

Sperrfrist: 26.09.2012, 14 Uhr

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 26./27. September 2012 in Berlin**

Ulrich Weigeldt  
Bundesvorsitzender  
des Deutschen Hausärzteverbandes

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

wir leben in unruhigen Zeiten und es ist nicht die gemütlichste Position, in der sich der Deutsche Hausärzteverband befindet. Allerdings spiegelt das auch die Situation in den hausärztlichen Praxen wider. Von Gemütlichkeit kann man angesichts der steigenden Arbeitslast, Bürokratieüberladung und Honorarmisere zumindest im großen noch kollektivvertraglich geregelten Bereich wahrlich nicht sprechen.

Wenn ich allerdings durch die Protokolle der Hausärztetage der letzten 10, 15 Jahre blättere, war es nie so sehr anders. Wir haben uns immer nur in harten Auseinandersetzungen mit den etablierten ärztlichen Körperschaften behaupten können. Dabei haben wir uns immer dem Vorwurf mangelnder „Solidarität“ ausgesetzt gesehen. Ich will an dieser Stelle nicht philosophieren, aber Solidarität hat etwas mit Gegenseitigkeit zu tun und kann keine Einbahnstraße sein!

Wir haben uns mit diesen Vorwürfen auseinandersetzen müssen, als wir unter Gesundheitsminister Seehofer die hausärztliche Grundvergütung von insgesamt 600 Millionen DM erstritten hatten, als wir unter Gesundheitsministerin Fischer die Honorartrennung und die Einrichtung hausärztlicher Fachausschüsse durchgesetzt hatten. Welche innerärztlichen Widerstände mussten wir aushalten, als wir die Grundlage unserer Existenzsicherung, den § 73b im SGB V, erkämpft haben. Erfuhren wir Solidarität der Körperschaften oder der anderen Verbände als es darum ging, die Verschlechterung durch das GKV-FinG zu verhindern, als es darum ging in den Schiedsverfahren möglichst gute Ergebnisse für die hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen zu erreichen?

Lassen Sie mich ein neues Beispiel von den Leuten skizzieren, die von uns Solidarität einfordern: Im Blättchen der KV Berlin wird über acht Seiten der mit Hausärzteverband, AOK und IKK einvernehmlich geschlossene Vertrag diskreditiert und unser Landesverband in unerträglicher Arroganz niedergemacht. Mal ganz nebenbei, dieser Vertrag toppt die Ergebnisse des Kollektivvertrages allemal, aber was geht die interne Diskussion eines Landesverbandes die KV an? Wieso kann sie dafür Verwaltungsgelder missbrauchen? Mit allen Mitteln versuchen große Teile dieses Körperschaftssystems die erfolgreiche Strategie des Hausärzteverbandes scheitern zu lassen.

Kern unserer erfolgreichen Strategie ist die Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen. Häufig wurden wir dafür beschimpft und nun hören wir vom KBV-Chef Köhler: „Wir werden durch den Sicherstellungsauftrag gefesselt und erpresst.“

Ich kann ihm nur zurufen, dass diese späte Erkenntnis im Hausärzteverband schon lange angekommen ist. In vielen Delegiertenversammlungen der letzten 10 Jahre haben wir den Sicherstellungsauftrag als Aufgabe der Krankenkassen definiert und im Gegenzug konsequent die Tarifautonomie der Hausärzte eingefordert. Und in der Tat passiert dies ja auch in unseren hausarztzentrierten Versorgungsverträgen.

Liebe Freunde, jetzt wird hoffentlich auch dem Letzten klar, dass **sicheres und angemessenes Honorar nur durch eine konsequente Loslösung vom Sicherstellungsauftrag und damit dem Kollektivvertrag zu erreichen ist.** Nochmal – **nur Vollversorgungsverträge mit Bereinigung schaffen Unabhängigkeit von sachfremden Entscheidungen von Gremien wie dem Erweiterten Bewertungsausschusses.**

Fordert Köhler die Abgabe des Sicherstellungsauftrages, ist ihm die Konsequenz mit Sicherheit bewusst: Es wäre der Verlust des Körperschaftstatus und der damit vom Staat verliehenen Macht. Da er und seine Paladine genau diesen Verlust von persönlichem Machtgefühl fürchten, wie der Teufel das Weihwasser, relativiert er seine Aussage und fordert die extrem mutige Entscheidung von der übermorgen stattfindenden Vertreterversammlung der KBV, ob eine Befragung aller Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten durchgeführt werden soll, „unter welchen Bedingungen der Sicherstellungsauftrag noch akzeptabel ist.“ Deutlicher kann doch gar nicht mehr gemacht werden, dass es nur darum geht, das System zu retten und nicht darum, dauerhaft akzeptable Arbeitsbedingungen und Honorare für die deutsche Ärzteschaft zu erreichen.

Wenn die KBV wirklich substantiell etwas für die Vertragsärzte erreichen will, muss sie konsequenterweise den Sicherstellungsauftrag an die Kassen zurückgeben. Dann müssen diese endlich ihre eigentliche Verantwortung gegenüber ihren Versicherten, unseren Patienten, wahrnehmen.

