

Edmund-Rumpler-Straße 2  
51149 Köln

Telefon 02203 5756-0  
Telefax 02203 5756-7000

Sperrfrist: 22.09.2018, 10 Uhr

Es gilt das gesprochene Wort.

**Bericht zur Lage**  
**anlässlich der Delegiertenversammlung**  
**des Deutschen Hausärzteverbandes**  
**am 22.09.2018 in Bonn**

Ulrich Weigelt

Bundsvorsitzender

des Deutschen Hausärzteverbandes

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste,

zum zweiten Mal richten wir einen Internationalen Hausärzterttag hier in Bonn aus. Wir suchen dabei den Erfahrungsaustausch über die hausärztlichen Belange mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Ländern, wobei wir immer wieder feststellen, dass die Herausforderungen ähnlich sind und sich gar nicht so sehr unterscheiden. Die Diskussionen über die verschiedenen Lösungen oder Lösungsansätze zur Stärkung der Primärversorgung und der hausärztlichen Versorgung sind immer fruchtbar und können uns gegenseitig voranbringen.

Klar ist: Wir müssen uns weiter vorwärtsbewegen, denn Stillstand bedeutet Rückschritt! Wir müssen dabei die hausärztliche Praxis und die hausärztliche Medizin im Fokus haben, denn dafür haben wir diesen Berufsverband, der in zwei Jahren seinen 60. Geburtstag feiern wird.

Trotz viel Gegenwind hat sich der Deutsche Hausärzteverband gut entwickelt, ist sehr erfolgreich gewesen und wird es sicher weiter sein.

Die bisherigen gemeinsamen Anstrengungen von Bundesverband und Landesverbänden zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung schlagen sich in der Gesetzgebung nieder – zuletzt in der Betonung des § 73b SGB V gegenüber anderen selektivvertraglichen Regelungen, die alle in den § 140a SGB V verschoben wurden. Der Stellenwert und die besondere versorgungspolitische Bedeutung der Hausarztzentrierten Versorgung werden deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass sie als einzige selektivvertragliche Versorgungsform unter dem Titel „*Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung*“ im Gesetz geregelt ist!

Mit anderen Worten: Die HZV ist fester Bestandteil und Garant für eine hochwertige ambulante, hausärztliche Versorgung. Das ist unsere gemeinsame Errungenschaft!

So viel zu den schönen Seiten der Gesetzgebung, leider gibt es aktuell auch einige unschöne.

Unter Jens Spahn als Gesundheitsminister sehen wir aktuell, dass gesetzgeberischer Rückenwind kein Automatismus ist. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz beinhaltet Regelungen, auf die kurz einzugehen ist und die den Begriff „Staatsmedizin“ wieder aktuell werden lassen.

In diesem Gesetzesentwurf gibt es etwas Licht, aber leider auch viel Schatten. Beginnen wir mit Letzterem.

Wenig zielführend, insbesondere mit Blick auf den hausärztlichen Nachwuchs, sind die zunehmenden Eingriffe in die Berufsausübung. Gesetzliche Vorgaben, die die Ausübung des (Haus-)Arztberufs so einschränken, dass die Gestaltung der eigenen Praxisorganisation und der ganz konkreten Arbeitsabläufe in der Hausarztpraxis eingeengt wird, können wir nicht akzeptieren!

Die Anhebung der vorgeschriebenen Mindestsprechstundenzeiten von 20 auf 25 Stunden pro Woche ist ein solcher Eingriff. Auf unsere Intervention hin werden zukünftig wenigstens die Hausbesuche zur Sprechstundenzahl gezählt. Das wäre ja auch noch schöner gewesen!

Mal abgesehen davon, dass die allermeisten Hausärztinnen und Hausärzte sowieso deutlich mehr Sprechstunden anbieten: Wir lehnen diese Bevormundung ab! Das ist ein Eingriff in die innere Praxisorganisation! Das ist ein Eingriff in die Autonomie unseres freien Berufes!

Die Begleitmusik, die der stellvertretende Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, von Stackelberg, dazu angestimmt hat, setzt dem Ganzen die Krone auf: *Wir könnten schließlich auch spätabends und samstags arbeiten!* Mal abgesehen davon, dass viele Hausärztinnen und Hausärzte das ohnehin tun: Ich möchte mal sehen, wer von den Damen und Herren vom SpiBu abends oder samstags arbeitet. Es ist schlicht und ergreifend eine Frechheit, was sich die obersten Kassenvertreter da erlauben. Um das hier noch einmal ganz klar zu sagen: Wir sind nicht die Angestellten der Krankenkassen!

