgeber durch uns Ärzte vorsieht. Das lehnen wir ab und fordern, dass diese Datenübermittlung durch die Krankenkassen zu erfolgen hat. So sieht es auch das BMWi im Gesetzentwurf zum 3. Bürokratieentlastungsgesetz: Die elektronische Übermittlung einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung an den Arbeitgeber durch Ärzte ist nicht Bestandteil dieser Regelungen. Dennoch ersetzt die elektronische Meldung an den Arbeitgeber nicht die Verpflichtung des Hausarztes die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auch in Papierform herauszugeben. Begründet wird dies damit, dass das elektronische Übermitteln ja einmal nicht funktionieren könnte. Also Gürtel und

Hosenträger. Das ist kein Weniger, sondern ein Mehr an bürokratischem Aufwand – also entweder oder!

Um frühzeitig solche und andere Stolpersteine bei der auf uns zurollenden Digitalisierungswelle zu erkennen, beschäftigen wir uns damit unter anderem im Rahmen des Vernetzungsprojektes der AOK-Baden-Württemberg gemeinsam mit MEDI als Partner. Dort gibt es beispielsweise schon die eAU und den elektronischen Arztbrief, womit die Kolleginnen und Kollegen dort offensichtlich nicht unzufrieden sind. Geklagt wird eher über die zu wenigen Partner im fachärztlichen und stationären Versorgungsbereich, die ihre Befunde elektronisch übermitteln können. Für das kommende elektronische Rezept prüfen wir die Machbarkeit, aber auch die möglichen Herausforderungen in einem kleinen Pilotprojekt in Westfalen-Lippe. Bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen sollten wir uns soweit einbringen, dass uns unangenehme Überraschungen möglichst erspart bleiben und wir dafür sorgen können, dass der Workflow in der Praxis nicht beeinträchtigt wird.

Ich denke, es wäre vernünftig, zu dem Thema Digitalisierung einen Arbeitskreis einzurichten, denn wir haben etliche Kolleginnen und Kollegen, die so tief im Thema sind, dass wir auf diesem Feld schneller und effektiver unterwegs sein können.

Ein weiteres Aufregerprojekt aus der Spahn'schen Gesetzesinitiativwelle ist die in einem Arbeitsentwurf geplante Neuordnung der Notfallversorgung. Der Rettungsdienst soll komplett aus der Hoheit der Länder in die Krankenversorgung, also das SGB V überführt werden. Es wird ein Vorschlag des Sachverständigenrates zur Einrichtung gemeinsamer Notdienstleitstellen zur Triage aufgenommen werden. Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen sollen dann integrierte Notfallzentren (INZ) nach dem „Ein-Tresen-Prinzip“ einrichten und an noch zu bestimmenden Krankenhäusern betreiben. Diese Anlaufstellen sollen die bisherigen Notaufnahmen und den ärztlichen Bereitschaftsdienst zusammenführen. Wir erleben hier wieder die „hohe Anerkennung“ der hausärztlichen Kompetenz, als zur Besetzung dieser INZ 24/7 Hausärztinnen und Hausärzte vorgesehen sind. Ja, wo sollen die denn herkommen? Und sollen diese Hausärzte dann etwa noch auf „Weisung“ der INZ tätig werden und z. B. Hausbesuche fahren? Das lehnen wir ab! Die Decke für die tagtägliche Versorgung unserer Patienten ist doch schon zu kurz! Es ist auch fraglich, ob mit den geplanten Maßnahmen der weltweit zu beobachtende Andrang in den Notfallambulanzen damit reduziert werden

kann, oder im Gegenteil, die Zahl der Fälle – zumindest in den Städten – nicht sogar steigen könnte. Es hilft nichts, wir werden auch hier eng am Ball bleiben müssen.

