

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 17./18. September 2020 in Berlin

Ulrich Weigeldt

Bundesvorsitzender
des Deutschen Hausärzteverbandes

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste,

in diesem Jahr wird unser Verband, der Deutsche Hausärzteverband, 60 Jahre alt. Wenn das kein Grund zum Feiern ist! 60 Jahre und keineswegs alt, sondern putzmunter! Leider gestattet uns ein mikroskopisch kleines Virus nicht, in diesen Tagen eine wirklich würdige Geburtstagsfeier, wie eigentlich geplant, auszurichten. Wir müssen und werden das nachholen!

Der eigentliche Geburtstag ist der 3. beziehungsweise 4. Dezember, zu dem wir eine Chronik unseres Verbandes vorlegen werden, die unsere bewegende Geschichte vom BPA zum Deutschen Hausärzteverband erzählt.

Wir können stolz sein auf einen gestandenen Berufsverband, der gerade in der aktuellen Krise Handlungsfähigkeit zeigt und sich hoher Anerkennung in Politik, Medien und den Selbstverwaltungsorganen erfreut.

Dies kommt nicht von selbst, sondern ist der Arbeit der Mitglieder, der Delegierten, der Landesverbände und unserer engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf allen Ebenen zu verdanken!

Die Herausforderungen durch die Corona-Pandemie lassen nicht nur unsere Geburtstagsfeier und den traditionell immer gut besuchten Festabend nicht zu, sie haben auch unsere Kommunikation im Verband bis hin zur heutigen Delegiertenversammlung verändert. Ich freue mich, dass es dennoch so vielen Delegierten möglich ist, hier zu sein, so dass wir nicht ausschließlich virtuell debattieren müssen. Gleichzeitig begrüße ich alle, die sich medial zugeschaltet haben und hoffe, dass wir ohne technische Pannen unsere Aufgaben erledigen und einen guten digitalen Austausch haben können.

Das hat ja die Pandemie auch offenbart, dass nämlich Technik und Digitalisierung absolut nicht perfekt sind und immer wieder Störungen auftreten können. Ob es die aktuelle Panne mit dem Alarmsystem war – viele Sirenen haben funktioniert, die Apps zum großen Teil nicht! – oder die mit medialem Trommelfeuer auf den Markt geworfene, rund 20 Millionen Euro teure Corona-Warn-App, um die es still geworden ist, und natürlich die gematik-Datenpanne in vielen betroffenen Praxen, um

deren Kostenersatz wir nun streiten müssen und – bis zum 19. September 2020 befristet – lächerliche 150 Euro angeboten bekommen.

Das sind doch einige Beispiele dafür, dass wir uns dem allgemeinen Digitalisierungswahn, der an vielen Stellen nichts mehr mit einer sinnvollen und nachhaltigen Digitalisierung zu tun hat, nicht hingeben dürfen. Wir werden über diese Thematik noch sprechen, doch so viel sei hier schon einmal gesagt: Nach wie vor sind die Patientinnen und Patienten, wie wir Hausärztinnen und Hausärzte, komplett analog! Wir behandeln keine Datensätze, sondern individuelle Menschen – das ist personalisierte Medizin von Anfang an!

Über die Lebensveränderungen durch die Pandemie ist schon genug geschrieben und gesagt worden, sie haben auch uns betroffen. Wir haben dadurch beispielsweise gelernt, dass manche Reise zu Terminen nicht erforderlich ist, aber auch, dass die alleinige virtuelle Zusammenkunft unser Leben zugleich ärmer macht.

Daneben hat sich die Arbeit in unseren Praxen durch die notwendigen Anpassungen an die Pandemie zum Teil dramatisch verändert. Es hat sich aber vor allem erwiesen, wie wichtig und anpassungsfähig die hausärztlichen Praxen sind. Trotz fehlender Schutzkleidung, erratischen Herumirrens der Politik und enormer Verunsicherung unserer Patienten, ist die hausärztliche Versorgung stabil geblieben. Mit hoher Kreativität ist den Herausforderungen begegnet worden, indem z. B. Abstrichzentren, Infektionspraxen und andere Einrichtungen geschaffen wurden, um trotz Mangels an Infektionsschutzmaterial die Aufgaben bewältigen zu können. Es wurden Maßnahmen getroffen, ältere und gefährdetere Kolleginnen und Kollegen zu schützen, wohlgerne, ohne dass es Vorschriften oder gar Gesetze dazu bedurft hätte!