Zurück zum Gesetzentwurf.

Die sprechende Medizin soll im Vergleich zur Medizintechnik gestärkt werden. Das ist richtig, reicht uns aber nicht. Der Koalitionsvertrag war da schon weiter. Dort wurde vereinbart, dass die sprechende und (!) die hausärztliche Medizin gestärkt werden sollen. Hausärztliche Medizin ist eben nicht nur Sprechen, sie ist weit mehr. Sie beinhaltet auch mehr als die sogenannte Lotsenfunktion. Verschiedene Studien belegen, dass über 80 Prozent der vorgetragenen Patientenprobleme in den hausärztlichen Praxen abschließend gelöst werden. Insofern ist es natürlich zumindest mal ein positives Signal, wenn zukünftig anerkannt wird, dass die Vermittlung eines gebietsärztlichen Termins durch den Hausarzt eine zu honorierende Leistung ist. Allerdings ist der in Rede stehende Honorierungsbetrag von zwei Euro natürlich absolut lächerlich und muss spürbar nach oben gesetzt werden, um einen Effekt zu erzielen.

In Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern gibt es Regelungen, die das schon mal mit zehn Euro bewertet haben.

Regelungen, die den Erstkontakt und damit verbundene weitere Tätigkeiten von der Budgetierung befreien, werden in den fachärztlichen Praxen sicher zu entsprechenden strategischen Überlegungen führen. Auch die Budgetbefreiung von Terminen, die über die Terminservicestellen vermittelt werden, fördern solche Überlegungen.

Ein weiteres Lieblingsthema der Politik und des GKV-Spitzenverbandes sind die sogenannten „Offenen Sprechstunden“. Abgesehen davon, dass es gar keine rechtsichere Definition des Begriffes „Sprechstunde“ gibt, geht auch diese Forderung komplett an der hausärztlichen Realität vorbei. Das ist nicht nur, aber spätestens in jeder Grippezeit zu sehen! Da braucht es keinen erhobenen Zeigefinger aus Berlin.

Insgesamt ist dieses Gesetz viel Peitsche und sehr wenig Zuckerbrot. Ein „Niederlassungs-Beschleuniger“ ist es mit Sicherheit nicht! Wir haben unsere Position schon in der ersten Anhörung beim Bundesgesundheitsministerium sehr deutlich gemacht und bleiben hier mit beharrlicher Überzeugungsarbeit am Ball.

Auf das Thema Digitalisierung, das im TSVG anklingt und in einem in der Vorbereitung befindlichen „E-Health-Gesetz II“ dann konkretisiert werden soll, komme ich noch zurück.

Zunächst muss ich auf einige weitere problematische Themen zu sprechen kommen, die uns Sorgen bereiten.

Wir erleben in Nordrhein-Westfalen gerade ein sicher gut gemeintes Programm, das zwischen dem dortigen Ministerium von Herrn Laumann, den Kassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kammern abgestimmt ist und das die Unterversorgung mit Hausärzten in einigen Landstrichen beheben soll.

Dort sollen Krankenhausinternisten mit Hilfe eines monatlichen Salärs von 9.000 Euro abgeworben und quasi in einem Kurzlehrgang per einjähriger Praxisweiterbildung zu Fachärzten für Allgemeinmedizin gekürt werden, um dann in unterversorgten Gebieten in der Praxis zu arbeiten.

Natürlich müssen wir die Kolleginnen und Kollegen, die einen qualifizierten Quereinstieg in die Allgemeinmedizin wollen, unterstützen. Was dort jedoch beschlossen wurde, ist ein abenteuerliches Programm. Man geht hier zum einen von der falschen Annahme aus, dass es in den Krankenhäusern Internisten gibt, die „allgemein“ und nicht in einem der verschiedenen internistischen Spezialfächer tätig sind. Diese sollen dann ohne Erfahrung in der ambulanten Medizin innerhalb nur eines Jahres für die hausärztliche Versorgung fit gemacht werden. Für den Facharzt für Allgemeinmedizin absolvieren die Kolleginnen und Kollegen eine spezifische fünfjährige Weiterbildung inklusive der erforderlichen zweijährigen Weiterbildung in einer dafür ermächtigten Praxis. Dafür erhalten sie dann übrigens eine Förderung in Höhe von 4.800 bis 5.300 Euro monatlich und nicht wie in dem Konsenspapier vorgesehen 9.000 Euro.