Zurzeit entsteht eher der Eindruck, dass die deutsche Ärzteschaft für nun geforderte 1,8 % mehr Honorar in die Schlacht getrieben wird und die entscheidenden Reformen auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verschoben werden. Sicher werden die Protestaktionen Wirkung entfalten: Einige Zehntel mehr Honorar und dann werden wir uns wieder in die Praxen zurückziehen und feststellen, dass die eigentlichen Probleme nicht gelöst sind.

Vor allem die Hausärzte werden feststellen, dass ihr Beruf immer noch so belastet wird, von durch KBV und Spitzenverband produzierten bürokratischen Bestrafungen und einer, der zunehmenden Verantwortung in einer älter werdenden Gesellschaft, nicht adäquaten Vergütung.

Aber sollen doch Ärzte und Patienten ruhig leiden, Hauptsache, das KV-System hat sich und seine gefühlte Macht gerettet. Die erzielten Ergebnisse der Ärzteseite in der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind doch nun wirklich jämmerlich – eben nur noch eine gefühlte Macht.

Aber kommen wir nochmal zur Solidarität. Ist es solidarisch, wenn Kritiker aus den eigenen Reihen verlangen, dass die Priorität, die wir hier, die diese Delegiertenversammlung mit mehrfacher Bestätigung der Tarifautonomie der Hausärztinnen und Hausärzte als Ziel zugemessen hat, von uns aufgegeben werden soll? Aufgegeben, weil ein Honorarstreit auf der zentralen Ebene zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband eskaliert und der Spitzenverband der Krankenkassen eine unverschämte und beleidigende Forderung vorlegt, die faktisch einer Honorarabsenkung gleichkommt?

Selbstverständlich, und das haben wir – und ich persönlich – auch immer betont, können wir uns das nicht bieten lassen. Auch wenn in diesem Fall die Protestmaßnahmen nicht die eigentlichen Probleme lösen, müssen solche Unverschämtheiten des Spitzenverbandes der Krankenkassen klar beantwortet werden. Allerdings erwarten wir schon, dass Protestmaßnahmen von den KVen organisiert werden. Während die deutsche Ärzteschaft auf's Schlachtfeld ziehen soll, sicher auf den bequemen Körperschaftsstühlen den Ausgang der Auseinandersetzung zu betrachten, sichert zwar die persönliche Macht und verhindert den Staatskommissar, ist aber nicht mehr akzeptabel. Die KVen müssen sich entscheiden, ob sie die Interessen der Ärzteschaft ohne wenn und aber vertreten oder staatliche Überwachungs- und Durchsetzungsbehörde gegen die Ärzteschaft sein wollen.

Solange sich das KV-System noch nicht klar entschieden hat, sollten wir allerdings das Erreichte nicht auf's Spiel setzen! Da lese ich dann in der Post „Judas“, „Verräter“, um nur die harmloseren Bezeichnungen zu erwähnen. Solange das von MKG-Chirurgen aus Bayern kommt, ist es mir gleichgültig. Wenn mir allerdings führende Hausärzte mangelnde Solidarität vorwerfen, weil ich nicht als erstes auf den Zug aufgeregter Kurzatmigkeit aufspringe und laut „Praxisschließung“ rufe, ist das eher schmerzhaft.

Wir brauchen hier nicht darüber zu diskutieren, dass es verschiedene Eskalationsstufen von Auseinandersetzungen gibt. Wir müssen auch nicht darüber diskutieren, dass man seine Mittel gezielt einsetzen muss, damit sie ihre Wirksamkeit nicht verlieren, wenn es drauf ankommt. Jeder Akteur im deutschen Gesundheitswesen weiß, dass keine Organisation so viel Protesterfahrung hat und auch solidarisch bereit ist, die Interessen der Hausärzte über die Schmerzgrenze hinaus zu vertreten, wie der Deutsche Hausärzteverband. Aber hausärztliche Solidarität bedeutet auch, dass sich über 15.000 Hausärztinnen und Hausärzte, also

gut ein Drittel aller wirklich in der hausärztlichen Versorgung tätigen Kolleginnen und Kollegen, in Verträge nach § 73b SGB V eingeschrieben haben und damit 2,7 Millionen Versicherte versorgen. Sie erhalten dabei ein deutlich besseres, in Euro und Cent ausgezahltes Honorar ohne Fallzahlabstaffelung, um nur die wichtigsten Vorteile zu nennen. Sollen diese Kollegen wirklich auf ihre erkämpften Arbeits- und Honorarbedingungen wegen 1,8 %, 2 %, 3 % mehr KV-Gesamthonorar und dem Machterhalt des KV-Systems verzichten? Gebietet das die eingeforderte Solidarität?

Ganz abgesehen davon, dass wir große Fortschritte im Ausrollen unserer Verträge erreichen und das unter Aufbietung unglaublicher Kräfte unserer sich ehrenamtlich engagierenden Hausärzte und nicht zu vergessen, unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Organisationen unseres Verbandes. Wenn ich das sehe, bin ich mit großem Stolz Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes und glücklich über jede Minute, die ich der Zukunft der hausärztlichen Versorgung widmen kann und in der ich mich nicht mehr mit dem Überlebensinteresse eines überkommenden Systems beschäftigen muss. Wir setzen gemeinsam, mit aller uns zur Verfügung stehenden Kraft, die hausärztliche Tarifautonomie in ganz Deutschland um. Weil wir von der Richtigkeit unseres Anliegens gerade auch im Interesse unserer Patienten überzeugt sind und daran glauben!

