

Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln

Telefon 02203 5756-0
Telefax 02203 5756-7000

Sperrfrist: 20.04.2018, 15 Uhr

Es gilt das gesprochene Wort.

Bericht zur Lage
anlässlich der Delegiertenversammlung
des Deutschen Hausärzteverbandes
am 20./21.04.2018 auf Sylt

Ulrich Weigelt

Bundsvorsitzender

des Deutschen Hausärzteverbandes

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste,

die Geburtswehen waren lang und wohl auch schmerzhaft, aber wir haben jetzt eine Mehrheitsregierung, die gerade ihre erste Klausurtagung hinter sich gebracht hat. Wenn wir auf die letzte Legislatur zurückblicken, stellen wir fest, dass der verabredete Koalitionsvertrag Stück für Stück abgearbeitet wurde – jedenfalls für den Bereich des Gesundheitsministers. Das mag man beklagen oder gutheißen, es ist zumindest konsequent.

Also ist es zunächst einmal sinnvoll, sich den aktuellen Koalitionsvertrag, vor allem zum Thema Gesundheit, anzusehen, der ja mit der Regierungsbildung umgesetzt werden soll. Wir gratulieren an dieser Stelle noch einmal dem neuen Gesundheitsminister Jens Spahn zu seinem neuen Amt und erwarten eine spannende und konstruktive Kommunikation.

Grundsätzlich finden wir im Koalitionsvertrag positive Botschaften für die hausärztliche Versorgung, wie die Bestätigung des *Masterplans Medizinstudium 2020*, das Bekenntnis zur Stärkung der Allgemeinmedizin und zur flächendeckenden hausärztlichen Versorgung. Die hausärztlichen Leistungen und die ‚sprechende Medizin‘ sollen besser vergütet werden.

Das sind zwar löbliche, aber dennoch zunächst noch wenig konkrete Aussagen. Ich mag es ja kaum noch sagen, aber es ist halt so: Uns Hausärzten wird landauf landab so viel schulterklopfende Wertschätzung zuteil, dass unsere Schultern schon weh tun. Wenn es aber um die konkrete Unterstützung der hausärztlichen Versorgung geht, haben wir dann immer sehr zu kämpfen. Das geht – auch das ist nicht neu – nur mit einem starken Verband, der zusammensteht! Die Angebote zur Stärkung der Hausärzte nehmen wir gern an, müssen aber immer prüfen, ob sie auch tatsächlich die Stärkung der Hausärzte enthalten.

Wenn wir denn aber so erfolgreich in unserer Überzeugungsarbeit waren und allenthalben die zentrale Rolle der Hausärzte als so existenziell für unser Gesundheitswesen angesehen wird, was haben wir dann eigentlich noch zu tun?

Wir brauchen uns mit unseren Erfolgen wirklich nicht zu verstecken, trotzdem dürfen wir nicht nachlassen und uns darauf ausruhen! Auf die HZV komme ich noch zu sprechen, aber schon die Festlegung im Koalitionsvertrag, dass hausärztliche Leistungen besser honoriert werden müssen, ist das Ergebnis intensiver Überzeugungsarbeit, gerade auch im Hinblick auf den notwendigen hausärztlichen Nachwuchs. In der KV-Welt konnten wir erste Erfolge gegen die Benachteiligung der Hausärzte bei der Laborvergütung erreichen. Was im Nachhinein so selbstverständlich aussieht, ist das Ergebnis der beharrlichen Arbeit des Bundesverbandes und der Landesverbände sowie vor allem auch unserer Mitglieder in den Gremien. Auf dem kommenden Deutschen Ärztetag haben wir gute Chancen, dass eine vernünftige und fortschrittliche Weiterbildungsordnung beschlossen wird. Auch das ist kein Selbstläufer und wird auch in Zukunft keiner sein. Wir sprechen noch darüber, denn die Frühjahrstagung gilt insbesondere auch der Vorbereitung dieses Deutschen Ärztetages.

Positive Ansätze im Koalitionsvertrag sind also da, leider haben wir dort auch Passagen gefunden, über die wir uns eher wundern, wie den Vorschlag, zukünftig 25 Stunden Mindestsprechstundenzeit anzubieten. Bei den letzten Äußerungen der Vorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes, wird man den Verdacht nicht los, dass hier ungeniert die Kassen-Lobby am Werk war. Dort herrscht offenbar völlige Unkenntnis über die Arbeitsbelastung der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland, die in der gerade abflauenden Grippewelle fast die doppelte Anzahl an Patienten versorgt haben. Diese zusätzliche Arbeitslast hat keine andere Arztgruppe zu bewältigen gehabt! Es ist sehr fraglich, ob diese zusätzliche Arbeit überhaupt vergütet wird! Es ist doch geradezu skurril, dass wir hier in vielen Regionen Abstaffelungen hinnehmen müssen, wo doch zusätzliche Arbeit normalerweise Zuschläge auslösen müsste! Wer außer uns Hausärztinnen und Hausärzten macht denn Hausbesuche? Die sind in den 25 Stunden bekanntlich nicht enthalten. Sie scheinen nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes also nicht wichtig zu sein! Nicht nur wir wissen, dass das natürlich nicht so ist – da würde ich mal unsere Patienten, deren Versicherte, fragen – und fordern daher die Politik auf, diesen Irrweg aufzugeben.

