

Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln

Telefon 02203 5756-0
Telefax 02203 5756-7000

Sperrfrist: 10.05.2019, 15 Uhr

Es gilt das gesprochene Wort.

Bericht zur Lage
anlässlich der Delegiertenversammlung
des Deutschen Hausärzteverbandes
am 10. / 11. Mai 2019 in Erfurt

Ulrich Weigelt

Bundsvorsitzender

des Deutschen Hausärzteverbandes

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste,

die enge Vernetzung der Welt mit ihrer Fülle aktueller Nachrichten, die immer schneller und mit eindrucksvollen Bildern über uns hereinbrechen, lässt uns kaum noch zur Ruhe kommen. Gleiches gilt für die Gesundheitsinformationen, deren Zahl – „fake news“ eingerechnet – stetig steigt. Alles muss immer sofort und jederzeit verfügbar sein: Termine, die neuesten Medikamente, Laborbefunde und Bescheinigungen. Mittlerweile hört man immer öfter: „Im Zug kann ich in Ruhe arbeiten!“ Und man könnte meinen, Muße gibt es nur noch dort – zumindest wenn man den Verspätungsstress überwunden hat 😊

Gleichzeitig nimmt man aber auch eine zunehmende Oberflächlichkeit in der Diskussion um immer mehr Themen wahr. Vielleicht ist das auch ein Grund, warum anscheinend immer mehr Menschen bereit sind, vordergründigen Vereinfachungen und eben solchen Lösungsversprechen einfach so zu folgen.

Dabei müssen wir uns doch ernsthaft mit den großen Themen wie dem Klimawandel, der sich immer weiter öffnenden Schere zwischen Arm und Reich oder den Herausforderungen durch den demografischen Wandel auseinandersetzen – zumal sich diese unausweichlich auf das Gesundheitswesen und damit auch auf uns Hausärztinnen und Hausärzte und unsere tägliche Versorgung der Patienten auswirken. Armut, Lärm und schlechte Luft machen nun einmal leider krank!

Was uns nicht weiterhilft, ist die Tendenz in unseren föderalen Strukturen, dass die ausgewogene Balance zwischen Eigenständigkeit und Zusammenhalt ins Wanken gerät. Wir können das im europäischen Kontext deutlich erkennen – nicht nur beim Brexit. Der Individualismus überwiegt immer häufiger gegenüber einer notwendigen gesellschaftlichen Solidarität. Vielsagende Beispiele sind hierfür die aktuellen Diskussionen um Organspende und die Impfpflicht für Masern.

Die politischen Herausforderungen sind enorm: eine alternde Gesellschaft, ein zunehmender Pflege- notstand, der stetig steigende Bedarf nach Hausärztinnen und Hausärzten – da gibt es für einen Gesundheitsminister Einiges zu tun, da ist es mit Verwalten alleine nicht mehr getan. Dabei ist die Schlagzahl, mit der momentan Gesetz auf Gesetz folgt, durchaus beeindruckend. Vor wenigen Tagen erst gab es die Anhörung zum sogenannten *Faire-Kassenwahl-Gesetz*, kurz GKV-FKG. Dabei wurde das TSVG erst diese Woche Dienstag vom Bundespräsidenten unterschrieben.

Dann lassen Sie uns mal direkt in die Gesetzgebung eintauchen, liebe Kolleginnen und Kollegen.

Über das TSVG – nein, nicht den Turn- und Sportverein Gräfelfing, sondern das Terminservice- und Versorgungsgesetz – haben wir schon in seiner Entstehungsphase, im letzten Herbst in Bonn, gesprochen und unsere Forderungen dazu klar formuliert. Lassen Sie uns heute auf die Ergebnisse schauen, wobei ich mich auf einige, für uns wichtige Gesichtspunkte beschränken will. Schließlich hatte der Gesetzentwurf 191 Seiten. Auch die Anzahl und das Einbringen, Zurücknehmen und Wiedereinbringen von fast 100 Änderungsanträgen hatte es in sich, da kann von Entschleunigung jedenfalls keine Rede sein.