Aus dieser Überzeugung muss ich mir die Frage stellen: Soll ich den Krankenkassen, die sich, um es diplomatisch auszudrücken, schwer tun mit der Umsetzung unserer Verträge, einen Grund liefern, wieder auszusteigen?

Wir werden das sicher gleich eingehend diskutieren und auch diskutieren müssen. Bei dieser Gelegenheit vermissen ich im Übrigen Horst Aloysius Massing mit seinen treffenden und auch mahnenden Kommentaren zu den Auseinandersetzungen, bei denen es ja schon immer hieß, wir müssen „mit einer Stimme sprechen“, gerade jetzt sei „die Einheit der Ärzteschaft“ gefordert.

Ich hätte nichts dagegen, mit einer Stimme zu sprechen, aber nicht in der Weise, dass ich über einen PR-Mann aufgefordert werde, zu Praxisschließungen aufzurufen, ehe noch ein Wort mit mir, mit dem Deutschen Hausärzteverband über Ziele und Maßnahmen gesprochen wurde. Man kann nicht erwarten, dass wir unter Aufgabe unserer Ziele und Beschlüsse einer mediengesteuerten Kampagne hinterherlaufen und für andere die Kartoffeln aus dem Feuer holen. Wenn man sich die Maßnahmen dann genauer ansieht, die dort propagiert werden, landet auch die Arbeit des Protestes bei uns. Welcher Facharzt hat denn schon die Formularflut einer hausärztlichen Praxis?

Um es noch einmal zusammenzufassen: Die Wut über die Absicht des GKV-Spitzenverbandes mit dem unerträglichen Angebot, die niedergelassene Ärzteschaft vorzuführen, bezieht sich zwar auf diesen Anlass, hier entlädt sich – und zwar zu Recht – die tagtägliche Frustration über einen sich immer weiter aufblähenden Kassenapparat, der sichtlich bestrebt ist, die Kontrolle über alles und jedes im Gesundheitswesen in die Hand zu bekommen und uns Ärzte zu brüskieren. Die Wertschätzung unserer Arbeit durch diesen Apparat, wobei wir bei den einzelnen Kassen sauber differenzieren sollten, und durch unsere Patienten, kann unterschiedlicher kaum sein.

Auch darauf komme ich noch einmal zurück.

So verständlich diese Wut ist, **wir sollten uns nicht davon in unseren Handlungen leiten lassen und wir müssen auch darauf achten, nicht denen auf den Leim zu gehen, die hier eine Möglichkeit der Profilierung erkennen und im Grunde genommen in der Sache bislang nichts bewegt haben und bewegen werden.**

**Das heißt aber nicht, dass wir uns alles gefallen lassen!** Wir werden unseren Weg konsequent und beharrlich weitergehen und unsere konkreten Handlungen unserem Ziel unterordnen: **Die langfristige Sicherung der Existenz unserer Mitglieder, aber natürlich damit auch derjenigen Hausärztinnen und Hausärzte, die noch keinem Landesverband beigetreten sind.**

Gerade die Führungskräfte, die ja heute hier sitzen, weil sie von den Kollegen als solche gewählt worden sind, sollten sich nicht von emotionaler Aufgeregtheit anstecken lassen. Wir sollten doch Vertrauen in unsere eigenen Beschlüsse haben und das auch vermitteln, auch wenn der Gegenwind mal zunimmt. Natürlich ist es einfacher und weniger konfliktbeladen, kurzfristig den Populismus zu bedienen. Wer zu große Hoffnungen weckt und sie nicht bedienen kann, wird wiederum Frustration erzeugen und zukünftige Kampfbereitschaft riskieren. Es ist sicher notwendig und richtig, bei solchen Anlässen die Frustration zu zeigen und in Aktionen zu artikulieren, **aber dies darf nicht die langfristige Strategie zerstören.**

Es wird jetzt eine Nachbesserung geben, das hat auch der Protest bewirkt; man muss allerdings kein Prophet sein, um ein Ergebnis vorherzusagen, dass letztlich nicht ausreicht, auch nur ansatzweise die grundsätzlichen Probleme dieses morbiden Zwangssystems zu lösen. Es werden noch nicht mal die elementarsten Honoraranforderungen insbesondere in den Armenhäusern der hausärztlichen aber auch der fachärztlichen Versorgung erfüllt werden.

Hier will ich den Kollegen Stüven aus Hamburg herausheben. Sein Interview in tageschau.de sollte auch die nicht so differenzierende Presse endgültig dazu bewegen, des sich dramatisch zuspitzenden Versorgungsproblems – zumindest bei den Hausärzten – zuzuwenden, und nicht den Reflex der Neiddebatte in ungerechtfertigter Weise zu bedienen.