Während die Politik und die Medien vor allem den Rat von Virologen einholten (ein deutsches Phänomen), haben wir in enger Abstimmung mit der DEGAM auf allen Ebenen versucht, Einfluss zu nehmen, um eine vernünftige Strategie nach den Grundsätzen von Epidemiologie und Evidenz im Umgang mit der Pandemie zu erreichen. Dieser Herausforderung müssen wir uns weiterhin stellen! Erfreulicherweise erfahren wir dabei eine zunehmende Wahrnehmung durch die Medien. Die offensichtliche Überlagerung der Debatte über den Umgang mit der Pandemie durch Vor-Wahlkampf-Geplänkel ist nicht unbedingt hilfreich.

Wir haben immer wieder einheitliche Kriterien für Pandemiemaßnahmen eingefordert, im Moment habe ich den Eindruck, es geht nur noch um die Einheitlichkeit der Strafzahlung für Maskenverweigerer.

Wir brauchen eine wissenschaftlich begründbare einheitliche Teststrategie, welche die Prävalenz und die damit einhergehende Wertigkeit von Testergebnissen berücksichtigt, die Prävention von Risikogruppen sowie den Verzicht auf überzogene Reaktionen auf anlasslose Testergebnisse im Niedrigprävalenzbereich.

Enttäuschend ist, dass die hausärztliche Rolle und Leistung in dieser Pandemie nicht adäquat wahrgenommen werden. Das gilt gleichermaßen für die Kolleginnen und Kollegen wie für unsere Mitarbeiterinnen, unsere MFA und VERAH®. Zu unserer gemeinsamen Aufforderung des Verbandes medizinischer Fachberufe und des Deutschen Hauärzteverbandes, neben der vollkommen berechtigten Prämienzahlung an Pflegerinnen und Pfleger in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen auch die besondere Belastung der MFA zu berücksichtigen, haben wir nichts gehört.

Die hausärztlichen Praxen waren der Garant, die Krankenhäuser nicht in Überforderungssituationen zu bringen, viele andere haben sich in der Zeit vom Acker gemacht und in den Urlaub begeben!

Der Eindruck mangelnder Wertschätzung wird verstärkt, wenn, leider im Zusammenspiel mit der KBV, für Corona-Testungen in der Praxis 15 Euro aufgerufen werden. Auch nach der RKI-Richtlinie sollen sich diese Testungen in der Praxis nicht in Wattestäbchen-Steck-Aktionen am Fließband verlieren wie auf manchen Autobahnraststätten oder Flughäfen, sondern selbstverständlich muss eine individuelle Beratung über die Aussagekraft der Testung und die Konsequenzen bei positivem Ergebnis stattfinden. Eine ursprünglich vorgesehene Verpflichtung zur alleinigen Durchführung dieser Tests in der Praxis konnte erfolgreich abgelenkt werden. Es kommt hinzu, dass die wiederholten Pannen der Tests to go nicht nur enorme Ressourcen in den Laboren verschlingen, sie fördern auch nicht gerade die Glaubwürdigkeit politischer Entscheidungen.

Die Angst vor einer möglichen Infektion in der Praxis hat viele Patienten von einem Praxisbesuch abgehalten. Das mag in manchen Bereichen sogar medizinisch vertretbar, wenn nicht gar wünschenswert, sein, dabei betraf das aber eher chronisch kranke und ältere Menschen. Deshalb haben wir sehr rasch dafür gesorgt, dass infektiöse Patienten zu Hause blieben. Wir haben stark dafür geworben, vor dem Praxisbesuch anzurufen und uns massiv über das RKI und den G-BA, gegen den anfänglichen Widerstand der KBV, für eine Verlängerung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung via Telefon eingesetzt. Das hat sich nicht nur in der Praxis bewährt, sondern offensichtlich auch keineswegs die von einigen befürchteten negativen Effekte erzeugt: Die DAK hat in einer Untersuchung dazu jedenfalls keinen Missbrauchshinweis gefunden und uns unterstützt. Die telefonische Krankschreibung der uns bekannten Patienten ist weiterhin ein Thema, das zuletzt die BILD-Zeitung aufgegriffen und auf Seite 1 mit unserem Statement thematisiert hat. Wir sollten bei dieser patienten- wie praxisentlastenden Regelung dauerhaft bleiben können. Kritikern kann man entgegen, dass es sich nicht um eine Pflicht zur telefonischen Krankschreibung handelt, sondern um eine zusätzliche Option bei den uns bekannten Patientinnen und Patienten. Und nicht zuletzt hat Anfang Juni das Institut der deutschen Wirtschaft betont, dass die Ärztinnen und Ärzte durch die umsichtige Nutzung der Regelung *„einen substanziellen Beitrag zur Eindämmung des Infektionsgeschehens geleistet“* haben.