Alles in allem haben wir es also mit einer ganzen Reihe von Gesetzgebungsverfahren zu tun. Nach den uns bekannten Zeitplänen wird bereits ab Anfang nächsten Monats eine Menge Arbeit auf uns zukommen. Wir werden etliche Stellungnahmen abgeben müssen – und zwar schriftlich – und auch im Rahmen von mündlichen Anhörungen im BMG oder vor dem Ausschuss für Gesundheit (AfG). Da gilt es wachsam zu sein, die Knackpunkte schnell zu erkennen und im Interesse der Hausärztinnen und Hausärzte einzuschätzen sowie „neben dem Spielfeld die richtigen, besser gesagt, die entscheidenden Pässe zu spielen.“ Wer hier überzieht, hat schnell verloren. Ganz wichtig ist hierbei die Begleitung und Unterstützung unserer Arbeit durch unsere Landesverbände. Hervorragend klappt das beispielsweise mit unseren Freunden und Kollegen aus dem bayerischen Hausärzterverband. Hier kommt viel Input. Dafür gebührt der Dank Dieter Geis, Markus Beier und den bayerischen Kolleginnen und Kollegen.

Im Vorfeld des diesjährigen Ärztetages in Münster haben wir über die neue Muster-Weiterbildungsordnung gesprochen und uns auf der Frühjahrstagung sowie im Arbeitskreis Ärztekammern dazu abgestimmt. Nachdem die MWBO bereits verabschiedet war, kam es immer wieder zu Diskussionen um die ambulante Weiterbildungszeit in der Allgemeinmedizin. Dabei wurde von den Ärztetagsdelegierten einstimmig beschlossen, dass diese in der hausärztlichen Versorgung bei einem befugten Facharzt für Allgemeinmedizin stattfinden muss. Auch mehrfache Versuche aus dem BDI, diese Bestimmung zu torpedieren und aufzuweichen, konnten auf den letzten beiden Ärztetagen erfolgreich abgewehrt werden. Und was erleben wir jetzt? Auf dem Umweg über die Befugniserteilung wird diese Bestimmung aus der MWBO entwertet und in ihr Gegenteil verkehrt. In der Ärztekammer Bremen ist die Weiterbildungsordnung sogar so verändert worden, dass die Facharztanerkennung Allgemeinmedizin erworben werden kann, ohne je einen einzigen Tag Weiterbildung in diesem Fach absolviert zu haben.

Das ist ein einmaliger, in keinem anderen Fach auch nur denkbarer Vorgang zulasten der Allgemeinmedizin, die in ihrer Eigenständigkeit von Landesärztekammern nach wie vor nicht anerkannt wird.

Eine solche Verdrehung der vom Deutschen Ärztetag explizit mehrfach bestätigten Beschlüsse, lässt doch die Frage aufkommen, wofür dieses Gremium sich überhaupt mit der allgemeinmedizinischen Weiterbildung beschäftigen muss. Und die weitere Frage, ob den Landesärztekammern die Kompetenz in der Weiterbildung für Allgemeinmedizin noch zugestanden werden kann? Irgendwie habe ich da ein Déjà-vu und muss an Rostock 2002 denken.

Auch wenn es ein schöner und vom Marburger Bund nicht erwarteter Erfolg war, einmal einen Hausarzt an die Spitze der Bundesärztekammer zu wählen, wird die Freude darüber durch das Weiterbildungstheater doch getrübt.

Nicht, dass ich missverstanden werde. Die internistischen Kolleginnen und Kollegen, die mit uns gemeinsam tagaus tagein an der hausärztlichen Versorgung sichern, will ich hier in keiner Weise abwerten. Viele von Ihnen bieten schon bisher eine gute Weiterbildung im ambulanten hausärztlichen Bereich. Aber, liebe Kolleginnen und Kollegen, es muss mindestens ein Weiterbildungsabschnitt in der Allgemeinmedizin stattfinden! Andererseits wäre es sicher kein Fehler, wenn auch für Internisten, insbesondere, wenn sie die hausärztliche Versorgung wählen wollen, ein Abschnitt in der Allgemeinmedizin auf die internistische Weiterbildung anrechenbar wäre.