Nun werden die meisten von uns in weit mehr als nur 25 Sprechstunden pro Woche gesetzlich versicherte Patienten versorgen, aber allein die Botschaft ist ignorant. Die Kassenforderung wird mit angeblich derzeit hohen Einkommen begründet und soll wohl den Eindruck erwecken, dass wir wenig arbeiten, dafür aber viel verdienen. Dass dabei immer wieder verschwiegen wird, dass Umsatz nicht gleich Einkommen ist, dass nicht wie bei Angestellten die Arbeitgeberanteile der Kranken- und

Rentenversicherung entfallen und sich eigentlich in einem Betrieb wie einer Praxis die Investitionen verzinsen müssten, um mit Gehaltsempfängern verglichen werden zu können, sind wir ja gewöhnt.

Die damit zusammenhängende Diskussion um die Wartezeiten ist ähnlich unstrukturiert und wenig rational. Da sollte man die Versorgungsebenen sauber auseinanderhalten. Die Wartezeiten-Diskussion betrifft doch vor allem fachärztliche Praxen, die nur nach festen Terminvorgaben arbeiten und so etwas wie eine Grippewelle nur aus der Zeitung kennen. Das Problem fachärztlicher Terminvorgaben lässt sich kaum durch neue Sprechstundenvorschriften lösen, sondern nur durch eine vernünftige Struktur des Gesundheitswesens mit einer qualitätsgesicherten Primärversorgung, wie wir sie heute nicht nur in der HZV anbieten, inklusive der Überweisung der Patienten, die einen fachärztlichen Versorgungsbedarf haben. Dabei darf die hausärztliche Medizin nicht auf die Lotsenfunktion reduziert werden, wie wir es häufig erleben! Wer aber die Lotsenfunktion für wichtig hält, sollte dann konsequenterweise auch unsere Hausarztzentrierte Versorgung mit aller Macht unterstützen!

Glücklicherweise scheint diese Diskussion in der Politik eine stärkere Differenzierung zu erfahren, wie die letzten Meldungen zeigen. Dabei wird völlig zu Recht die Notwendigkeit der hausärztlichen Steuerung im Gesundheitswesen ins Gespräch gebracht.

Wir hören die Absicht der besseren Bezahlung hausärztlicher Leistungen und der sprechenden Medizin gern! Das Problem ist dann wieder die konkrete Umsetzung. Dabei gilt es zu vermeiden, dass dieser Honorarzuwachs wieder in der Maschinerie der Selbstverwaltung zermahlen wird. Ich erinnere die Älteren unter uns an die 600 Mio. DM¹, die die Politik schon einmal für die hausärztliche Versorgung (hausärztliche Grundvergütung!) zur Verfügung gestellt hatte und die sich über die EBM-Reformen dann auch verflüchtigt hatten. Dies ging so lange, bis wir die Honorartrennung durchsetzen konnten!

¹ **Drucksache 13/1826**

28.06.1995: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP.

Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (4. SGB V-Änderungsgesetz/ÄndG)

A. Problem

Durch die Regelung soll die Vergütungssituation der Hausärzte sowie der Vertragsärzte in den neuen Ländern verbessert werden.

B. Lösung

- Zusätzliche Anhebung der Gesamtvergütungen des Jahres 1995 in den alten und neuen Ländern um 600 Mio. DM insgesamt zur Verbesserung der Vergütungen der Hausärzte.

- Zusätzliche Anhebung der Gesamtvergütungen des Jahres 1995 für die Vertragsärzte in den neuen Ländern um 4 vom Hundert.

Einschub: Die im BDA Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands – Hausärzteverband e.V. – organisierten Ärzte fordern beharrlich Rahmenbedingungen, um die per Gesetz den Hausärzten zugewiesene Rolle zu konkretisieren und um im härter gewordenen Wettbewerb überleben zu können. Der BDA hat die Vertragspartner aufgefordert, auf gesetzlicher Grundlage einen eigenständigen Honoraranteil an der Gesamtvergütung durchzusetzen und Nachbesserungen an der am 07. September von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beschlossenen erneuten EBM-Reform zu bewirken. Bestätigt sieht sich der BDA durch Rechtsexperten, die die Gliederung nach § 73 SGB V beim Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht in Berlin als verfassungskonform bezeichneten. Dt. Ärzteblatt 1996.