Der Herbst kommt, die Infektzeit steht bevor. Viele Medien fragen uns: Wer soll geimpft werden? Ich sage ganz klar: Im Praxisalltag kann nicht immer alles nach „Schema F“ laufen. Grundsätzlich, so viele wie möglich, mit Hauptaugenmerk auf Risikogruppen. Aber: Sie wissen doch in ihren Praxen am besten, ob ihre Risikopatienten sich tendenziell impfen lassen. Falls nicht, warum dann andere impfwillige Patienten wegschicken?

Zunächst müssen aber die Grundvoraussetzungen gegeben sein: Es müssen genügend Impfdosen produziert und geliefert werden. Vor allem muss die Distribution deutlich flexibler gestaltet werden – es darf nicht zu regionalen Lieferengpässen kommen.

Des Weiteren dürfen den Ärztinnen und Ärzten im Anschluss keine Prüforgien drohen, weil ihnen unwirtschaftliches Verhalten unterstellt wird. Es kann nicht sein, dass die Ärzteschaft zum Impfen aufgefordert wird und gleichzeitig Regresse fürchten muss, weil sie die Abnahmemenge im Vorhinein nur schwer einschätzen konnte.

Im Windschatten der Corona-Pandemie hat sich nicht nur das Ministerium in hoher Schlagzahl mit weiteren Gesetzesinitiativen beschäftigt, auf die wir noch zu sprechen kommen müssen, sondern auch in der Kassenlandschaft wird weiter daran gewerkelt, amerikanische Verhältnisse für die Versicherer zu gestalten. Der Wunsch vieler Kassen, allen voran in Hamburg, scheint zu sein, die Daten ihrer Versicherten möglichst vollständig und zeitnah zu erhalten. Dabei sieht es allen Bekundungen zum Trotz oft gar nicht danach aus, dass eine bessere Versorgung für die Versicherten im Vordergrund steht, sondern danach, den Steuerknüppel für die Versorgung in die Hand zu bekommen. Es geht schließlich bei einer Kasse, wie der Name schon sagt, um das liebe Geld. Einige Kassenvorstände kommen nicht von ungefähr aus dem Lager großer Beratungsunternehmen, denen die Begriffe EBIT und EBITDA in Fleisch und Blut übergegangen sind. Hier gilt es äußerst aufmerksam zu sein und dieser Tendenz nicht auch noch Vorschub zu leisten. Eine immer weitergehende Ökonomisierung der Medizin unter den „fürsorglichen“ Augen einiger Kassen ist mit uns jedenfalls nicht zu haben.

Die zunehmende „Kontrollettmoralität“ können wir nicht einfach hinnehmen und müssen auch in den Körperschaften, vornehmlich KV und KBV, darauf hinarbeiten, sich hier nicht zu ergeben, sondern die ärztliche Position zu verteidigen. Gerade in der HZV haben wir eine Vertragspartnerschaft und nicht ein Angestelltenverhältnis, was wir anscheinend immer wieder gegenüber einigen Kassen klarstellen müssen!

Manche Blütenträume einiger Kassen sind ja zunächst ausgeträumt (allerdings von den Versicherten bezahlt!) wie bestimmte Apps, die uns eben nicht förderungswürdig erschienen. Offen ist indes, wie weit die Datenschützer den Datenhunger in Bezug auf die ePA, die elektronische Patientenakte, begrenzen können.