Wir haben unsere Forderungen rechtzeitig eingebracht und mit einer klaren und fokussierten Argumentation auch Wesentliches für die Hausärztinnen und Hausärzte erreicht. Dabei war die kollegiale Zusammenarbeit, vor allem mit den bayerischen und baden-württembergischen Kolleginnen und Kollegen, ein wichtiger Baustein dieses Erfolges. Für diese sehr fruchtbare Kooperation möchte ich mich an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich bedanken!

Die wichtigsten Erfolge unserer Interventionen beim TSVG will ich nur kurz aufzählen:

1. Für die Vermittlung von Facharztterminen durch Hausärzte waren zuerst zwei, dann fünf Euro vorgesehen. Im Ergebnis sind wir bei zehn Euro gelandet – ein kleiner Erfolg, wie hoch auch immer die Bedeutung dieser Vermittlungsgebühr zu bewerten ist.
2. Die Herausnahme aus der Verpflichtung, offene Sprechstunden ausweisen zu müssen, ist ebenfalls ein Erfolg. Schließlich haben wir schon immer Puffer für Akutpatienten in unseren Praxen vorgehalten.
3. Es gibt nun eine Bonusregelung für HZV-Versicherte – dieses ist eine schon lange erhobene Forderung von uns. Auch wenn deren Umsetzung durch eine Wirtschaftlichkeitsklausel kompliziert wird, sind wir hier in der Sache – nämlich, dass Versicherte für ihre freiwillige Teilnahme an der HZV belohnt werden sollen – einen großen Schritt weitergekommen.
4. Weiterhin wurde eine Fortgeltungsklausel für HZV-Verträge gesetzlich verankert, um vertragslose Zustände in Zukunft zu vermeiden. Dies gilt nur dann nicht, wenn die Kündigung auf einer erheblichen Rechtsverletzung beruht und die Aufsicht die Kündigung anordnet.

5. Ganz besonders wichtig war es uns, dass der Änderungsantrag 6 nicht ins Gesetz aufgenommen wurde. Dieser hatte die weit über das Ziel hinauschießende Entkoppelung von Diagnosen und Vergütung zum Kern. Leider ist dieser Passus im FKG nun wiederaufgetaucht. Dazu später mehr.

Leider bleiben nach wie vor etliche Kritikpunkte: Besonders die staatlichen Eingriffe in einen freien Beruf können und werden wir so nicht akzeptieren!

Mitunter habe ich für die Maßnahmen – dies muss ich doch zugeben – durchaus ein gewisses Verständnis, wenn ich die Klagen der Patienten darüber höre, dass sie dringende Facharzt-Termine ohne unsere Intervention nicht bekommen und gleichzeitig in manchen Praxen Leistungen angeboten werden, die mit dem auf dem Schild annoncierten Fach nur wenig zu tun haben. Dennoch: Das muss nicht über staatliche Eingriffe geregelt werden, die oftmals weniger bewirken als man sich erhofft. Auch hier, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist es einfach so, dass die HZV, als Alternative zur Regelversorgung im KV-System, bislang am besten aus diesem Dilemma hilft.

Wir haben schon in Bonn, im letzten September, darüber gesprochen: Die Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung und multimorbider Patienten muss im Vordergrund der Gesundheitspolitik stehen – das betont Bundesgesundheitsminister Spahn immer wieder ... und es ist ihm auch abzunehmen.

Man fragt sich allerdings, ob das auch unbedingt das Interesse aller Krankenkassen ist? Wir sind es leid, immer wieder süffisanten, zynischen oder subtilen Betrugsvorwürfen ausgesetzt zu werden, wenn es um die Kodierung von Diagnosen geht. Wir lassen uns nicht länger beleidigen oder eines angeblichen „up-codings“ bezichtigen, nur um einzelnen Kassen in der Auseinandersetzung um die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA als Munition zu dienen.

Jetzt aber zum FKG und hierzu fragt man sich: Was steckt denn hinter der Idee, die regionalen Kassen, insbesondere die AOKen, bundesweit für alle Versicherten zu öffnen und damit unter BVA-Aufsicht zu stellen? Wie sinnvoll erscheint eine solche Zentralisierung? Geht es hier vielleicht um die Auflösung der herkömmlichen Haftungsverbände? Hier fragt man sich doch, ob das alles wirklich ernst gemeint ist und ob es wirklich so kommen wird.