Auch die Absicht, die Tätigkeit im ländlichen Raum zu fördern, ist löblich. Hier handelt es sich aber keineswegs ausschließlich um ein ärztliches, sondern um ein generelles Strukturproblem, das auch das Ministerium des Inneren, für Bau und Heimat direkt berührt! Natürlich sind wir bereit, uns an der Lösung dieses Problems aktiv zu beteiligen, denn unsere Kolleginnen und Kollegen in den ländlichen Praxen und deren Patienten sind direkt betroffen. Wenn Praxen geschlossen werden, dann verteilen sich die Patienten natürlich auf immer weniger Ärzte. Ein Patentrezept wird es nicht geben, also müssen wir ein Maßnahmenpaket schnüren. Das geht aber nur, wenn Politik und Kassen auch mitspielen!

Die Verbesserung und Reform der bestehenden, völlig untauglichen Bedarfsplanung vom grünen Tisch kann dabei helfen, wird aber das Problem allein nicht lösen. Eine Bedarfsplanung backt keine Ärzte!

Damit wären wir an einem Punkt, der so ärgerlich ist, dass einem schon der Kragen platzen kann: Die Umsetzung des *Masterplanes Medizinstudium 2020*. Ein, wenn nicht das wichtigste Ziel dieser Reform ist es, bereits im Studium mehr Kontakt mit und damit Interesse an der hausärztlichen Versorgung zu erzeugen. Das kann sehr gut dazu beitragen, dass sich zukünftig mehr junge Menschen für eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin entscheiden.

Die Gesundheitsministerkonferenz hat diesen Masterplan nach langen Verhandlungen beschlossen – das war 2016; 2017 war dann auch die Kultusministerkonferenz dabei. Das BMG schrieb daraufhin auf seiner Webseite: „Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und Bundesforschungsministerin

Professorin Johanna Wanka sowie Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheits- und der Kultusministerkonferenz der Länder und der Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages haben den ‚Masterplan Medizinstudium 2020‘ beschlossen. Im aktuellen Koalitionsvertrag wird dieser Masterplan explizit gefordert.“

Damit könnte man denken, der Plan sei in der Umsetzung. Endlich bekäme die Allgemeinmedizin ihren angemessenen Stellenwert, die Prüfung in diesem wichtigsten Fach der Primärversorgung würde verpflichtender Bestandteil des Staatsexamens. Das PJ würde mit der Neugliederung ein Quartal in der ambulanten Versorgung aufweisen. Das böte die Chance, sich noch intensiver mit unserem Fach zu beschäftigen und seine vielfältigen Facetten kennen zu lernen. Ja, wenn da nicht die Ordinarien der Universitäten wären, die die Umsetzung ohne Rücksicht auf die bestehenden Versorgungsnöte blockieren. Wir haben scharf darauf reagiert. Wir erwarten von den zuständigen Länderministerien, dass sie hier umgehend tätig werden. Es kann doch nicht sein, dass eine Handvoll Universitätsordinarien der medizinischen Fakultäten Beschlüsse von Bundesregierung und Landesregierungen (GMK und KMK) ignorieren und die Aufsicht sieht zu. Die Partialinteressen dieser Damen und Herren sind klar: Nichts vom Budget abgeben, was notwendig wäre, um die Lehrstühle für Allgemeinmedizin überall auf ein Niveau zu heben, das Forschung und Lehre ordentlich gewährleistet, und keinesfalls Stundenkontingente für die Lehre kleiner Spezialfächer für die Allgemeinmedizin opfern! Das ist skandalös!

Von den Universitäten komme ich zurück in die Praxis, denn auch hier wird uns das Leben immer wieder unnötig schwergemacht. Ein wirkliches Paradebeispiel dafür, wie gute Ideen von der Selbstverwaltung für Partikularinteressen missbraucht werden, ist der letzte Beschluss des Bewertungsausschusses zu den neuen Laborleistungen. Aus dem gut gemeinten und unterstützenswerten Ansatz des Gesetzgebers, nicht notwendige Antibiotikaverordnungen zu reduzieren, wird durch die Selbstverwaltung ein neues Bürokratiemonster kreiert.

Worum geht es?

Zur Klärung einer Indikation für ein Antibiotikum, kann eine Bestimmung des Procalcitonin-Spiegels oder eine quantitative CRP-Bestimmung sinnvoll sein. In den Niederlanden ist beispielsweise nach Einführung eines quantitativen CRP-Tests in der Praxis (!) die Antibiotikaverordnung um 22 % zurückgegangen. Im Zweifelsfall kann ein solcher Schnelltest in der Praxis hilfreich sein.

Was passiert bei uns?

Es gibt einen gesetzlichen Auftrag zur Reduzierung nicht notwendiger Antibiotikaverordnungen. Dem ist nichts entgegenzusetzen. Nun hätte man auf die Idee kommen können, es so zu gestalten, wie es in den Niederlanden erfolgreich praktiziert wird. Das wäre schnell und kostengünstig, würde unnötige Praxiskontakte im Sinne der Patienten und der Ärzte vermeiden und manche Diskussion in der Praxis bei einem Verordnungswunsch erübrigen. Die Kolleginnen und Kollegen in Sachsen-Anhalt haben dies in ihrem Hausarztprogramm so vereinbart. Das ist gut und zeigt, dass es geht.