„ePa“, „VSDM“, „eAU“ und „eRx“ sind einige Akronyme, hinter denen sich Dinge verbergen, die es zu beleuchten gilt:

Beginnen wir mit der elektronischen Patientenakte, die zuletzt mit dem Patientendatenschutzgesetz weiterentwickelt wurde. Es ist ja nichts dagegen einzuwenden, wenn die Bürger für ihre gesundheitlichen Daten eine sichere elektronische Patientenakte erhalten. Persönlich bin ich der Meinung, dass dies eine staatlich zu lösende Aufgabe ist, die mit den gesetzlichen Krankenkassen erst einmal nichts

zu tun hat. Schließlich muss das für alle gelten, gesetzlich wie privat Versicherte (und auch nicht Versicherte). Krankheiten richten sich nicht nach dem Versichertenstatus! Sollte diese Akte von uns befüllt werden, muss das ohne zusätzliche Aufwände in der Praxis, deren Aufgabe die Patientenbehandlung und nicht die Datenübertragung ist, geschehen können. Sollten Aufwände entstehen, müssen sie marktgerecht vergütet werden und nicht mit Punkten oder EBM-Ziffern (Drittvergleich!). Für die Information der Praxis sind die ePA-Daten nur mäßig interessant. Dabei ist nicht die Löschung von Daten durch die Patienten das Problem, schließlich können sie auch ohne Akte etwas verschweigen, sondern, dass es sich um unstrukturierte PDF-files handelt. Dadurch ist es eben nicht möglich, beispielsweise einen Laborwert, der in verschiedenen Praxen und Kliniken über die Zeit erhoben wurde, auf einen Blick zu erfassen, sondern dieser muss aus den verschiedenen Dokumenten händisch herausgesucht werden, wie jetzt auch. Also kein Fortschritt. Bilder sind durch die Telematikinfrastruktur (TI) in überschaubarer Zeit nicht in angemessener Größe zu übertragen, also auch hier kein Fortschritt. Aber die Regelungen, die Verpflichtungen für uns, müssen sofort gelten und sind strafbewehrt.

Das Versichertenstammdatenmanagement, kurz VSDM, muss, wieder strafbewehrt, in der Praxis durchgeführt werden (defekte Lesegeräte müssen auf eigene Kosten ersetzt werden). Davon haben wir nichts, die Patienten nichts, nur die Kassen sparen interne Bürokratie. Die wird halt in die Praxis verlagert. Die Krankenkassen selbst lehnen aus Kostengründen die Einrichtung sogenannter Patienten kioske ab, die einen Zugriff der Patientinnen und Patienten auf die Daten der eGK und auch der ePA ermöglichen würde. Aber wir Ärzte sollen es natürlich machen.

Das gleiche, noch verschärft mit einem Verantwortungsübergang, gilt für die eAU: Nicht mehr der Versicherte ist verantwortlich für die Übermittlung seiner Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Kasse, sondern wir – wieder strafbewehrt. Eine elektronische Übermittlung kann Vorteile haben, wie wir sie in Baden-Württemberg im Rahmen der HZV und 140a-Verträge durchführen, weil weniger Papierkram entsteht. Aber muss es gleich eine Verpflichtung mit Strafandrohung sein? Hauptnutznießer sind wieder die Krankenkassen.

Ob die Lösung der gematik für das elektronische Rezept aufgehen wird, ist noch nicht ausgemacht. Aber es wird schon einmal laut angekündigt.

Es ist schon dreist, wenn, angesichts der vielen Pannen und Ungereimtheiten, im Gesetz allein klar formuliert wird, was wir zu erwarten haben, wenn wir nicht sofort zu 100 Prozent alle technischen Anforderungen erfüllen können und wollen. Dass ein BSI, wenn es gefragt wird, den absolut höchsten Sicherheitsstandard vorschlägt, ist sicher kein Wunder, dass aber dieser ohne Rücksicht auf Verluste einfach so in den Praxen umgesetzt werden soll, zeigt deutlich, wie fremd der Versorgungsalltag dem BMG und seiner IT-Abteilung ist. Ob die aktuellen Versuche der KBV, die IT-Sicherheitsrichtlinie auf ein vernünftiges Maß zu begrenzen, Früchte tragen, wird sich erst in den kommenden Wochen zeigen.