Auch bin ich es mittlerweile leid, in Leitartikeln führender Zeitungen zu lesen, dass Hausärzte zwar unterfinanziert sind, aber es sich dabei nur um ein Verteilungsproblem handelt. In der Öffentlichkeit ist mittlerweile angekommen, dass die **Unterfinanzierung zu gravierenden Versorgungsengpässen führt**. Aber immer noch wird behauptet, dass eigentlich genug Geld im System sei und die KVen dies durch Maßnahmen beheben könnten. Dieses Argument wird mittlerweile seit über 10 Jahren immer von denselben Kommentatoren bemüht, ohne nach der Ursache zu fragen oder vielleicht sogar nach Lösungen zu suchen. Gestern, vorgestern und vorgestern war dieses Argument vielleicht richtig. **Heute ist insgesamt zu wenig Geld in der ambulanten Versorgung, das verschärft den Verteilungskonflikt zwischen den Fachgruppen**. Die Minderheitensituation der Hausärzte sorgt dann dafür, dass diese gerade in Stadtstaaten wie Hamburg aber auch sonst in der Republik doppelt bestraft werden.

**Das korporatistische System der Gemeinsamen Selbstverwaltung hat dafür gesorgt, dass unsere schöne, aber vor allem für die Menschen in Deutschland wichtige hausärztliche Profession so unattraktiv erscheint, dass wir keinen Nachwuchs mehr finden**. Allein in den Regionen mit gut laufenden Hausarztverträgen zeichnet sich eine Trendwende ab! Dies sollte uns nicht nur Mut geben, sondern wir können Stolz sein auf unsere richtige und vorrausschauende Politik der letzten Jahre.

**Die Politik der KBV ist gescheitert!** Das katastrophale Ergebnis der 0,9 % des Erweiterten Bewertungsausschusses ist nur ein schmerzendes Symptom. Solche Ergebnisse sind Folge eines komplett intransparenten vollständig von der Versorgungsrealität losgelösten Systems, mit komplizierten Berechnungen, realitätsfernen Morbiditätsbetrachtungen, die im jetzigen Fall die Tür für den Kassenangriff weit geöffnet haben. **Die Erfahrung aus 20 Jahren Honorarpolitik zeigt, dass dies nicht allein auf fehlerhafte Entscheidungen der handelnden Personen zurückzuführen ist, sondern ein Versagen des hergebrachten Systems darstellt**. Alle Weiterentwicklungen haben lediglich die Komplexität erhöht, nie aber eine gerechte transparente Vergütung der ärztlichen, aber gerade eben der hausärztlichen Leistungen hervorgebracht.

**Die derzeitige Situation ist ein Zeichen des Systemversagens!**

Andererseits zeigt die aufmerksame Beachtung der ersten Evaluationsergebnisse des AOK-Vertrages in Baden-Württemberg, dass es zum Kollektivvertrag mit der Hausarztzentrierten Versorgung eine flächendeckende Alternative gibt, die in jedem Punkt für Patienten und Ärzte schlicht und ergreifend besser ist. Fast alle politischen Gremien und Gruppierungen nehmen diese Alternative zum hergebrachten System mehr als ernst.

Der Vorschlag des Deutschen Hausärzteverbandes, die Forderungen an den GKV-Spitzenverband zu differenzieren und an den Versorgungserfordernissen auszurichten, ist trotz seines Gesamtvolumens, das auch nicht unter dem von der KBV geforderten liegt, bei Krankenkassen und Politik vom Grundsatz positiv aufgenommen worden. Die Globalforderung der KBV gerät ja auch deshalb unter Druck, weil sie weder die regionale Konvergenz noch sachlich nicht nachzuvollziehende Einkommensunterschiede zwischen den Fachgruppen bzw. Versorgungsebenen adressiert.

**5 % plus für Hausärzte, dort wo diese unterdurchschnittlich verdienen, 10 % plus und einen Sicherstellungsfonds für die Finanzierung der landärztlichen Versorgung haben wir gefordert.** Es wäre nicht dumm, eine solche Differenzierung auch für den fachärztlichen Versorgungsbereich zu entwickeln. Das ist allerdings nicht unsere Aufgabe, aber wir könnten eine solche Forderungsstruktur sicher unterstützen.

Unser Vorschlag zeigt, dass wir zwei Wege in einer Strategie verfolgen: Solange das morbide System noch lebt, werden wir die Interessen der Hausärzte, so gut es nur irgendwie geht, gemeinsam mit unseren Hausärzten in der Selbstverwaltung – deren schwierige Position bei dieser Aufgabe mir sehr bewusst ist – vertreten. Mit aller Kraft brauchen die Hausärzte, und ich bin mir sicher, auch die Fachärzte, den freien Vertragsbereich. **Unsere Tarifautonomie muss im SGB V weiter gesetzlich abgesichert werden.**

Wir wollen und brauchen das gesetzliche Fundament. Damit kämpfen wir auf beiden Wegen für langfristig haltbare Lösungen und suchen nicht das kurzfristige Spektakel.

Erlauben Sie mir eine kurze Zwischenbemerkung zum Schutz von Andreas Köhler: Lieber Herr Mihm von der F.A.Z., Sie haben eher Unrecht mit ihrer Vermutung, dass Köhler und die KBV den Systemausstieg wollen. Die Umfrage zum Sicherstellungsauftrag und ein paar Zehntel mehr Honorar riechen doch streng nach Alibi. Ob das der deutschen Ärzteschaft langt oder gar die Versorgung der Menschen in Deutschland dauerhaft garantiert, wage ich allerdings zu bezweifeln.