Die Laborlobby scheint sich aber bei KBV und Bewertungsausschuss voll durchgesetzt zu haben. Vereinbart wurde, dass ein Procalcitonin-Test veranlasst werden kann, der im Laborkapitel (O III) steht und somit nicht in der Praxis durchgeführt werden kann. Das ist vor allem in Notfallsituationen enorm praktisch, wenn ein Patient, der Freitagnachmittag in die Praxis kommt, am Montag zur Blutabnahme vorstellig werden muss, um Dienstag oder Mittwoch zu erfahren, ob er ein Antibiotikum nehmen sollte. Völlig praxisfern und weltfremd! Diese neue Einnahmequelle im O III-Labor wird dadurch gesichert, dass der Test zwar nicht zwingend vorgeschrieben ist, aber mit einer Sonderkennziffer 32004 den Laborbonus erhält und diese Untersuchung mit einem Regresschutz versieht. Im Umkehrschluss heißt das allerdings: Wer den Test nicht macht und die neue Nummer nicht aufschreiben kann, gerät wegen der Antibiotikaverschreibung womöglich in Regressgefahr oder nachträglichen Erklärungsbedarf. Dass die Kosten für den Test und die neuen Nummern dem Gesamthonorar entzogen werden, kommt hinzu. Auch erhöhen die neuen Ziffern keineswegs das Gesamthonorar. Der Schnelltest in der Praxis mit der quantitativen CRP-Bestimmung würde selbst bei angemessener Vergütung noch nicht einmal die Hälfte kosten! Fazit: Mehr Bürokratie, zusätzliche Mittel für die Labore, keinen Cent mehr für die Hausarztpraxis und vor allem: Dem Patienten ist auch nicht geholfen.

Apropos KBV: Diese hat ja momentan eigentlich nur noch ein Thema. Allenthalben hören wir aus ihr und den sie tragenden Verbänden den Ruf nach Entbudgetierung beispielsweise von Grundleistungen oder vom Erstkontakt etc.

Was machen wir mit dieser Forderung nach Entbudgetierung von Leistungen?

Man kann ja eigentlich nicht dagegen sein, will man sich nicht einem Sturm der Entrüstung aussetzen. Dafür würden im Zweifel die internen Social Media-Kanäle schon sorgen, vom KV-System mal ganz abgesehen.

Ein gutes Schlagwort auf den Markt zu werfen, ist das eine. Was dahinter steckt, kann aber etwas komplett Anderes sein! Das haben schon die Trojaner mit einem wunderbaren großen Pferd erlebt. Was hat das jetzt mit der Entbudgetierung zu tun? Klar, wir wollen weg vom Budget, ist uns ja auch zum Teil mit der HZV schon gelungen. Was soll da schon schlecht sein, wenn das Budget auch im Kollektivvertrag, im Altsystem, fällt?

Im Prinzip muss man davon ausgehen, dass die Gesamtsumme für das ambulante Honorar nicht wesentlich steigen wird. Erst recht nicht, wenn ab 2019 die Beiträge für die gesetzlichen Krankenkassen sinken sollen. Also passiert das, was immer passiert: Die zu entbudgetierenden Leistungen werden in Summe geschätzt und um diesen Betrag wird die zur Verfügung stehende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung „bereinigt“ (klar: die Leistungen werden daraus ja auch nicht mehr vergütet).

Mit der Bereinigung wird nicht nur die MGV insgesamt, sondern in der Folge natürlich auch die fachärztlichen und hausärztlichen Honoraranteile kleiner, da sich der Trennungsfaktor ja nicht automatisch ändert. Nicht vergessen werden darf, dass schon jetzt der Löwenanteil der extrabudgetären Leistungsvergütungen (circa 10 Mrd. Euro) nicht vorrangig dem hausärztlichen Honorar zugutekommt. Die Quotierung der hausärztlichen Leistungen ist zudem in den verschiedenen KV-Bereichen völlig unterschiedlich und reicht von 0 % in Bayern und Baden-Württemberg bis 22 % in Hamburg. Die fachärztlichen (MGV)-Leistungen sind nach der KBV-Tabelle in der Regel deutlich höher quotiert. Also hier wird ein deutlich höheres Leistungsniveau (Einzelleistungen) dargestellt und damit wird der zu erwartende Kürzungsanteil in der MGV bei den Fachärzten natürlich durch die extrabudgetären Honorare weit überkompensiert. In Summe würden den Hausärzten wieder Honoraranteile entzogen – auch, wenn der Plan auf den ersten Blick gar nicht so unsympathisch aussieht.