Haben wir nichts anderes zu tun, als uns um elektronische Gerätschaften zu kümmern? Für alles und jedes müssen wir Beauftragte in der Praxis benennen. Man könnte darüber lachen, wenn nicht all diese bürokratischen Schikanen mit Sanktionen bei Nichterfüllung versehen wären. Was wir immer wieder kommunizieren und kommunizieren müssen, ist: Wer soll in Zukunft diese ambulante hausärztliche Versorgung übernehmen, wenn aus der absoluten Unkenntnis unserer täglichen Arbeit Vorschrift über Vorschrift in die Praxen geschossen wird? Die Praxen sind kein Ministerium mit 400 Mitarbeitern, die es zu beschäftigen gilt, sondern Einrichtungen für die Patientenversorgung! Patienten, die, wie gesagt, analoge menschliche Wesen sind und nicht nur Träger elektronischer Merkmale!

Um nicht komplett missverstanden zu werden: Ich bin durchaus ein Fan elektronischer Möglichkeiten, sie müssen aber das Leben erleichtern, die Bürokratie mindern und uns mehr Zeit für unsere eigentlichen Aufgaben lassen! Die Erfindung der Praxisverwaltungssysteme war sicher kein Fehler, die mangelnde Modernisierung allerdings schon.

Um zu erreichen, was wir wollen und brauchen, ist es wie mit der HZV: Wir müssen es selbst in die Hand nehmen und uns kreative Köpfe suchen, die mit uns und für uns diese technischen Lösungen erarbeiten und umsetzen.

Wir haben – ohne eine gematik – mit Partnern aus der Wirtschaft und aus den Krankenkassen wie der AOK Baden-Württemberg eine funktionierende Vernetzung der Kolleginnen und Kollegen auf die Beine gestellt, die ständig weiterentwickelt wird. Mit uns und ohne Sanktionsandrohungen (die man ja eigentlich nur braucht, wenn die mangelnde Überzeugungskraft des eigenen Konzepts klar ist).

Wir haben dieser Tage ersten Kolleginnen und Kollegen eine App zum Test bereitgestellt, die die Kommunikation zwischen Patient und Praxis auf einem sicheren Weg ermöglicht. Dies bieten wir über unsere Wirtschaftsgesellschaft selbst an, um Fremdeinflüsse auszuschließen, die dann vor allem ihren Profit im Auge haben, wie bei vielen sogenannten Service-Angeboten für die Praxen. Kommerzielle Anbieter wie doctolib, jameda etc. brauchen wir nicht und sie helfen auch der Patientenversorgung nicht weiter.

Wir kümmern uns darum, ob es nicht arbeitserleichternde Konzepte für das elektronische Rezept gibt, die man nutzen kann, aber nicht muss!

Die hohe Zahl von Gesetzesentwürfen und beschlossenen Gesetzen hier im Einzelnen zu referieren, würde den heutigen Tag sprengen. Beschränken wir uns auf die erkennbaren Tendenzen und einige Maßnahmen im Detail.

Rückblickend sind mehr als 30 Gesetze und Verordnungen vom Bundesministerium für Gesundheit in dieser Legislaturperiode abgearbeitet worden. Darunter fallen auch die Verfahren, die durch COVID-19 bestimmt waren und das waren nicht wenige: Ich erinnere nur an die Abweichung von der Approbationsordnung, die Testverordnungen und die COVID-19 Schutzverordnung.

Aktuell laufen noch folgende Gesetzesvorhaben, die wir politisch und medial begleiten bzw. begleitet haben

- Patientendatenschutzgesetz
- Notfallversorgungsreformgesetz
- Vor-Ort-Apotheken Stärkungsgesetz
- Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
- Krankenhauszukunfts-gesetz
- MTA-Reformgesetz
- Approbationsordnung.

In vielen dieser Gesetze werden unterschiedliche Sektoren mit Geld überschüttet, zum Beispiel:

- drei Milliarden Krankenhäuser (Zukunftsfonds)
- vier Milliarden Aufbau ÖDG
- 100 Millionen Sonderleistung für Pfleger in Krankenhäusern für Arbeit an COVID-19-Patienten.

Als kleines Aperçu am Rande sei erwähnt, dass die Krankenhäuser drei Milliarden Euro in Aussicht gestellt bekommen, gleichzeitig aber auch die Bestellung von 10.000 Beatmungsgeräten bei Dräger storniert wurden.