**Bei der Entwicklung der Verträge kommen wir voran: 37 Vollversorgungsverträge laufen, etwa 15.000 Ärzte haben sich eingeschrieben und versorgen ca. 2,7 Millionen Versicherte.** In Baden-Württemberg gibt es nicht wenige Hausärzte, denen es vollkommen egal ist, ob in Berlin 0,9 % oder 1,8 % herauskommen. Hier wird qualitätsorientiert mit angemessenen Honoraren gearbeitet. Gut für die Ärzte, noch besser für die Patienten und last but not least ebenfalls gut für die Krankenkassen, insbesondere für die AOK Baden-Württemberg.

Leider werden die Hausarztverträge andernorts immer noch durch die im GKV-FinG vorgenommene Änderung des § 73b SGB V behindert. Diese Änderung wird vor allem von den Kassen maximal genutzt, die die Umsetzung dieses Rechts der Versicherten nicht umsetzen wollen. Nach den Evaluationsergebnissen aus Baden Württemberg, ist dies eigentlich nur noch mit verblendeter Ideologie zu erklären.

Wie auf der Frühjahrstagung in Hamburg berichtet, steht die SPD mit einer eindeutigen Beschlusslage zur Rücknahme dieser Änderung. In der CSU gibt es ebenfalls klare Signale, die unsinnigen Änderungen wieder zu revidieren. Dies steht auch im Einklang mit den Empfehlungen des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen – bei dieser Gelegenheit gratulieren wir Ferdinand Gerlach recht herzlich zum Vorsitz im Sachverständigenrat.

Wir fordern hier auch die anderen Parteien und vor allem das von der FDP geführte BMG auf, der sofortigen Rücknahme des Absatzes 5a im § 73b SGB V nicht länger im Wege zu stehen!

**Der Bundesverband hat sich mittlerweile zu einer der effektivsten Interessensvertretungen in der deutschen Gesundheitspolitik entwickelt.** Die Schlagkraft nimmt in dem Maße weiter zu, wie die Abstimmung mit den Landesverbänden funktioniert. Das ist schon beeindruckend!

In der momentan etwas aufgeregt geführten Debatte um das Gesamthonorar geht unter, was in der letzten Zeit erreicht wurde. Die Angriffe des Landesdatenschützers von Schleswig-Holstein, die manchen unserer Kämpen haben mutlos werden lassen, konnten zurückgeschlagen werden. Unsere Datenverarbeitung, die Verschlüsselung, die Sicherheit, der Transport, sind bis ins kleinste Detail geprüft worden und datenschutzrechtlich vollständig unbedenklich. Weitere Bemerkungen spare ich mir aus Gründen der Diplomatie. Aber so viel muss sein: Vielen Dank an unseren Datenschutzbeauftragten Dr. Thomas Giesen, an Stephanie Becker-Berke und unsere IT-Spezialisten. Damit ist der Weg für die datenrecht-

liche Umsetzung unserer Verträge trotz aller Widerstände und ohne großes öffentliches Spektakel, frei. Eine Leistung die hohe Anerkennung verdient.

**Unsere feste Auffassung ist, dass die Umsetzung, vor allem die Abrechnung unserer Verträge in ärztlicher Hand bleiben muss.** Das haben wir immer wieder betont. Und damit komme ich noch einmal zurück auf den Machtanspruch der Kassenwelt, der aber keineswegs von allen Krankenkassen gleichermaßen getragen wird. Mit der so genannten GEVKO-Schnittstelle sollte ja nicht nur eine Vereinfachung der Praxisabrechnung erreicht werden, sondern man wollte, wie schon im Frühjahr in Hamburg thematisiert, ein Machtinstrument der Kassen etablieren, um die Kontrolle des Gesundheitswesens komplett in die Hand zu bekommen. Dies ist im Licht der derzeitigen Situation weder für Ärzte noch für Patienten ein besonders erstrebenswertes Szenario.

Diese von uns artikulierte Erkenntnis hat zu einer guten und vertrauensvollen Zusammenarbeit mit der KV-Telematik ARGE geführt. Das gemeinsame Ziel ist die IT-Struktur für die Praxen in ärztlicher Hand zu halten. Das wird auch gelingen! Auch das wird einfacher, wenn alle Landesverbände diesem Ziel folgen!

Eher Anlass für Spekulationen als Spektakel ist die Entwicklung unserer Rechenzentren, deren Überleben nach der Kündigung des größten Vertrages, nämlich des mit der AOK Bayern, bis heute ungläubiges Staunen und Bewunderung in der Gesundheitsszene auslöst. Verbandsintern wird dies – allerdings fälschlicherweise – eher als normal hingenommen. Durch den wegen der äußerst schwierigen Situation notwendigen Stellenabbau, bei einem bundesweiten Mangel an IT-Spezialisten, sind bei der Weiterentwicklung der Vertragslandschaft Engpässe aufgetreten, die zu erheblicher Mehrarbeit der Mitarbeiter geführt hat, die auf Dauer nicht vertretbar ist. Diesen sollten wir an dieser Stelle ausdrücklich für ihren enormen Einsatz ruhig einmal danken.