Da liegt dann auch der Hase im Pfeffer bzw. geht die Klappe des trojanischen Pferdes auf! Wir werden da höllisch aufpassen müssen und dürfen uns nicht hinters Licht führen lassen. Eine vernünftige Idee wäre dagegen, im hausärztlichen Bereich die typisch hausärztlichen Leistungen zu entbudgetieren, die nicht Bestandteil von Grundleistungen wie Grundpauschale, Versichertenpauschale, Chronikerzuschlag etc. sind, wie Hausbesuche, Geriatrie, Palliativmedizin, Gesprächsleistungen etc. Aber wer soll daran glauben?

Es bleibt dabei: Auf das KV-System können wir uns nicht verlassen. Unsere hausärztlichen Kollegen haben dort keinen leichten Job, immer wieder müssen fachärztlich geprägte Winkelzüge konterkariert werden.

Auch wenn uns die Bürokratielast quält und die immer neue Ziffernacrobatik von Geriatrie über Palliativmedizin bis jetzt zum Labor Zeit und die gute Laune rauben, sollten wir unsere sicher berechtigten Klagen nicht gegenüber unseren Studenten, Famulanten und Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung führen, sondern gemeinsam versuchen, die Widrigkeiten zu beseitigen und der nachwachsenden Generation die, trotz allem Ärger, doch überwiegend positiven Seiten unseres Berufes nahebringen. Diese Signale kommen doch an. Das Forum Weiterbildung trägt dazu bei, indem die Kolleginnen und Kollegen dort engagiert dem Nachwuchs die Sorge vor der Niederlassung nehmen. Knapp die Hälfte der Kolleginnen und Kollegen, die in den hausärztlichen Beruf als Angestellte eingestiegen sind, haben sich mittlerweile selbstständig gemacht, ob als Praxispartner oder in eigener Praxis. Dabei brauchen sie unsere Unterstützung. Wir müssen dafür sorgen, dass die inhabergeführte Praxis nicht als Gegensatz zum Leben empfunden wird, wie der Begriff work-life-balance nahelegt.

Neben den konkreten Unterstützungen wie dem Forum Weiterbildung, aber auch dem Forum Hausärztinnen, deren Erfolge ich in Baden-Württemberg aus erster Hand bewundern konnte, haben wir mit der HZV eine Versorgungsform geschaffen, die gute Qualität, verringerte Bürokratie und besseres Einkommen verbindet, damit mehr Zeit für die Patientenversorgung, aber auch für Familie, Freizeit und Fortbildung bleibt.

Ich habe vorhin die 600 Mio. DM für die Hausärzte aus dem Jahr 1995 erwähnt. Vielleicht sollten wir die Entwicklung bis zur heutigen HZV noch einmal kurz anschauen. Keine Sorge, dies wird kein geschichtlicher Detailvortrag, ich zähle nur kurz auf:

- 1995: 600 Mio. DM,
- 2000: (§ 85 SGB V, GKV-GR): Honorartrennung,
Hausärztlicher Fachausschuss in der KBV,
§ 140a SGB V mit Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung,
§ 73b SGB V Hausarztzentrierte Versorgung,
- 2003: (GMG): § 73b SGB V als Soll-Bestimmung,
- 2007: (GKV-WSG): § 73b SGB V als Verpflichtung für die Krankenkassen zur Sicherung eines flächendeckenden Angebotes mit einer qualifizierten Gemeinschaft von Allgemeinärzten einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen, Einführung eines verbindlichen Schiedsverfahrens,
- 2010: Absatz 5a: Vergütungsbeschränkung,
- 2014: (14. SGB V Änd-G): Aufhebung Abs. 5a,
- 2015: (GKV-VSG): Wegfall §§ 73a, 73c SGB V und Zusammenfassung der Selektivverträge unter § 140a SGB V als besondere Versorgung.

Nur, um es noch mal klar zu sagen, der § 73b ist als Hausarztzentrierte Versorgung im Gesetz stehen geblieben.

Der § 73b SGB V ist vom Gesetzgeber eingeführt worden, weil das KV-System offensichtlich nicht mehr in der Lage war und ist, die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die verschiedenen Interventionen des Gesetzgebers zugunsten der Hausärzte innerhalb des KV-Systems wurden durch die Mühlen des KV-Systems zerrieben. Dem Gesetzgeber wurde deutlich, dass die erforderlichen Reformen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung mit und innerhalb des KV-System nicht umzusetzen sind. Eine grundsätzliche Reform des KV-Systems hätte dem Gesetzgeber einen enormen Kraftaufwand abverlangt und wäre sehr wahrscheinlich am Widerstand mächtiger Gruppen innerhalb und außerhalb der KBV gescheitert. Es bot sich daher an, das KV-System im Grundsatz so zu belassen, aber quasi parallel und unabhängig dazu einen besonderen Weg zur Förderung der hausärztlichen Versorgung zu eröffnen. Der Weg des § 73b SGB V ist vorhin skizziert worden und traf auf die beschriebenen Widerstände. Doch sind diese Widerstände im Vergleich zu den ab-

sehbaren Widerständen einer fundamentalen Reform des KV-Systems als überwindbar eingeschätzt worden. Und in der Tat räumte der Gesetzgeber mit den wesentlichen Widerständen gegen die HZV in der Folgezeit auf.