Fatal ist dieses Programm aber auch, weil hier falsche Signale gesendet werden: Der Deutsche Ärztetag hat mit überwältigender Mehrheit den Beschluss bestätigt, dass, auch wenn der Fokus in der Weiterbildung zukünftig auf dem Kompetenzerwerb liegen soll, alle zukünftigen Fachärzte für Allgemeinmedizin eine zweijährige Praxisweiterbildung bei einem Allgemeinarzt durchlaufen müssen. Dies

muss in allen Landesärztekammern in der Weiterbildungsordnung verankert werden, damit es keinen Flickenteppich der Weiterbildung in Deutschland gibt.

Das wird durch das Konsenspapier jedoch konterkariert! Wenn die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages, also der Delegierten eben dieser Landesärztekammern, in den Ländern nicht umgesetzt werden, wozu dann noch solche Ärztetage?

Wenn sich da nichts ändert, muss letzten Endes die Frage erlaubt sein, ob die Weiterbildungsordnung, vor allem in der Allgemeinmedizin, zukünftig überhaupt im Aufgabenportfolio der Landesärztekammern bleiben kann.

Wir haben deshalb die Landesärztekammern in einem Brief noch einmal dringend aufgefordert, die Musterweiterbildungsordnung, wie auf dem Deutschen Ärztetag beschlossen, eins zu eins umzusetzen. Ich weiß, einige sind schon dabei, dies muss aber überall zum Standard werden.

Wir haben zusätzlich beschlossen, die Kolleginnen und Kollegen, die aus anderen Fächern in die hausärztliche Versorgung kommen wollen, bei dem Umstieg durch ein sogenanntes Quereinstiegscurriculum zu unterstützen. Dies sollten wir ausbauen, ohne aber die allgemeinmedizinische Weiterbildung zu verwässern!

Damit ich hier richtig verstanden werde: Diese Kritik hat überhaupt nichts mit den internistischen Kolleginnen und Kollegen zu tun, die die hausärztliche Versorgung gewählt haben, tagtäglich in der Praxis ihre Patienten versorgen und in aller Regel an unseren hausärztlichen Fortbildungen aktiv und gestaltend teilnehmen. Wir brauchen diese Kolleginnen und Kollegen nicht nur in der täglichen Patientenversorgung, sondern auch in unserem Verband. Wir wollen deshalb auch in unserer Satzung verankern, dass ihre Stimme gehört wird und dass klar ist, dass wir unsere Ziele nur gemeinsam erreichen können. Das kann ein anderer Verband, der eben nicht die hausärztliche Versorgung im Auge hat, sondern alle möglichen anderen Interessen berücksichtigen muss, schlichtweg nicht leisten!

Wir haben unter anderem deshalb das Forum Weiterbildung ins Leben gerufen. Wir brauchen nicht nur den Nachwuchs in den Praxen, sondern natürlich auch in unserem Verband, damit dieser auch in

Zukunft schlagkräftig für die hausärztlichen Interessen eintreten kann. Dieses Forum soll den Austausch zwischen dem Nachwuchs in den Landesverbänden, aber auch untereinander fördern. So wird beispielsweise mit dem „Werkzeugkasten Niederlassung“ die Erfahrung der jüngeren Niedergelassenen an die noch in Weiterbildung befindlichen weitergereicht.

Natürlich hätte man auch mich fragen können und ich hätte dann erzählen können, wie das 1983 gewesen ist...

Dieses Forum ist allerdings darauf angewiesen, dass es von den Landesverbänden unterstützt und gehört wird. Dazu wird es einen Beschlussvorschlag geben, der die Landesverbände auffordert, dieses Forum auch in den Landessatzungen zu verankern und ihren Sprecherinnen oder Sprechern Zugang zu den Vorstandssitzungen zu ermöglichen. Ich kann aus Erfahrung mit dieser Regelung sagen: Davon kann man nur profitieren. Daher bitte ich Sie um breite Zustimmung zu diesem Antrag!