Gleichzeitig ist die Deutsche Telekom auf einige Landesverbände zugekommen. In intensiven Gesprächen wurden Möglichkeiten der Zusammenarbeit ausgelotet. Das Ergebnis ist die Kooperation in einem Rechenzentrum und bei der Entwicklung einer IT-Infrastruktur. Um allen Spekulationen den Wind aus den Segeln zu nehmen, auch hier wurde peinlich darauf geachtet, dass Einflüsse eines Dritten, in diesem Fall der Deutschen Telekom, auf politische oder vertragsrelevante Entscheidungen ausgeschlossen sind. Immer dann, wenn diese Prämisse nicht eingehalten werden konnte, haben wir schon in der Vergangenheit auf solche Kooperationen verzichtet!

Interessant mag in diesem Zusammenhang sein, dass die Deutsche Telekom wie auch andere Unternehmen unsere Vertragsentwicklung deutlich positiver und zukunftsweisender einschätzen, als der eine oder andere aus unseren Reihen. Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit ist einer hohen Professionalität und einer erstaunlich guten Kenntnis des Gesundheitsmarktes auf Seiten der Telekom geschuldet.

Unser Ziel ist dabei immer, die Verträge möglichst rasch, geräusch- und bürokratiearm umzusetzen und die ärztliche Zeit den Patienten zukommen zu lassen.

Und die Zufriedenheit der Ärzte mit den Arbeitsbedingungen und einem auskömmlichen Honorar ist auch ein Wert, den wir vertreten können und der sich natürlich auch positiv auf die Patientenversorgung auswirkt!

**Die Sicherung der hausärztlichen Praxis und damit der hausärztlichen Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung mit einem immer höheren Anteil an chronisch Kranken und multimorbiden Patienten ist unsere Richtschnur. Dies ist der Fokus der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung.** Darauf ruhen wir uns nicht aus, sondern unterstützen MEDI bei den an die HzV anschließenden Facharztverträgen nach § 73c und entwickeln gemeinsam mit Diabetologen, Rheumatologen, mit der Pflege, Versorgungslandschaften, die als Integrierte Versorgung umgesetzt werden können. Wir haben darüber bei der Frühjahrstagung ausführlich diskutiert.

Über die uns zugefallene Stiftung hatte ich schon beim letztjährigen Hausärztertäg berichten können. Die Umwandlung dieser Stiftung hat sich etwas hingezogen, wird jetzt aber als *Stiftung Perspektive Hausarzt* eingetragen. In diesem Zusammenhang sollten wir den Landesverband Baden-Württemberg, insbesondere dessen Vorsitzenden Bertold Dietsche, für die forcierte Weiterentwicklung der Nachwuchsgewinnung Perspektive Hausarzt loben. Besonders hervorheben möchte ich die darin realisierte Möglichkeit für Gemeinden, sich darzustellen und Angebote für eine hausärztliche Praxis zu präsentieren. Es lohnt sich, auf die Internetseite [www.perspektive-hausarzt-bw.de](http://www.perspektive-hausarzt-bw.de) zu gehen und sich dieses Projekt näher anzusehen. Dieses Angebot, das bei der Stiftung angesiedelt wird, steht allen Landesverbänden zur Verfügung und ich kann nur empfehlen, es zu nutzen. Gleichzeitig, freuen wir uns, Ihnen heute die aktualisierte Broschüre Perspektive Hausarzt vorzustellen.

Uns wird ja immer wieder vorgeworfen, wir würden unseren schönen Beruf schlecht reden; mit der Perspektive Hausarzt treten wir den Gegenbeweis an. Dennoch müssen wir auch bei der Aufnahme von Famulanten und Assistenten in unsere Praxen daran denken, ihnen nicht

vor allem den uns auf der Seele lastenden Frust zu vermitteln, sondern das, was uns bewogen hat, diesen Beruf zu ergreifen, der facettenreicher nicht sein kann und geprägt ist von menschlichen Beziehungen und moderner Medizin.

Der uns immer wieder begegnenden Unterschätzung bis hin zu Missachtung der Qualität hausärztlicher Tätigkeit, nicht von unseren Patienten, wohl aber von selbsternannten „Experten“ begegnen wir mit zunehmendem Erfolg durch die Fortbildungsaktivitäten vor allem im Rahmen unserer freien Verträge. Das Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) genießt gerade bei vielen Krankenkassen hohe Anerkennung wegen der Fortbildungsqualität. In diesem Jahr wird das IhF erstmalig die *practica in Bad Orb vom 24. bis 27. Oktober 2012* ausrichten, wo sich vor allem junge Kolleginnen und Kollegen, oft gemeinsam mit ihren Mitarbeiterinnen, intensiv und praxisnah fortbilden. Michael Mühlenfeld wird im Verlaufe der Tagung darüber noch berichten.

Um auch bei der Fortbildung nicht nur nach § 95a SGB V (250 Std. in fünf Jahren), sondern auch der hausärztlich strukturierten Fortbildung die Bürokratie zu minimieren, haben wir das Fortbildungskonto über unser Verwaltungssystem realisiert. Wer die praktische Umsetzung sehen will, sollte sich von Berthold Dietsche den kleinen Scanner vorführen lassen, mit dem die Dokumentation von Fortbildungsaktivitäten schnell und einfach gelingt. Dieser Prozess steht allen Landesverbänden zur Verfügung und wenn es auch wegen der Pfiffigkeit reizt, ihn hier aufzublättern, darf ich das Bertold Dietsche im Rahmen der Tagesordnung überlassen.