In der Verbändeanhörung zum FKG, die in dieser Woche stattgefunden hat, war einer der am häufigsten genannten Begriffe „*Manipulationsresistenz*“. Niemand, auch nicht das BMG, hat auch nur den kleinsten Nachweis, dass Hausärztinnen und Hausärzte Diagnosen „manipuliert“ haben.

Umgekehrt hat der wissenschaftliche Beirat im BVA, in seinem *Sondergutachten zur Wirkungsweise des Morbi-RSA im Jahr 2017*, gleich mehrfach konstatiert, dass die – angeblich allein durch Anreize erfolgte – signifikante Steigerung bestimmter Diagnosen im Wesentlichen die epidemiologische Entwicklung abbilde. In diesem Sondergutachten werden unter Bezugnahme auf die berüchtigte IGES-Studie zwar auch Diagnosemanipulationen durch Ärzte für möglich gehalten, aber schließlich eingeräumt, dass dafür keinerlei belastbare Belege vorlägen. Wer aber nachweislich zu Diagnosemanipulationen anreizt und damit zum Teil im Fokus der Staatsanwaltschaft steht, sind einige Krankenkassen, deren Interessen zur Einnahmoptimierung aus dem Morbi-RSA alles überstrahlt und die Versorgungswirklichkeit zu einer lästigen Nebensache degradiert. Übrigens zeichnen sich bei dieser versuchten Diagnosebeeinflussung vor allen Dingen die Kassen aus, die die Ärzte am lautesten der Diagnosemanipulation beschuldigen. „Haltet den Dieb!“ – diese Parole scheint immer noch zu wirken!

In einer als Prüfauftrag gekennzeichneten Passage in diesem Gesetzentwurf soll der unterschiedliche Aufwand von Hausarzt und Facharzt bei derselben Diagnose untersucht werden. Ziel ist, die Zuweisungen an die Kassen aus dem Morbi-RSA für eine hausärztliche Diagnose geringer zu machen als die eines Facharztes. Die vom Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen vor allem im fachärztlichen Bereich nachgewiesene Überversorgung von Patienten, die nicht nur unwirtschaftlich ist, sondern den Patienten auch schaden kann, werden über den angedachten Weg nicht sanktioniert. Und noch viel schlimmer: Die wirtschaftlichere und in Bezug auf den Bedarf des Patienten adäquatere hausärztliche Versorgung wird diskreditiert. Das könnte dazu führen, dass Krankenkassen, deren Ziel die Optimierung der RSA-Zuweisung ist, ihre Versicherten nicht mehr vom Hausarzt betreuen und dort die Versorgung steuern lassen, sondern sie direkt zu Fachärzten schicken. Damit würde die im TSVG behandelte Terminproblematik allerdings eher noch verschärft. Ist das vielleicht durch die Zuwendungen aus dem TSVG in den fachärztlichen Bereich vorbereitet worden?

Was habe ich mir auf meine Kritik an diesem Kokoloeres nicht alles anhören müssen? Das gipfelte sogar in der Aussage, dass wir doch froh sein sollten, wenn wir keine Diagnosen mehr notieren müssten, sondern uns stattdessen wieder mehr mit den Patienten beschäftigen könnten. Da frage ich mich doch ernsthaft: Geht's noch? Ja, was machen wir denn bitte täglich und mitunter auch nächtlich anderes? Sorry, aber da platzt mir echt der Kragen.

Wir haben es schon in Bonn und bei anderen Gelegenheiten deutlich gemacht: Wir sind nicht die Büttel der Krankenkassen! Fragen Sie mal Ihre Patienten, die Kranken, was sie für Erfahrungen mit denen machen, die sich tagaus tagein als *Patientenvertreter* generieren.

Der Manipulationsvorwurf, der, wie gesagt, nie substantiell belegt wurde, kommt vornehmlich aus Hamburg und wird von anderen dann brav nachgeplappert. So wird der Vorsitzende der TK, Jens Baas, nicht müde, in DER WELT und anderen Presseorganen diese Sau immer wieder durchs Dorf zu treiben.