Das sogenannte Patientendatenschutzgesetz (Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur – PDSG) wird sehr wahrscheinlich morgen, in der 2. Lesung, den Bundesrat passieren. Das Gesetz wird dann in Kürze in Kraft treten. Kerngegenstand des Gesetzes war die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA), die ja seinerzeit – manch einer wird sich erinnern – wegen datenschutzrechtlichen Bedenken des BMJ aus dem Digitalen Versorgungsgesetz (DVG) herausgelöst wurde. Unsere Kritik an den Regelungen des PDSG bezog sich nicht nur auf die ePA – ich hatte hierzu schon berichtet – sondern auch auf die überbordenden datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeiten sowie die Bürokratie von uns Hausärztinnen und Hausärzten. Hier konnten wir dem Gesetzgeber verdeutlichen, dass wir nicht für den Datenschutz der gesetzlich vorgeschriebenen dezentralen Komponenten – diese werden schließlich von der gematik zugelassen und die sollte mal wieder für NICHTS verantwortlich sein – verantwortlich sind. Hier wurde eine ganze Menge in unserem Sinne nachgebessert.

Dies sind auf den ersten Blick kleine Erfolge, in der Praxis können sie aber von großer Bedeutung sein, gerade wenn man sich die ständigen Ausfälle der Konnektoren anschaut. Bei Themen, bei denen wir noch nicht durchdringen konnten – z. B. der angemessenen Vergütung bei der Befüllung der ePA oder der verpflichtenden Kennzeichnung der HZV-Teilnahme auf der eGK zur Vermeidung von Fällen der sogenannten nicht – vertragskonformen – Inanspruchnahme, bleiben wir hartnäckig und stehen der Politik und dem BMG weiterhin auf den Füßen. Bei der Gelegenheit nochmals der Hinweis, dass unsere Stellungnahmen zu Gesetzes- und Verordnungsvorhaben auf unserer Homepage nachzulesen sind. Hier kann sich jeder davon überzeugen, dass wir lupenreine Hausarztspolitik machen und sehr erfolgreich.

Das Notfallversorgungsreformgesetz sowie das Apotheken-Vor-Ort-Stärkungsgesetz sind schnell abgehandelt: Ersteres dümpelt seit Anfang 2019 als Eckpunktepapier in den Weiten des Gesundheitswesens herum, Letzteres ist im Wesentlichen in anderen Gesetzgebungsverfahren aufgegangen. Hier geht es „nur“ noch um die Gleichpreisigkeit bei Versandapotheken. Und bei diesem Thema wird die EU noch ein deutliches Wörtchen mitzureden haben.

Sowohl die Approbationsordnung als auch das MTA- Reformgesetz befinden sich noch im Stadium des Referentenentwurfs. Wir hatten uns mit Stellungnahmen eingebracht und behalten hier das weitere Vorgehen des BMG im Blick.

Mit dem Versorgungsverbesserungsgesetz soll die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zeitnah und nachhaltig verbessert werden. Dazu sollen unter anderem Liquiditätshilfen für Zahnärzte eingerichtet, ein Hebammen-Förderungsprogramm aufgestellt und die Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen verbessert werden. Darüber hinaus werden die Regelungen zu Verträgen der Besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) weiterentwickelt. Flankiert wird das durch das Krankenhauszukunftsgesetz: Es wird – wie bereits erwähnt – mal wieder Geld über die Krankenhäuser ausgeschüttet, knapp drei Milliarden Euro! Damit sollen insbesondere die Digitalisierung und die Notfallversorgung gefördert werden, während der ambulanten Versorgung mit Sanktionen gedroht wird, schließt sie sich nicht an die IT an.

Insgesamt sehen wir bei der Gesetzgebung die Tendenz, dass es in Richtung Zentralisierung geht. Eine Tendenz, die wir mit Argusaugen beobachten und auch hier werden wir unsere Expertise an die Verantwortlichen geben!

Dieser Bericht wäre nicht vollständig, ohne die Lage des Verbandes zu beleuchten.

Die runde Jahreszahl verleitet geradezu dazu, sich die vergangene Dekade kurz vor Augen zu führen.

Unsere Mitgliedschaft ist stabil, die demografisch vorhersehbaren Altersabgänge wurden in den Landesverbänden weitgehend durch neu gewonnene Mitglieder kompensiert. Die Stärke des Deutschen Hausärzteverbandes in der Wahrnehmung durch Politik und Medien hat darin ihre Basis. Aber wir dürfen nicht nachlassen und müssen den Kolleginnen und Kollegen immer wieder von neuem

beweisen, dass der Hausärzteverband ihre einzige von anderen unbeeinflusste, Interessenvertretung ist und sein wird. Auch wenn wir nicht alle unsere Forderungen erfüllt bekommen und nicht alle Ziele sofort erreichen, können wir gemeinsam auf das Ergebnis unserer Anstrengungen stolz sein!