Im letzten Jahr haben wir den Kollegen Jörg Pruckner zu Gast gehabt, der vor allem zum Selbstdispensierrecht in Österreich berichtete. Diese Diskussion haben wir fortgeführt mit den Schweizer Kollegen, mit der FMH, wie bereits bei der Frühjahrstagung vorgetragen. Wir freuen uns, heute als Gast zu diesem Thema den Hausarztkollegen Ernst Gähler aus Appenzell begrüßen zu können, der mit interessanten Daten aufwarten kann. Um etwas schon einmal vorwegzunehmen: Die Kantone in der Schweiz mit einem Selbstdispensierrecht der Ärzte weisen niedrigere Medikationskosten auf als die ohne Selbstdispensation.

Wir prüfen derzeit Wege und Strukturen, um auch in Deutschland die Möglichkeit zu schaffen, Medikamente direkt abgeben zu können. Wie die erfolgreiche Petition zu Abgabe von BTM-pflichtigen Substanzen in der Palliativversorgung zeigt, gibt es hier trotz eines – auch international – massiven Lobbyings der Apotheken, Bewegung. Im Notdienst, beim Hausbesuch, zur Unzeit müssen Ärzte die medikamentöse Versorgung sicherstellen können, auch wenn keine Apotheke erreichbar oder geöffnet ist. Dabei ist es sicher nicht optimal, wie bisher auf Ärztemuster angewiesen zu sein (auf die 200 Euro für den Apotheken-Notdienst

will ich an dieser Stelle nicht eingehen. Man könnte bei der zunehmenden Schwierigkeit, den ärztlichen Notdienst sicher zu stellen, natürlich auch an solche Anreize denken).

Der internationale Austausch ist nicht nur bei diesem Thema hilfreich, wobei wir feststellen konnten, dass sich auch Kassen und Apotheker, ganz abgesehen von der Industrie, international aufstellen. Die Verankerung der Allgemeinmedizin im *Artikel 26 der EU-Richtlinie 2005/36* ist für die feste Etablierung der Allgemeinmedizin als DER hausärztlichen Qualifikation wichtig, um den hohen Standard der hausärztlichen Versorgung zu sichern! Von dieser Verankerung wird nicht nur bei uns, sondern auch in anderen europäischen Ländern ein wichtiges Signal für die Weiterbildungsentscheidung der nachfolgenden Ärzte ausgehen.

In diesem Jahr werden wir die europäischen Kollegen im Rahmen der UEMO-Herbsttagung vom 15.-17. November in Berlin begrüßen und wollen im Namen aller europäischen Hausärzte ein deutliches Zeichen für die Bedeutung der hausärztlichen Medizin heute und in Zukunft setzen. Denn eines ist in fast allen Ländern gemeinsam zu sehen: Dem wachsenden Bedarf an Hausärzten steht bislang noch nicht ausreichend hausärztlicher Nachwuchs gegenüber.

In diesem Zusammenhang freuen wir uns über die Stärkung der DEGAM, wie sie eindrucksvoll auf dem 46. DEGAM-Jahreskongress am vergangenen Wochenende in Rostock deutlich zu sehen war. Die intensive Zusammenarbeit mit unserer wissenschaftlichen Schwesterorganisation ist ein weiteres, wichtiges Element zur Stärkung der Position der hausärztlichen Medizin in Deutschland.

Neben den Aktivitäten für die Nachwuchsgewinnung brauchen wir rasch Entlastungsmöglichkeiten für diejenigen, die heute die zunehmenden Anforderungen der hausärztlichen Versorgung bewältigen müssen. Die Anerkennung der qualifizierten Assistentin in der Hausarztpraxis VERAH® über den Bereich der Selektivverträge hinaus, wie jetzt z. B. auch im Kollektivvertrag in Mecklenburg-Vorpommern stärkt dazu die Position der Hausarztpraxis als Ort der Versorgung.

Mit unserem mittlerweile prämierten Angebot HausMed entlasten wir nicht nur Arzt und Patienten, wir dokumentieren auch die **Modernität und Kreativität der hausärztlichen Versorgung**. Die internetbasierte Unterstützung bei der Behandlung von Bluthochdruck, bei der Gewichtsreduzierung und beispielsweise leichten Depressionen hilft, die persönliche Praxiskontaktfrequenz zu minimieren. Die strukturierte Selbstkontrolle mit der Anbindung an die Praxis bringt Zeitgewinne für die Patienten und die Praxis. Die AOK Baden-Württemberg

hat diese Vorteile ebenfalls erkannt und bietet als erste Krankenkasse ihren Versicherten in der HzV Coaching-Programme an.

Mir ist völlig klar, dass es mitunter schwierig ist, dem Tempo der Entwicklung an allen Ecken und Enden zu folgen. Manchmal liegt es auch an der hohen Taktzahl von ad-hoc-Anforderungen aus allen Richtungen. Die Büros in Berlin und Köln können ein Lied davon singen. Wir arbeiten intensiv daran, die Kommunikation dazu zu verbessern, die noch nicht immer optimal läuft.