Um die laufende Diskussion um das geplante FKG hinsichtlich der Manipulationsresistenz weiter zu beeinflussen, hat die TK die Ergebnisse einer Befragung von rund 600 Hausärztinnen und Hausärzten über unzulässige Diagnosebeeinflussungen durch die Kassen publiziert. Die TK scheut sich dabei nicht, diese vom TK-nahen WIG-Institut deklarierte Befragung als Gutachten zu verkaufen. Klar, ein richtiges Gutachten gibt mehr her als das Ergebnis einer schlichten Befragung. Diese Art des „Aufmotzens“ von Papieren kennen wir schon von der IGES-Studie, die in der Öffentlichkeit ebenfalls als Gutachten bezeichnet wurde.

Natürlich werden die Ergebnisse der Öffentlichkeit so verkauft, dass Kassen nach Auskunft der befragten Hausärztinnen und Hausärzte trotz gesetzlicher Untersagung weiterhin versuchen, Ärztinnen und Ärzte in unzulässiger Weise bei der Kodierung von Diagnosen zu beeinflussen. Der dem Ganzen zugrundeliegende Subtext ist natürlich der, dass die Hausärzte sich zu großen Teilen dazu „verführen“ ließen.

Tatsächlich besagen die Antworten der Hausärztinnen und Hausärzte aber, dass die Beeinflussungsversuche der Kassen vor 2018 viel größer waren als nach Inkrafttreten des HHVG. Aber selbst vor 2018 hat der größte Teil der Hausärzte die Kassenaktivitäten abgewiesen.

Wie schon ausgeführt, gibt es keinerlei Belege dafür, dass die deutsche Bevölkerung durch ein vermeintliches „up-coding“ der Ärzte fälschlicher Weise kränker gemacht worden ist. Und das, obwohl die Kassen versucht haben, Ärztinnen und Ärzte mit finanziellen Anreizen genau dazu zu verleiten. Damit können wir sehr deutlich machen, dass wir gegen die Manipulationsvorwürfe der Krankenkassen resistent sind. Das ist Manipulationsresistenz!

Richtig ist dagegen, dass bei exakterer Diagnosestellung und -kodierung manche der früher weniger beachteten Diagnosen nun eben häufiger notiert werden. Aber auch dieses sogenannte „right-coding“ wird nun schon beklagt – wie zum Beispiel durch den BKK-Verband in seiner Stellungnahme zum FKG.

Sieht man sich die vielen gesetzlichen Entwürfe an und fragt „cui bono?“, dann taucht immer wieder eine (noch) große Hamburger Krankenkasse auf, die sich im Risikostrukturausgleich zu kurz gekommen wähnt. Es kann doch nicht sein, dass die Versorgung der Bevölkerung und unsere medizinische Dokumentation den Einnahmeinteressen einzelner Krankenkassen aus dem RSA-Topf untergeordnet und damit massiv gefährdet wird. Der Verteilungskampf der Kassen untereinander darf keinesfalls auf dem Rücken von uns Ärztinnen und Ärzten oder unserer Patienten ausgetragen werden.

Und apropos „auf dem Rücken der Patienten“: Wir stellen uns klar gegen eine Streichung der Programmkostenpauschale für Disease-Management-Programme (DMP). Da waren wir uns im Übrigen bei der Verbändeanhörung mit den Patientenvertretern und den Vertretern der Selbsthilfegruppen sowie dem AOK-Bundesverband sehr einig. Die DMP sind ein wichtiges Versorgungselement und das Risiko, dass sie mit der Abschaffung der Programmkostenpauschale gleich mitverschwinden würden, wäre einfach zu groß. Nicht grundlos sind die DMP ein wichtiger Bestandteil unserer HZV-Verträge und ergänzen diese sinnvoll. Dabei ist uns durchaus bewusst, dass die DMP nicht immer allen Erwartungen entsprochen haben – und aus diesem Grund sind wir beispielsweise aktuell mit den Diabetologen dabei, das DMP-Diabetes sinnvoll weiter zu entwickeln.