Seit nunmehr 12 Jahren hat sich die Hausarztzentrierte Versorgung stabilisiert und bewährt, sie entwickelt sich stetig weiter, wenn es auch noch Gebiete gibt, deren Entwicklung wir offensichtlich noch besonders fördern müssen. Insgesamt haben sich bislang über 5,6 Millionen Menschen für diese Versorgungsform entschieden, 17.000 Hausärztinnen und Hausärzten versorgen Patienten in dieser alternativen Regelversorgung. Die Teilnahmezahlen entwickeln sich weiterhin stetig nach oben. Das hat auch die Diskussion um die ICD-Kodierung nicht negativ beeinflussen können. Wir haben mit Vertragsanpassungen, die etliche mühsame Verhandlungsstunden gekostet haben, auch diese Hürde genommen. Über unsere Managementgesellschaft HÄVG und das daran gekoppelte Rechenzentrum werden die Vertragsverhandlungen intensiv unterstützt und die Verträge umgesetzt und schneller als im Kollektivvertrag abgerechnet.

In der Krise hat sich gezeigt, dass die HZV krisenfest ist, Honorarverluste wie in der EBM-Welt hat es dort in der Regel nicht gegeben. Auch dies ist ein Beleg für die praxisorientierte und stabile Struktur dieser Verträge.

Der im letzten Jahr neu gewählte und verjüngte Vorstand hat sich zu einem guten Team zusammengefunden. Vor allem in der Hochzeit der Pandemie, als nur elektronische Kommunikation möglich war, hat sich gezeigt, dass wir da auf einem sehr guten Weg sind!

Wir konnten in etlichen Gesetzentwürfen durch fundierte Stellungnahmen und gute Argumentation u. a. vor dem BMG oder im Gesundheitsausschuss des Bundestages, wie auch mit etlichen Abgeordneten der demokratischen Parteien, die Perspektive der täglichen hausärztlichen Versorgung einfließen lassen. Natürlich kann man nie alles durchsetzen und muss sich auf Wesentliches fokussieren. Aber eines ist klar, Aufgeben ist nicht unsere Sache.

Wir haben mit dem Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband eine mittlerweile gesunde Organisation etablieren können, deren Angebote hohe Anerkennung genießen. Die

Entwicklung des Konzeptes der VERAH® sowie dessen Umsetzung hat zur Weiterqualifikation von inzwischen rund 12.800 MFA geführt und ist ein absolutes Erfolgsmodell. Zentrale Aufgabe des IHF ist u. a. der Kompetenzerhalt in der Allgemeinmedizin. Immer wieder sind wir von Seiten der Kassen damit konfrontiert, dass diese einen Nachweis zusätzlicher Kompetenzen fordern. Dies führt zu einer Überforderung der Weiterbildung. Beispielhaft sei hier die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) genannt.

Der Masterplan Medizinstudium 2020 und die Reform der Approbationsordnung haben viel Zeit und Kraft für die kontinuierliche Überzeugungsarbeit gekostet. Das Schneckentempo war allerdings frustrierend. Im Ergebnis zeigen sich die ersten Erfolge, auch, wenn wir bei der Umsetzung des Masterplans noch ein paar Hürden zu nehmen haben!

Besonderes Augenmerk legen wir darauf, die vielen auf uns zukommenden bürokratischen und vom Praxisalltag unbelegten Regelungen zu entschärfen. Dazu nutzen wir die politischen Kontakte, müssen uns aber auch beharrlich mit den Körperschaften auseinandersetzen. KBV und KVen brauchen immer wieder Impulse von außen, wir sind regelmäßig in intensivem Austausch mit der KBV, aber auch in den Ländern werden Impulse aus dem Verband gesetzt. Das System neigt, meiner Überzeugung nach, dazu, fast unabhängig von den handelnden Personen, Vorgaben umzusetzen und – wie es so schön heißt – „gangbar“ zu machen. Interessenvertretung sieht meines Erachtens anders aus, da muss auch mal der Konflikt nicht nur in VV-Reden thematisiert werden, sondern es müssen auch Taten folgen. Dann wird aber in der Regel der Verband gefordert. Das Drohen des BMG mit Ersatzvornahme beispielsweise scheint dieses System immer schwer zu beeindrucken.