Ich möchte allerdings an dieser Stelle, und damit knüpfe ich eigentlich wieder an den Anfang dieses Berichts an, um Vertrauen werben. Nicht jede Nachricht aus einschlägigen und interessierten Kreisen muss sofort die Sinnkrise heraufbeschwören und zu Rundmails führen, wo man nur noch den amerikanischen Präsidenten oder den Pabst in der Adresszeile vermisst. Das heißt nicht, dass Kritik unterdrückt werden soll oder dezidiertes Nachfragen nicht gewünscht wäre. Nur, dass man zunächst seiner gewählten Mannschaft vertrauen sollte. Was ich auch erwarte, wahrscheinlich aber nie so ganz zu erreichen ist, dass demokratisch gefasste Beschlüsse dieser Delegiertenversammlung, auch wenn man persönlich nicht zustimmen kann, dann dennoch umgesetzt werden und mindestens öffentlich nicht in Frage gestellt werden sollten.

Wir sind schnell. **Wir setzen im Gegensatz zum hergebrachten Kollektivvertragssystem den Fokus statt auf Selbsterhalt auf Versorgung. Wir versuchen alten Reflexen und Ritualen modernes Management entgegenzusetzen**, wie es beispielsweise auch in der Regionalpolitik viele Bürgermeister erfolgreich tun. **Wir haben damit die einzig funktionierende Alternative zu einem System geschaffen, das keine Probleme löst, sondern mit zunehmender Komplexität nur neue aufwirft.**

**Die Entscheidung dieser Delegiertenversammlung, mehrfach bestätigt, eine Alternative über die Hausarztzentrierte Versorgung aufzubauen und freie Verträge mit Krankenkassen abzuschließen war richtig, ist richtig und bleibt richtig!**

Natürlich werden wir auch weiterhin den einen oder anderen Rückschlag erleben, das kann gar nicht anders sein, aber die Bewältigung der vergangenen Krisen hat uns eher gestärkt und jedes Mal ein weiteres Stück nach vorne gebracht. Egal, welche Perspektive man einnimmt, **ohne den Deutschen Hausärzteverband geht nichts und mit ihm viel.**

Wir sind nicht zwangsläufig auf andere Verbände angewiesen, aber umkehrt scheint es so zu sein. **Als mitlaufende Manövriermasse stehen wir allerdings nicht zur Verfügung!**

Der Deutsche Hausärzteverband ist gut aufgestellt und gesund, mit seinen Organisationen, ob IhF oder HÄVG, Pro Versorgung oder Rechenzentrum, funktioniert er wie eine Holding in der Wirtschaft, mit dieser Delegiertenversammlung als Kern. Alle Unternehmungen und Kooperationen sind so gestaltet, dass der Einfluss auf politische Entscheidungen dieses Verbandes ausgeschlossen ist.

Die Hochachtung die dem Deutschen Hausärzteverband entgegengebracht wird, ist in dem gemeinsamen Konzept mit AXA und Gothaer erkennbar, auch für Privatpatienten die Arzneimittelversorgung zu optimieren. **Darin wollen wir Standards verbindlich vereinbaren und die zentrale Rolle des Hausarztes stärken.** Nach dem erfolgreichen Start in der Region Nordrhein wurde die Kooperation ab September 2012 bundesweit ausgerollt. Alle Hausarztpraxen, die sich freiwillig an dieser Kooperation beteiligen, können unter anderem die Beratungsleistung „Arzneimittel-Check“ anbieten und abrechnen.

Bei dieser Gelegenheit bitte ich um Nachsicht, dass die Kammerwelt und die Reform der GOÄ in diesem Bericht zu kurz kommen. Aber keine Sorge, die Kürze der Betrachtung hier entspricht nicht der Beachtung und Bearbeitung des Themas! Allerdings ist eine schnelle Entscheidung zur GOÄ in dieser Legislatur eher nicht zu erwarten.

Wir freuen uns über eine intensive und vertrauensvolle Kooperation mit der Apo Bank und der Deutschen Ärzteversicherung. Wir erfahren hier eine effektive Unterstützung. Diese Zusammenarbeit hat noch viel Potential und wird vor allem jungen Hausärzten helfen.

Unser Verband gestaltet mit Kraft die Gegenwart und unterstützt unsere Vertreter in Kammer und KVen. Aber die Zukunft müssen wir mit einer hausärztlichen Tarifautonomie in enger Kooperation mit den anderen Fachgruppen und Leistungsanbietern in die eigenen Hände nehmen. Dies ist meine Aufgabe als Bundesvorsitzender, die Aufgabe des Geschäftsführenden Vorstandes, dieser Delegiertenversammlung und aller Landesverbände. Das schaffen wir nicht allein. Gemeinsam können wir uns glücklich schätzen, so fähige und vor allem kompetente und von der Sache überzeugte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu haben, im Bundesverband und den Landesverbänden. Und heute applaudieren Sie bitte nicht mir, sondern dieser wunderbaren Truppe!

Vielen Dank für Ihre / Eure Aufmerksamkeit – es macht großen Spaß, sich für unsere Haus-  
ärzte und für unsere Patienten zu engagieren.