Dass dieses Engagement für die Allgemeinmedizin Wirkung zeigt, lässt sich inzwischen nicht mehr ignorieren. Wenn das Deutsche Ärzteblatt sechs Seiten lang über den Imagewandel der Allgemeinmedizin und des Hausarztberufes berichtet und von einer Trendwende spricht, muss ja schon was passiert sein. Ich kann mich nicht erinnern, vorher schon einmal eine solch umfassende positive Berichterstattung über unser Fach in diesem Blatt gelesen zu haben.

Inzwischen gibt es auch harte Zahlen, die diese Trendwende belegen: Zwischen 2010 und 2016 hat die Zahl der Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin im stationären Bereich jedes Jahr im Schnitt um 14 Prozent zugenommen! Das weisen die Förderzahlen aus. Gleichzeitig steigen die Abschlusszahlen der Facharztanerkennungen. Auch wenn die Zahlen noch nicht reichen, sehen wir einen positiven Trend. Auch in Diskussionen mit Studierenden sehen wir ein höheres Interesse an der Allgemeinmedizin. Das Image ist deutlich besser!

Es gibt allerdings noch Hindernisse bei der Berufswahl, die endlich der Vergangenheit angehören müssen: Dazu gehört, egal was der Minister in Interviews sagt, nach wie vor die vermaledeite Regressbedrohung.

Natürlich ist es richtig, dass viele Regressandrohungen nicht exekutiert werden, sie machen aber viel Arbeit und Ärger. Und mitunter werden sie eben doch zur Realität, wie das Beispiel der Kolleginnen und Kollegen belegt, die wegen angeblich zu vieler Hausbesuche zu Strafzahlungen verdonnert wurden. Ein weiterer Kollege schrieb gerade, dass er wegen Heil- und Hilfsmitteln in Regress genommen wurde und nur aus Verantwortungsbewusstsein für seine Patienten den Bettel nicht hingeworfen hat.

Mal ehrlich, was soll das? Diese Bestrafung von Ärzten ist einmalig. Kassen entledigen sich damit einfach der vielleicht notwendigen Pflicht, diese Dinge mit ihren Versicherten zu regeln und schieben den Ärzten den Schwarzen Peter zu! Das muss ein Ende haben!

Nicht nur für uns müssen wir dafür kämpfen, sondern besonders auch für den Nachwuchs, der ohne solche Bedrohungen den Weg in die Niederlassung deutlich leichter finden würde. Wir brauchen einerseits die Möglichkeiten, zu vernünftigen Konditionen als angestellte Ärztinnen und Ärzte zu arbeiten, andererseits muss aber auch dafür gesorgt werden, dass der Weg in die Niederlassung oder vom Anstellungsverhältnis in die Niederlassung frei sind. Es bringt nichts, mühsam Förderprogramme auf die Beine zu stellen, um dann mit so einem Unsinn wie den Regressen alles wieder einzureißen!

Die Bedeutung der Primärversorgung durch qualifizierte Hausärztinnen und Hausärzte nimmt zu. Da schließe ich die internistischen Kolleginnen und Kollegen bei aller Betonung der Allgemeinmedizin als Kernfach selbstverständlich ausdrücklich mit ein! Demografie, medizinischer Fortschritt und die Veränderungen bei der Morbidität sind ohne eine starke Primärversorgung nicht zu bewältigen. Die nicht übertragbaren Krankheiten treten mehr in den Vordergrund, Chronifizierung, Multimorbidität und komplexere medikamentöse Therapiestrategien fordern eine ordnende hausärztliche Hand. Die Berücksichtigung der Ziele der Patienten und deren Einbeziehung in die Entscheidungsfindung sind typische hausärztliche Leistungen. Die Bedeutung einer guten Primärversorgung belegen nicht nur die jüngsten Veröffentlichungen der WHO (News highlights, September 2018), sondern auch das kürzlich veröffentlichte Sondergutachten des Sachverständigenrates Gesundheit.

Die WHO konstatiert, dass durch ein Primärarztsystem die Gesundheitssituation der Patienten verbessert wird und gleichzeitig die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems systematisch reduziert werden. Der Sachverständigenrat schreibt, dass *derzeit* ein generelles Primärarztsystem noch nicht gefordert werden könne, spricht sich aber faktisch dafür aus – auch mit dem Hinweis auf die HZV-Evaluationsergebnisse aus Baden-Württemberg.