Das macht Folgendes noch einmal deutlich: Die Einführung und Weiterentwicklung der HZV war nicht primär als frei wählbares Wettbewerbsinstrument zwischen den Kassen gedacht, sondern als eine vom KV-System unabhängige und vom Arzt und den Versicherten frei wählbare, flächendeckende hausärztliche Versorgungsform, zu deren Angebot jede Kasse verpflichtet wurde. Insofern trifft eine Subsumtion der HZV-Verträge unter das Rubrum Selektivverträge nicht den Kern der Sache.

Bekanntlich haben sich viele Kassen einer einvernehmlichen vertraglichen Vereinbarung entzogen bzw. Ergebnisse der Schiedsverfahren infrage gestellt und beklagt. Jüngst erst ist die von der AOK Bayern beklagte Festsetzung eines HZV-Vertrages durch eine Schiedsperson gerichtlich abgewiesen und die Gültigkeit dieses Vertrages bestätigt worden.

Durch die Blockaden vieler Kassen gegen den Abschluss von HZV-Verträgen und auch durch die schmutzigen Bereinigungsregelungen einiger KVen wurde die flächendeckende Ausbreitung der HZV in vielen Bundesländern verzögert, jedoch keinesfalls gestoppt!

Obleich die Gegner der HZV mit ihrem destruktiven Vorgehen in verschiedenen Ländern das Tempo der HZV-Umsetzung verzögerten, ist am heutigen Tag festzustellen, dass HZV-Verträge in nahezu allen Bundesländern existieren. Nicht überraschend weisen HZV-Verträge in den Regionen, in denen die Kassen die HZV als Innovation bewerten, hohe Teilnehmerzahlen bei Hausärzten und Versicherten auf. Mittlerweile steigen aber auch die Teilnehmerzahlen in Regionen, in denen die Kassen über lange Zeit versucht haben, die HZV zu torpedieren. Auch wenn immer noch nicht alle Widerstände ausgeräumt sind, wächst die Zahl der teilnehmenden Versicherten stetig. Wir sind zuversichtlich, dass immer mehr Versicherte von den Vorteilen einer Einschreibung in HZV-Verträge überzeugt werden können.

Wie steht es aktuell um HZV-Verträge?

Rund 17.000 Hausärzte nehmen daran teil und knapp 4,7 Mio. GKV-Versicherte sind bundesweit in HZV-Verträge eingeschrieben. Bezogen auf die GKV-Versichertenzahl insgesamt sind das rd. 7 %. Das Wachstum ist stetig bei rund 5 % bis 10 % pro Jahr. Diese Teilnehmerzahlen sind in Deutschland für einen Vertrag außerhalb des KV-Systems im Vergleich zu anderen Sonderverträgen beispiellos, wo maximal nur fünfstellige Teilnehmerzahlen erreicht werden.

In diesem Zusammenhang lassen Sie mich mit einem Gerücht aufräumen, ich bin versucht, von übler Nachrede zu sprechen.

Wieder einmal wurden die HZV-Verträge in den Kontext von Diagnosemanipulationen gerückt. Diese Behauptung, die immer wieder nur in den Raum gestellt, aber nie belegt wird, legt nahe, dass daran teilnehmende Hausärzte ungerechtfertigter Weise und wegen der finanziellen Anreize im Vergleich zum KV-System überproportional Morbi-RSA Diagnosen kodieren würden, um den Kassen einen Zuweisungsvorteil aus dem RSA zu verschaffen.

Nicht zum ersten Mal wird versucht, die HZV-Verträge zu diskreditieren, indem man sie in die Nähe von anderen offensichtlichen Diagnosemanipulationen rückt. Diese Behauptung ist zwar nie näher belegt worden, aber manchmal reicht es ja schon, eine Andeutung zu machen, um den gewünschten Effekt zu erzielen. Die Unterstellung geht dabei immer in die Richtung, dass die an der HZV teilnehmenden Hausärzte ungerechtfertigter Weise, im Sinne der Kassen kodieren, damit diese mehr Geld aus dem RSA bekommen würden.

Auch in dem kürzlich erschienenen Sonderbericht des BVA wird dieser Verdacht ein Stück weit be-
dient und dabei auf eine IGES-Studie Bezug genommen. Es ist hier nicht der Ort, um das merkwürdige
Zustandekommen dieser Studie und ihre Auftraggeber zu beleuchten. Nur so viel: wissenschaftliches
Arbeiten geht anders.

Leider werden im kürzlich erschienenen „Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ des BVA, die von bestimmter Seite verbreiteten und oben dargestellten Behauptungen gegen die Chronikerregelung in HZV-Verträgen unreflektiert aufgenommen.