An dieser Stelle will ich aber auch noch einmal betonen, dass es natürlich auch Krankenkassen gibt, die die Versorgung ihrer Versicherten offensichtlich durchaus im Fokus haben – vorne weg ist hier die AOK Baden-Württemberg zu nennen, die mit uns seit über zehn Jahren die HZV umsetzt und stetig weiterentwickelt! Und es gibt eine Entwicklung, dass auch andere Kassen in dieselbe Richtung gehen wollen, zum Beispiel Verbände wie die GWQ oder die ein oder andere AOK. Auch die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zeigt, dass es andere Ziele gibt als die der Hamburger Krankenkasse.

Aber auch auf vielen anderen Themenfeldern gibt es durchaus noch Optimierungsbedarf. So wird sich der Deutsche Ärztetag in Münster sehr intensiv mit der Einführung des *eLogbuchs* beschäftigen, um die schon lange beschlossene Musterweiterbildungsordnung endlich zu finalisieren. So kann die ärztliche Weiterbildung zukünftig noch exakter begleitet werden.

Wir müssen auf diesem Ärztetag aber auch in unseren Ländern dafür kämpfen, dass die beschlossene Musterweiterbildungsordnung Allgemeinmedizin ohne Modifikationen jetzt endlich umgesetzt wird. Es kann doch nicht sein, dass gerade diejenigen, die den Wert des Ärztetages hochhalten, im Land dann wieder versuchen, ihre Spezialinteressen regional durchzusetzen!

Gerade beim Thema „Nachwuchs“ brauchen wir keine Bremser – die gab es lange genug! Stattdessen müssen die Reformen und Ideen, die zum Teil ja längst beschlossen sind, endlich umgesetzt und gelebt werden (Ich fange an dieser Stelle nicht noch einmal mit dem „Masterplan Medizinstudium 2020“ an – seit seinem Beschluss im März 2017 (!) wird die Verantwortung immer nur hin- und hergeschoben und nichts umgesetzt). Dabei sehen wir doch längst, dass jede Maßnahme, die in die richtige Richtung geht, dankbar angenommen wird und echte Fortschritte bringt! Das fängt schon im Studium an: Im aktuellen „Berufsmonitoring Medizinstudierende“ zeigte sich deutlich, dass nicht nur die Attraktivität der Allgemeinmedizin steigt, sondern auch das Interesse im Verlauf des Studiums – also von Vorklinik zu Klinik zum Praktischen Jahr – kontinuierlich zunimmt! Diese Trendwende lässt sich auch – ganz aktuell – bei der Landarztquote in NRW beobachten.

Wir waren hier ja zunächst eher zurückhaltend und haben die Quote innerhalb des Verbandes kontrovers diskutiert. Neueste Zahlen sprechen aber eine eindeutige Sprache: Für das erste Auswahlverfahren haben sich mehr als 1.300 Bewerberinnen und Bewerber angemeldet. Deutlicher kann keine Studie nachweisen, wie groß das Interesse wirklich ist, als Hausärztin oder Hausarzt tätig zu werden. Und auch die aktuellen Zahlen der Ärztestatistik der Bundesärztekammer bestätigen das!

Natürlich kann das nur die eine Seite der Medaille sein. So müssen sich beispielsweise auch die Kommunen bewegen und attraktive Rahmenbedingungen schaffen. Wer glaubt, dass Ärztinnen und Ärzte ihr Leben vollkommen anders planen als andere junge Menschen, der irrt. Das fängt beim Thema „Infrastruktur“ an und setzt sich beim Angebot flexibler Arbeits- und Delegationsmodelle fort.

Lassen Sie mich an dieser Stelle kurz auf die Diskussion um die Entlastung von Ärzten, besonders von Hausärztinnen und Hausärzten durch *nichtärztliche Gesundheitsberufe* eingehen. Seit einiger Zeit geistert der Arztgehilfe, der sogenannte *Physician Assistant*, durch die Gesundheitswelt. Wir haben uns dazu schon positioniert. Nun hat sich auch die KBV dieses Themas angenommen. Nach unserer Auffassung sollte sich die KBV aus dieser Diskussion aber heraushalten – das haben auch andere Facharztverbände so signalisiert, um eigene Konzepte umzusetzen. Mit unserem VERAH®-Konzept gehen wir diesen Weg schon lange. Inzwischen gibt es bundesweit mehr als 12.000 dieser weiterqualifizierten MFA. Es spricht nichts dagegen, das Erfolgsmodell VERAH® weiter zu entwickeln, auch mit Akademisierung, wenn es so sein soll! Aber praxisfern ausgebildete Fachhochschulabsolventen können wir nicht gebrauchen. Irgendwelche Delegationsvereinbarungen der KBV mit dem GKV-Spitzenverband halten wir auch nicht für sonderlich zielführend, da die Kassen dann mitbestimmen, wie wir unsere Praxen organisieren. Das würde ich zumindest nicht wollen!