Gleichzeitig geben in einer von uns beauftragten repräsentativen forsa-Umfrage 82 Prozent der Befragten an, dass sie ein Primärarztsystem, bei dem der Hausarzt erster Ansprechpartner ist und bei Bedarf die Behandlungen koordiniert, für sehr sinnvoll oder eher sinnvoll halten! Unsere Ideen und Konzepte finden also nicht nur in der Wissenschaft, sondern auch in der Bevölkerung inzwischen einen enormen Zuspruch!

Mit der HZV sind wir nach meiner Überzeugung da auf dem richtigen Weg: Eine gute strukturelle Qualität und ein angemessenes Honorar haben wir nur durch unsere eigenen Verträge erreicht. Dass auch beim Altsystem eine Verbesserung der Honorarsituation erreicht werden konnte, ist zu einem guten Teil dem Wettbewerbsdruck durch die Hausarztverträge zu verdanken. Dass dieser Druck notwendig bleibt, zeigt der letzte Honorarabschluss: Zwischen SpiBu und KBV wurde der Orientierungspunktwert um 1,6 Prozent angehoben. Das ist im besten Fall ein Inflationsausgleich! Von einer vernünftigen Vergütung der Hausbesuche sind wir nach wie vor meilenweit entfernt! Das soll jetzt durch das Institut des Bewertungsausschusses (InBa) geprüft und bewertet werden. Wir dürfen gespannt sein, ob hier ein Honorar herauskommt, das in seiner Kalkulationsgenauigkeit einer MRT-Untersuchung entspricht! Auf die lange Bank schieben, wird nicht funktionieren!

Ganz aktuell erreichte mich die Nachricht, dass auch die EBM-Chroniker-Regelung wegen der Blockade des SpiBu nicht korrigiert und in eine realitätsnahe Form gebracht wird. Jetzt liegt der Ball wieder im Feld des Erweiterten Bewertungsausschusses. Es kann doch nicht sein, dass unsere chronisch kranken Patienten auf wundersame Weise genesen sind, wenn sie ein Quartal mal nicht in der Praxis waren. Hier wird uns hausärztliches Honorar vorenthalten. Das können und werden wir uns nicht bieten lassen!

Diese grundsätzliche Missachtung hausärztlicher Leistung war zu Recht der Anlass, für die eigenständige Hausarztzentrierte Versorgung zu kämpfen! Leider erleben wir aber immer wieder, dass das

Wesen dieser Versorgungsform nicht verstanden wird. Die HZV ist eben nicht ein beliebiger Selektivvertrag zum Ausprobieren irgendwelcher neuer Methoden, sondern sie ist entstanden, um die hausärztliche Versorgung sicherzustellen; ich hatte vorhin bereits darauf hingewiesen. Sie setzt eben gerade nicht auf dem Kollektivvertrag auf, sondern ist ein eigenständiges System. Sie ist natürlich auch eine Folge der Tatsache, dass die hausärztliche Versorgung im KV-System immer wieder drohte, unter die Räder zu kommen. Auf die Schilderung der Details möchte ich hier verzichten.

Ärgerlich ist, wenn wir mit den HZV-Verträgen zum Spielball divergierender Kasseninteressen in Sachen Risikostrukturausgleich werden, insbesondere, wenn man die Hintergründe kennt. Dann weiß man nämlich, wie es zu den Unterstellungen kam: Aus einer bestellten Studie des IGES-Instituts, inklusive vagen Andeutungen, es könnte eine Manipulationsanfälligkeit bei den sogenannten Chronikerpauschalen in den Verträgen geben, wurde schwuppdwupp ein „Gutachten“ gemacht. Dabei werden diese undurchsichtigen Behauptungen dann auf einmal zu Tatsachen umgemünzt.