Es gibt auch Vieles, auf das wir stolz sein können. So ist es uns gelungen, den Trend in der Mitgliedergewinnung wieder ins Positive zu drehen. Das ist keineswegs trivial, wenn man sich ansieht, dass Mitgliedschaften in Organisationen tendenziell eher zurückgehen. Das erleben die Kirchen wie die Gewerkschaften und die Parteien. Mein Traumziel ist und bleibt, dass eigentlich jede Hausärztin und jeder Hausarzt auf die Frage der Mitgliedschaft mit „klar, selbstverständlich“ antwortet, auch wenn ich weiß, dass das nicht realistisch ist. Wir haben uns ja entschlossen, das Thema Marketing zu stärken und haben dafür neben Christian Schmuck, Jenny Rook gewinnen können. Wir werden nach einer Befragung unserer Kolleginnen und Kollegen die Vorteile der Mitgliedschaft deutlicher kommunizieren können und hoffen, dass auch die Vereinheitlichung von Mitgliedsanträgen einen kleinen Beitrag dazu leisten kann. Voraussetzung ist allerdings, dass der Landesverband die Mitgliedsbeiträge selbst einzieht und nicht wie früher üblich über die KV verwalten lässt. Das Konkurrenzunternehmen muss über die Verbandsmitgliedschaft ja nicht unbedingt hautnah informiert sein.

Insgesamt steht der Bundesverband mit seinen 17 Landesverbänden gut da.

Wir haben mit der letzten Satzungsänderung auf die sich verändernden Realitäten in der Versorgung reagiert und – soweit ich das richtig sehe – als erster der ärztlichen Berufsverbände die Parität von Frauen und Männern in unsere Statuten aufgenommen. Mehr Frauen in der hausärztlichen Versorgung: das muss sich auch in unserem Verband widerspiegeln! Wir haben auch die innere Organisation angepasst und modernisiert. Dabei mussten wir die Verhältnisse zwischen den Organisationseinheiten, Verband, HÄVG, WG, IHF neu ordnen. Wir haben hierzu die notwendigen Vereinbarungen geschlossen, die rechtlich in jeder Hinsicht belastbar sind und dabei auch sogenannten Drittvergleichen standhalten. Wir sind insgesamt stark gewachsen und da müssen alte Strukturen hinterfragt werden, die aus der Zeit stammen, als wir noch 12 Mitarbeiter statt jetzt nahezu 400 hatten. Ein Großteil des Zuwachses ist der zunehmenden Flächendeckung der HZV geschuldet. In Zeiten der Not, ich erinnere an die Kündigung der AOK Bayerns, hatten wir zur Sicherung der HÄVG alle Ressourcen mobilisiert und unter anderem auch die WG auf die HÄVG übertragen. Dies haben wir jetzt zurückgeführt und damit den Verband finanziell noch einmal gestärkt. Insgesamt haben wir mit der Neustrukturierung wirtschaftlich, arbeitsrechtlich und datenschutzrechtlich belastbare Strukturen geschaffen.

Das Berliner Büro ist weiter gestärkt, was in Anbetracht der geschilderten politischen Herausforderungen auch notwendig ist. Wir teilen uns mit der ebenfalls dort weiter gestärkten Präsenz der HÄVG und des Kundenservice die beiden Flügel der oberen Etage. Die ja von den Neujahrsempfängen bekannte und dabei regelmäßig überfüllte zweite Etage haben wir in diesem Zuge aufgegeben.

Was sind unsere Hauptaufgaben in der nächsten Legislaturperiode?

- Wir müssen die Verbreitung der HZV in den Bundesländern vorantreiben, in denen es noch eine große Anzahl nicht in die HZV eingeschriebene Versicherte gibt, ohne die weitere Stärkung in unseren Kernländern außer Acht zu lassen. Das ist die zentrale Hauptaufgabe zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung unserer Patienten und unserer Praxen.
- Wir werden sämtliche Versuche abwehren müssen, die HZV aus der Tarifhoheit der Hausärzte in das Kollektivvertragssystem zu überführen.
- Wir wollen die Mitgliedschaften in unseren Landesverbänden weiter fördern und den positiven Trend verstärken.

- Wir werden uns mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen intensiv befassen und sie mit eigenen Ideen für die hausärztliche Versorgung nutzbar machen.
- Wir werden Lösungen für die verschiedenen Möglichkeiten der gemeinschaftlichen Praxisführung entwickeln und diese unseren Mitgliedern aufzeigen, ohne die immer noch berechnigte Einzelpraxis dabei aus dem Auge zu verlieren.

Bevor ich schließe, möchte ich mich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Köln und Berlin, sowie dem gesamten Team um Dagmar Esser ganz herzlich bedanken, das auch diesen Deutschen Hausärztetag in Berlin wieder so hervorragend organisiert hat. Vielen Dank!