Außerdem sollte man sich Vergleiche mit anderen Ländern, die sich auf den Einsatz solcher PA beziehen, sorgfältig ansehen. In der Regel wird hier von Primärarztssystemen mit einer geringen Zahl von niedergelassenen Fachärzten und häufig auch staatlich organisierten und finanzierten Systemen ausgegangen. Einzelne Aspekte anderer Systeme aus dem jeweiligen Kontext herauszunehmen und auf unser Gesundheitssystem zu übertragen, ist nicht nur unseriös, sondern häufig den dahinterliegenden finanziellen Interessen geschuldet.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, was uns in all diesen Auseinandersetzungen am meisten hilft, ist die rasche Umsetzung der HZV in allen Regionen in Deutschland! Dieses Erfolgsmodell – in dem inzwischen über fünf Millionen Versicherte eingeschrieben sind – mit vollem Elan weiter auszubauen, wäre ein gutes Signal in die Politik, für den hausärztlichen Nachwuchs (dem wir mit dieser alternativen Regelversorgung gute und bürokratieärmere Arbeitsbedingungen bieten können) und für unsere Patienten, die die HZV schätzen gelernt haben. Wir haben immer wieder das freiwillige Primärarztssystem gefordert, nun müssen wir auch zugreifen! Wir wollen die Tarifpartnerschaft mit den Krankenkassen, das geht nicht im Kollektivvertrag der KV-Welt! Wenn ich höre, dass ja die HZV nicht die Lösung der Probleme sei und schließlich noch viel über die KV laufe, so ist das auf den ersten Blick nachvollziehbar – aber ich sage dazu: Ohne die HZV hätten wir mehr Probleme und diese Versorgung zu einer alternativen REGEL-Versorgung zu machen, macht uns unabhängig von den fachärztlichen Mehrheiten im Kollektivvertragssystem!

Um uns noch besser für die effektive und wirkungsvolle Interessenvertretung aller Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland – egal, ob angestellt oder selbstständig, ob Fachärztin für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin in der hausärztlichen Versorgung – und die Umsetzung der HZV aufzustellen, müssen wir unsere Organisation mitunter anpassen und modernisieren. Dafür diskutieren wir heute und morgen einige Satzungsänderungen und einen Kodex für den Verband und seine angeschlossenen Organisationseinheiten.

Wir wollen damit unsere Schlagkraft erhöhen und allen Hausärztinnen und Hausärzten einen Berufsverband mit großem Mehrwert bieten, in dem man gern Mitglied ist.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, natürlich beschäftigt uns alle auch das große Thema „Digitalisierung“: der Anschluss an die Telematikinfrastruktur, die elektronische Patientenakte oder die Auswirkungen, die das eRezept auf unsere Praxen haben wird – um nur einige Beispiele zu nennen.

Die Aspekte der Digitalisierung in diesem Lagebericht einigermaßen sachgerecht darzustellen, würde den zeitlichen Rahmen der Delegiertenversammlung sprengen – und ein nur oberflächliches Anreißen uns nicht weiterhelfen. Aus diesem Grund habe ich mich auf die wichtigen gesetzgeberischen Punkte und unsere Kammerthemen konzentriert. Wir werden über Digitalisierung aber natürlich ausführlich sprechen müssen, nur vielleicht nicht heute.

Bevor ich schließe möchte ich mich bei dem gesamten Team ganz herzlich bedanken, das auch diese Frühjahrstagung wieder so hervorragend organisiert hat und natürlich dem Landesverband Thüringen für die Einladung ins schöne Erfurt. Vielen Dank!