Wir lassen uns nicht so leicht beeindrucken, mit unseren Landesverbänden und Mitgliedern im Rücken werden wir unsere Ziele konsequent verfolgen.

Es liegt einiges vor uns:

Über die kleinen und großen Ärgernisse, die die Telematikinfrastruktur mit sich bringt, haben wir gesprochen. Wir werden weiterhin Gespräche im BMG und mit dem Gesundheitsminister führen müssen und führen, um die bürokratische und letztlich auch finanzielle Belastung durch die Einführung elektronischer Verfahren zu minimieren. Gleichzeitig zeigen wir, dass wir nicht für alles und jedes eine gesetzliche Regelung und Verpflichtung brauchen. Es gilt da auch, dem Einfluss der Kassen auf die Politik ein Gegengewicht zu setzen.

Wir müssen nicht gegängelt werden und bis ins kleinste Detail gnadenlos kontrolliert werden!
Schließlich sind wir Mitglieder eines freien Berufes und sehr wohl in der Lage, eigenverantwortlich zu handeln. Dabei muss der Patient im Mittelpunkt stehen und weder das Interesse einer Krankenkasse noch politisches Kalkül für den bevorstehenden Wahlkampf!

Eine wichtige Aufgabe ist die Integration der angestellten Ärztinnen und Ärzte, deren Zahl zunimmt. Gleichwohl werben wir auch für die selbstständige Tätigkeit in der eigenen Praxis, die vor allem im Team die flexibelste Möglichkeit darstellt, Familie; Beruf, Freizeit und Fortbildung unter einen Hut zu bringen. Dafür bieten wir Hilfen an, die wir mit Partnern, aber auch mit der Stiftung Perspektive Hausarzt gestalten.

Die Scheu vor der eigenen Praxis ist keineswegs mehr die Angst vor der Investition (eine bessere Investition gibt es kaum), sondern die Sorge vor der zunehmenden bürokratischen Belastung, vor der gesetzlichen Gängelung und nicht zuletzt vor der Drangsal der Regressandrohungen, anderer Sanktionen und einer immer unübersichtlicher werdenden Honorarordnung im Altsystem des Kollektivvertrages. Wir müssen erreichen, dass der Spaß an der Arbeit mit den eigenen Patienten wieder in den Vordergrund rückt! Das ist ja nicht illusorisch und war auch schon besser, viele werden sich daran erinnern! Wir wollen keineswegs unseren Beruf schlecht reden, im Gegenteil, wir wollen die vielen positiven und befriedigenden Aspekte wieder sichtbar und lebbar machen. Mit dem neuen Leitfaden Niederlassung wollen wir hier ein Angebot an junge Hausärztinnen und Hausärzte machen, den Schritt in die Niederlassung zu gehen.

Wenn die flächendeckende hausärztliche Versorgung von diesen unerträglichen Hinderungen nicht befreit wird, wird sie zugrunde gehen. Wer glaubt, durch Investitionen in die schon jetzt zu zahlreichen Krankenhäuser, diese hausärztliche Versorgung ersetzen zu können, wird ein böses Erwachen erleben.

Dazu wollen wir es nicht kommen lassen und müssen weiterkämpfen!

Dafür wird sich in 2021, mit der bevorstehenden Bundestagswahl, zudem noch eine weitere Gelegenheit bieten. Viele Vorhaben im Koalitionsvertrag 2018, wie etwa die bessere Vergütung der hausärztlichen Versorgung und der sprechenden Medizin (ja, es war so explizit dringestanden), sind wenig oder gar nicht umgesetzt worden. Wenn wir wollten, könnten wir jetzt ein Auge zudrücken und es auf die Corona-Pandemie schieben – allerdings sind diese Vorhaben nicht nur zwei Jahre, sondern etliche Jahre überfällig! Es wird Zeit, dass erkannt und gefördert wird, was gut ist für unsere Patienten und für unser Gesundheitssystem! Dafür werden wir als Ihr Verband kämpfen, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Das tun wir gemeinsam, ob praktischer Arzt, hausärztliche Internistin oder Allgemeinärztin, anders geht es nicht.

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, vor allem unter den besonderen Bedingungen, wieder so hervorragend organisiert hat. Vielen Dank!