Tatsache ist, dass von den an der HZV teilnehmenden Patienten zwischen 50 % und 60 % chronisch krank sind. Dies ist ein deutlich höherer Anteil als in der Gesamtheit der GKV-Versicherten, der bei circa 20 % liegt (und circa 80 % der Kosten verursacht). Wenn die IGES-Studie feststellt, dass in der HZV mehr RSA-relevante Diagnosen als im KV-System kodiert werden, liegt das eben nicht an Manipulationen, sondern an dem erhöhten Anteil von chronisch Kranken mit einem höheren Betreuungsaufwand. Dies belegen ja auch mehrere Evaluationen. Die HZV zu diskreditieren, in dem man sie in den Zusammenhang mit den sogenannten Betreuungsstrukturverträgen stellt, die Geld gegen Kodierung zum Gegenstand haben, können wir nicht akzeptieren. Das weisen wir scharf zurück. Wir versorgen unsere Patienten gut und wirtschaftlich! Wobei vielleicht immer wieder betont werden muss: Wirtschaftlich heißt nicht „Hauptsache billig“! Bei der Versorgung von chronisch kranken Menschen ist Geiz überhaupt nicht geil!

Ich kann in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt lassen, dass es kein Spezifikum der HZV-Verträge ist, eine für einen Chroniker erbrachte Leistung nur dann zu vergüten, wenn sie auch dokumentiert ist. Gleiches findet sich auch im EBM. Dort wird für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung ja ein Zuschlag (03220) gewährt, aber nur dann, wenn richtig kodiert wird. Im Wortlaut: *„Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03220 setzt die Angabe der gesicherten Diagnose(n) der Erkrankung(en) gemäß ICD-10-GM voraus.“*

Hat in diesem Zusammenhang irgendwer davon gehört, dass das BVA gegen den Kollektivvertrag oder den EBM vorgegangen wäre?

Kommen wir zu einem weiteren Schwerpunkt der Regierungsarbeit für die nächsten dreieinhalb Jahre: das Thema Digitalisierung.

Mir ist klar, dass wir hier über ein ganz weites Feld sprechen. Ich will mich daher auf die für uns wichtigsten Punkte konzentrieren. Es ist auf jeden Fall zu begrüßen, dass die neue Regierung hier deutliche Schwerpunkte setzt. Die Digitalisierung hat längst alle Lebensbereiche erfasst, man kann das mögen oder nicht, es ist einfach ein Fakt. Was generell vonnöten ist, ist der Ausbau einer vernünft-

tigen Infrastruktur. Wenn nur 2 % der deutschen Haushalte einen schnellen Internetzugang erhalten, ist das für das *Hochtechnologieland* Deutschland schon mehr als peinlich. Das Mobilfunknetz gleicht einem Schweizer Käse. Wir hoffen sehr, dass es der Regierung gelingt, diese Missstände zügig zu beseitigen. Nun mag man einwenden, was uns das angeht.

Denken wir nur an Möglichkeiten der Telemedizin, beispielsweise der Tele-VERAH, oder eine Verbindung zwischen Patient und Arzt über eine App, wie wir sie gerade mit *geniocare* entwickeln. Gerade dort, in den dünn besiedelten, ländlichen Gebieten, wo sehr viele Patienten zu versorgen sind, die Wege weit und Verkehrsanbindungen kaum vorhanden sind, könnten uns digitale Instrumente helfen. Dort gibt es aber leider auch keine Infrastruktur, also was sollen wir machen? Rauchzeichen geben? Trommeln?

Glücklicherweise sind wir seit Gesundheitsminister Gröhe wenigstens mittelbar in der Gematik vertreten und sehen, dass wir mit der Kritik an der veralteten Technologie nicht mehr alleinstehen. Auch der Vorstand des AOK Bundesverbandes, Martin Litsch, ist hier laut geworden. Konnektoren, Fristen, Finanzierung für die Praxen, all das sind Themen, bei denen endlich klare Vorgaben auf den Tisch müssen. Herrscht auf der Datenautobahn nun Rechts- oder Linksverkehr, oder Linksverkehr nur für Lastwagen? Ist es nicht möglich, sich von der Gesundheitskarte zugunsten neuer mobiler Technologien zu verabschieden? Wir brauchen keine Diskussionen über die PIN-Eingabe in der Praxis, soll die Digitalisierung doch die Arbeit, zumindest den bürokratischen Anteil, erleichtern und nicht vermehren.

Ich weiß, dass viele von uns dieser Welt noch skeptisch gegenüberstehen. Das ist auch sicher berechtigt, aber wir müssen akzeptieren, dass nicht nur die jüngeren Patienten, sondern auch unser Nachwuchs ein natürlicheres Verhältnis zu den digitalen Medien und Instrumenten hat.

Es gibt viele Ärgernisse mit der ersten digitalen Anwendung in der Praxis, der Praxis-EDV. Teuer, oft umständlich, fast immer mit stark veralteter Technologie ausgestattet. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrung ist es auch verständlich, dass eine elektronische Patientenakte kritisch gesehen wird. Aber sie wird kommen und wir müssen uns damit beschäftigen, damit der workflow in der Praxis nicht belastet und gestört wird.