Wir verwehren uns entschieden gegen diese Angriffe auf die HZV und weisen den impliziten Vorwurf zurück, unsere Patienten auf dem Papier kränker zu machen als sie sind. Nicht umsonst hat uns das BSG in zwei Grundsatzurteilen bestätigt, dass die HZV rechtlich sauber umgesetzt wird und stellt unter anderem fest: *„[...] im Übrigen sind Anhaltspunkte dafür, dass die genannten Pauschalen (Chronikerzuschläge) nicht in erster Linie für die Verbesserung der Qualität der Betreuung und Behandlung der Patienten, sondern für das Codieren bestimmter Diagnosen gezahlt worden sein könnten, nicht vorgetragen worden und auch nicht ersichtlich.“*

Das Problem sind nicht die HZV-Verträge, sondern der Risikostrukturausgleich. Dieser muss wahrscheinlich korrigiert und neu ausgerichtet werden, nicht aber die Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung, die im Übrigen, ob geschiedst oder einvernehmlich verhandelt, zum Teil auch nach Inkrafttreten des HHVG, unbeanstandet umgesetzt werden.

Aufgeräumt werden muss auch mit der irreführenden Vorstellung, hohe Morbi-Zuweisungen an die Kassen seien die Quelle der höheren Vergütungen der Hausärzte in HZV-Verträgen. Dieses behauptete Junktim ist falsch. HZV-Verträge bewirken durch ihre Regelungen, dass die hausärztlichen Leis-

tungen Effekte haben, die – über alle Sektoren hinweg – im Vergleich zur Regelversorgung zu Einsparungen führen. Daraus wird die höhere hausärztliche Vergütung bezahlt. Den Versicherten kann so – wie bei der AOK Baden-Württemberg – bei der Arzneimittelzuzahlung eine Zuzahlungsbefreiung, finanziert aus den Einsparungen, zu Gute kommen. Und selbst dann bleibt immer noch genug Geld übrig, um aus den Einsparungen weitere Innovationen in der HZV zu finanzieren.

Noch einmal: Die HZV als besondere Vertragsform generiert ihre höhere ärztliche Vergütung aus den besonderen Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte, die zu Einsparungen bei den Krankenkassen führen. Diese Tatsache ist bisher eindrucksvoll und mehrfach am AOK Baden-Württemberg-Vertrag nachgewiesen worden. Noch stehen Evaluationen der HZV-Verträge in anderen Regionen aus. Aber am Beispiel aus dem Ländle ist exemplarisch belegt, dass die HZV-Verträge das Potenzial zu Einsparungen haben, die nichts mit den Morbi-RSA-Zuweisungen zu tun haben.

Solche Ärgernisse brauchen wir nicht! Wir kümmern uns lieber um die Weiterentwicklung der Verträge, die sich absolut erfreulich entwickeln.

Genauer gesagt, stehen wir aktuell vor einem neuen Meilenstein: Im Frühjahr 2019 wird sich der 5.000.000-ste Patient in die Vollversorgungsverträge einschreiben!

Wer hätte das noch vor wenigen Jahren gedacht? Jeden einzelnen Tag schreiben sich im Schnitt über 1.000 Versicherte neu in einen HZV-Vertrag ein. Die HZV ist damit der mit riesengroßem Abstand erfolgreichste Selektivvertrag weit und breit.

Unser Vertrag in Baden-Württemberg mit der AOK wird in wenigen Tagen seinen 10. Geburtstag feiern. Wir wollen an dieser Stelle schon einmal gratulieren und unseren Partnern, der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK, die früh dabei waren, dafür danken, dass sie so aktiv wie sonst kaum eine Kasse die Hausarztzentrierte Versorgung mittlerweile bis in den fachärztlichen Bereich gefördert haben.

Dieses Erfolgsmodell muss den eingeschriebenen Patienten, neben der besseren Versorgung, auch ganz konkret finanziell zugutekommen. Denn diese Versorgung durch ein freiwilliges Primärarzt-system senkt die Gesamtkosten des Systems, wie die WHO, aber auch die HZV-Evaluationen, ein-drücklich zeigen.

Daher sollten wir unsere Forderung noch einmal erneuern: Ein Bonusprogramm für die Versicherten muss gesetzlich verankert werden!

Eine AOK Baden-Württemberg braucht diese gesetzliche Regelung eigentlich ebenso wenig wie die Bosh BKK. Bei der AOK profitieren die Versicherten über Einsparungen bei den Rezepten, die Bosh BKK gewährt eine Prämie. Die gesetzliche Regelung muss aber auch im Interesse dieser beiden Kas-sen geschaffen werden, damit diese im Wettbewerb keine Nachteile erfahren, weil andere Kassen sich der Bonifizierung ihrer Versicherten entziehen.

Dass wir mit dieser Forderung nicht allein sind, zeigt ein Blick in das Sachverständigengutachten und ins europäische Ausland: Der Sachverständigenrat spricht sich für eine Bonusregelung aus. In der Schweiz gibt es schon länger einen Hausarzttarif mit einer 20 prozentigen Preisreduktion gegenüber dem Normaltarif!

Deutschland sollte hier nachziehen!

Wenn wir mit den Kolleginnen und Kollegen aus anderen Ländern ins Gespräch kommen, sind wir schnell beim Thema Digitalisierung. Dem können und werden wir uns natürlich nicht verschließen. Viele Akteure dringen auf den Markt, Gesundheitsminister Spahn hat dieses Thema, neben den The-men Wartezeiten und der Pflege, zu seinem Kernanliegen erhoben. Die elektronische Akte, ob nun Patientenakte, Gesundheitsakte oder wie auch immer sie am Ende heißen wird, wird kommen. Die Frage ist nur, wie. Das Recht der Versicherten, Einsicht in die eigenen Daten zu bekommen und in ihre weitere Verarbeitung einzuwilligen, ist ja nicht neu. Durch die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ist dieses Recht noch einmal konkretisiert worden.

In vielen Ländern ist eine elektronische Akte schon selbstverständlich wie z. B. in Dänemark oder Estland. Dort werden jeweils wichtige Daten in eine Akte gespiegelt, zu der die Bürger einen barrierefreien Zugang haben, also nicht auf Kartenlesegeräte oder ähnliches angewiesen sind.

Das Ganze muss natürlich für die Praxis ohne Störung der Praxisabläufe handhabbar sein!

Wenn jetzt eine App wie Vivy von einigen Kassen, privaten wie gesetzlichen – die DAK vorneweg – als die neue Akte mit viel Bohei auf den Markt geworfen wird, müssen wir uns dieses Angebot sehr genau ansehen.

Bei Vivy handelt es sich um eine derzeit auf Amazon-Servern gehostete Applikation, in der Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen ihre Daten, wie z. B. Laborwerte, Befunde und Medikamente, einspielen und ansehen können.

Die Versicherten werden aufgefordert, diese Daten bei ihren Ärzten einzufordern. Dem müssen wir nachkommen, wie bisher auch, nur eben auch elektronisch und innerhalb von 14 Tagen. Es spricht ja auch nichts dagegen, dass jedermann seine Gesundheitsdaten sehen kann.

Kein Problem ist die Einsicht der Patienten in ihre Daten. Ein gravierendes Problem liegt allerdings darin, dass die Organisation der Gesundheitsdaten hier in den Händen der Versicherten liegt. Das ist für die Datenqualität von Bedeutung.

Wir Ärzte haben wenig von diesem System, es ermöglicht uns keine direkte Kommunikation mit mitbehandelnden Kollegen oder Krankenhäusern, verzögert damit einen raschen Austausch im Sinne einer effektiven Behandlungskette – letztlich zulasten der Patienten. Jeder Beteiligte müsste sich in dem angedachten System, die Informationen jeweils von den Patienten schicken lassen.

Länder wie Dänemark oder Estland bauen auf Akten, bei denen die Daten arztgestützt organisiert werden. Dies schließt den Patienten explizit nicht aus! Aber auch bei der Befüllung der Patientenakte sollte der Arzt, konkret der Hausarzt, seine Patienten beraten, welche Daten in welcher Form wichtig für die Speicherung in der Akte sind. Entweder der Arzt entscheidet, welche Daten wichtig genug für die Speicherung in der Akte sind, oder er legt, auch auf Wunsch der Patienten, dort Daten ab. Dabei bleibt der Patient immer Herr seiner Daten, kann sie einsehen, die Weitergabe an andere Ärzte erlauben oder untersagen, oder kann auch Daten löschen (was z. B. in Dänemark ca. zwei Prozent der Versicherten auch machen).

Problematisch ist dabei der Wunsch der Kassen, irgendwie an die Daten zu gelangen. Dabei sollte man sich immer wieder vor Augen führen, dass Krankenkassen Versicherungskonzerne sind, die die Krankheitskosten ihrer Mitglieder abdecken, und nicht etwa Versicherten- oder gar Patientenvertreter!