Wir haben gemeinsam mit Partnern ein webbasiertes Softwarepaket für die Umsetzung der HZV entwickelt – geniocare, das mittels einer App, über eine hochsichere Verbindung, Patient und Praxis verbinden kann. Das finden auch viele Kassen interessant, mit denen wir darüber sprechen. Bei all diesen Projekten ist ein Grundprinzip klar und gesetzt: Zwischen Arzt und Kasse muss immer eine ärztliche Organisation stehen! In diesem Grundsatz sind wir uns auch mit der KBV und anderen Verbänden einig!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, dieses Thema wird uns auf jeden Fall weiterhin beschäftigen und wir sollten dafür sorgen, hier nicht wieder von bürokratischen Selbstverwaltungsentscheidungen überrascht zu werden. Wir sollten da lieber den frühen Vogel als den Wurm geben.

Neben unserem Bestreben, praxisadäquate Lösungen zu entwickeln, ist auch die neue europäische Datenschutzgrundverordnung ein gewichtiger Grund, up to date zu sein. Die am 25. Mai 2018 in Kraft tretende Verordnung betrifft keineswegs nur das Gesundheitswesen, sondern alle gesellschaftlichen Bereiche. Sich gut vorzubereiten, ist wichtig, hektische Betriebsamkeit allerdings nicht angebracht.

Ein wichtiger Aspekt für die Zukunft wird dabei sein, dass die physikalische Datenhaltung in der Praxis schwieriger und komplexer wird. Auch in diesem Zusammenhang ist unser Projekt geniocare zukunftsweisend, auf jeden Fall für die HZV.

Unser Justiziar, Joachim Schütz, hat Materialien und Erklärungen dazu versandt. Es ist nicht notwendig, sich hier Angebote der unterschiedlichen sich anpreisenden „Experten“ einzukaufen! Eine kontinuierliche Kommunikation und Information haben wir nicht nur über den *Hausarzt*, sondern auch über die üblichen Kanäle vorgesehen, wobei wir gerne das Fax langsam durch SMS, E-Mail oder ähnliche Instrumente ersetzen würden.

Über Themen wie das Fernbehandlungsverbot respektive dessen Aufhebung sollten wir anhand des vorliegenden Antrages diskutieren. Dem Thema wird auf dem Deutschen Ärztetag sicher eine ausführliche Beschäftigung zuteilwerden.

Wichtiger für uns ist die neue Musterweiterbildungsordnung. Nachdem der letzte Deutsche Ärztetag 2017 dem sogenannten Kopfteil zugestimmt hat, kommt es jetzt darauf an, die Kompetenzorientierung umzusetzen und festzuschreiben. Die vorbereitenden Gremien haben hier gute Arbeit geleistet. Unsere hausärztlichen Kollegen in der Bundesärztekammer, mit dem Vizepräsidenten Max Kaplan an der Spitze, haben uns und die Interessen der Allgemeinmedizin und einer qualitativ hochwertigen hausärztlichen Versorgung hervorragend vertreten! Vielen Dank an dieser Stelle dafür.

Dem Deutschen Ärztetag und den Landesärztekammern möchte ich an dieser Stelle aber auch eine dringende Botschaft mit auf den Weg geben: Wenn die Beschlüsse zur MWBO wieder wie bei dem Beschluss zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin in den Ländern torpediert werden, wird nicht nur der Deutsche Ärztetag mit seinen Beschlüssen zu einem zahnlosen Tiger degradiert. Man wird sich dann auch über die Kompetenz der Körperschaften, zumindest für die dringend notwendige klare und zielführende Weiterbildungsordnung für die hausärztliche Medizin, die Allgemeinmedizin, unterhalten müssen. Ein Flickenteppich in der Weiterbildung, in der die kleinste Kammer der Welt die Beschlussfassung des Deutschen Ärztetages konterkariert und andere Partikularinteressen vor die gemeinsame Linie stellt, wäre ein verheerendes Signal für den hausärztlichen Nachwuchs und würde von Ignoranz und Verantwortungslosigkeit zeugen.

Wir hoffen sehr und werden uns mit voller Kraft dafür einsetzen, dass der Deutsche Ärztetag in Erfurt eine MWBO beschließt, die ein gutes Signal an die folgende Generation abgibt und gleichfalls geeignet ist, Quereinstiege aus anderen Fächern flexibel und fachgerecht zu ermöglichen. Diese MWBO muss dann von den Landesärztekammern auch umgesetzt werden!

Bevor ich schließe, möchte ich mich bei dem gesamten Team ganz herzlich bedanken, das auch diese Frühjahrstagung so hervorragend organisiert hat und natürlich dem Landesverband Schleswig-Holstein für die Einladung an diesen schönen Ort und für das bestellte gute Wetter. Vielen Dank!