Ein Wort muss ich hier noch zur KBV verlieren. Dort freut man sich, dass für diese Kassen-App die KV-Connect-Schnittstelle benutzt werden kann. Damit wird die Tür in die Praxis noch weiter aufgestoßen werden. Allerdings handelt es sich bei dieser App um ein privatwirtschaftliches Produkt, dessen Anwendung zwar Aufwand, aber keine EBM-Vergütung dafür generiert. Also muss dem Patienten eine entsprechende GOÄ-Rechnung gestellt werden.

Wir haben ja hier bereits mehrfach unsere eigenen Ideen für die Nutzung der digitalen Möglichkeiten vorgestellt.

Mit geniocare haben wir eine Software für die HZV-Verträge insbesondere für die Länder entwickeln lassen und ausgerollt, die nicht oder nur zu horrenden Preisen von den AIS umgesetzt wurden. Damit haben wir erreicht, dass zum einen die AIS-Häuser bei den Hausarztverträgen jetzt keine Umsetzungslücken mehr haben und zum anderen, dass die Preise deutlich nach unten gegangen sind. Damit ist ein Konfliktfeld gelöst.

Wir wollen mit einer aus der Praxis heraus funktionierenden App die Kommunikation zwischen Arzt und Patient sicher und komfortabel gestalten. Diese wird unter dem Namen egopulse hier vorgestellt werden. Neben der Erleichterung der Kommunikation besteht damit auch die Möglichkeit für Versicherte, den Medikationsplan und weitere Informationen zu erhalten. Hier findet die Organisation der Daten allerdings aus der Praxis heraus statt. Das ist ein ganz wichtiger Unterschied zu anderen Modellen. In unseren Verträgen mit den Krankenkassen wird darüber hinaus für diese zusätzliche ärztliche Leistung eine entsprechende Vergütung vereinbart. Die Daten werden auch nicht auf den Servern einer amerikanischen Firma, sondern auf dem sicheren Server unseres Rechenzentrums gespeichert.

Es wird sicher auch weitere Entwicklungen in dieser Richtung geben. Unser Anspruch dabei ist es, immer etwas anbieten zu können, was eng mit Hausärzten entwickelt wurde, in den Praxisablauf integrierbar ist und nicht anderen Interessen dient.

Therapiefreiheit im digitalen Zeitalter bedeutet für mich, dass wir uns weder von den AIS-Anbietern noch von der Kassensoftware abhängig machen. So, wie es für uns alle heute in vielen Bereichen selbstverständlich ist, dass wir Apps von unabhängigen Dienst Anbietern nutzen, um uns privat und beruflich zu organisieren, wollen wir auch mit digitalen Diensten sicher und unabhängig arbeiten. Das muss das Ziel sein.

Lassen Sie mich zum Schluss noch ein medizinisch-ethisches Thema anschneiden. Die Diskussion um die Organspende ist von Gesundheitsminister Spahn angestoßen worden. Angesichts der großen Probleme, ausreichend Spenderorgane für die entsprechenden Patienten zur Verfügung zu haben, ist diese Debatte wichtig. Ich weiß, dass in vielen Praxen für die Zustimmung zur Organspende geworben wird. Viele von uns werden einen Organspendeausweis bei sich haben. Persönlich glaube ich, dass die derzeitige Lösung viele Nachteile hat und würde aus der hausärztlichen Sicht sehr befürworten, wenn wir in Kenntnis der aktuellen Probleme für die Widerspruchslösung eintreten, wie sie in fast allen europäischen Ländern besteht.

Unabhängig davon, ob man jetzt für oder gegen die Widerspruchslösung ist: Die Patienten müssen in der Lage sein, eine informierte Entscheidung treffen zu können. Deswegen wird sich unser Verband

noch in diesem Jahr an einer Informationskampagne gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beteiligen. Ziel ist es, die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen bei der Information ihrer Patienten zu unterstützen – wobei man immer im Hinterkopf haben muss, dass die Zeit häufig leider sehr begrenzt ist. Hierzu werden die Landesverbände zeitnah weitere Informationen erhalten.

Abschließend möchte ich mich bei dem gesamten Team ganz herzlich bedanken, das auch diesen Internationalen Hausärztetag wieder so hervorragend organisiert hat. Vielen Dank!