

**Bericht des Vorstandes, gehalten vom 2. Vorsitzenden,  
anlässlich der 17. Sitzung der Vertreterversammlung  
der Legislaturperiode 2005 bis 2010  
am 27. Februar 2008**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,  
sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Gäste,

das letzte Jahr war von einer umfassenden Gesundheitsreform nebst Vertragsarztrechtsänderungsgesetz geprägt. Damit wurden Schwerpunkte gesetzt, die die bestehenden Strukturen der Patientenversorgung schneller als erwartet verändern. Der Wettbewerb steht im Mittelpunkt eines in sich widersprüchlich definierten Marktes. Wettbewerb auf der einen Seite und eine solidarisch finanzierte gesetzliche Krankenversicherung auf der anderen Seite passen einfach nicht zusammen. Wenn man sich ausschließlich an den Regeln des Marktes orientiert, kann man nicht gleichzeitig an bestimmten Strukturen festhalten für den Fall, dass im Gesundheitswesen wirklich die Gesetze des Marktes greifen. Dieser Pseudowettbewerb führte Ende des Jahres 2007 und zu Beginn des Jahres 2008 zu den derzeit bekannten Tatsachen, die sich in Bayern und Baden-Württemberg und teilweise auch in anderen Bundesländern, z. B. Hessen, abzeichnen.

Die Monopole der Ärzte sollen aufgebrochen werden. Im Fokus stehen hier die ärztlichen Körperschaften, insbesondere die KVen mit ihren Mitgliedern, die bisher die ambulante Versorgung prägten. Kollektive Versorgungsverträge sollen durch Einzelverträge mit den Krankenkassen ersetzt werden. Dann haben die Krankenkassen die Aufgabe, die ambulante Versorgung sicherzustellen. Viele Gruppen von Ärzten werden sich untereinander zerstritten um Verträge mit den Krankenkassen reißen. Es wird auch viele Ärzte geben, die keine oder schlechte Verträge bekommen. Wie frei machen freie Verträge den Arzt? Die Krankenkassen stehen angesichts des drohenden Gesundheitsfonds unter erheblichem Kostendruck. Jedenfalls sind sie nicht reich und können den Ärzten kaum jeden Wunsch erfüllen. Wünsche gibt es aber reichlich, bei den Ärzten selbst und bei ihren Verbänden, die die Zersplitterung innerhalb der Ärzteschaft zum Teil vorantreiben. Sie wollen das scheinbare Machtvakuum der Kassenärztlichen Vereinigungen ausfüllen und selbst an die Stelle treten, Forderungen stellen und eigene Interessen durchsetzen. Systemausstieg heißt die Devise. Was aber teilweise den Ärzten, insbesondere aktuell im Zusammenhang mit dem avisierten Hausarztvertrag in Baden-Württemberg versprochen wird, ist unrealistisch. Solche Einzelverträge müssen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Lasten aus einem solchen Vertrag verteilen. Es bleibt abzuwarten, wer dabei auf der Strecke bleibt. Eine neue Honorarfront wird die alte ablösen.

In den letzten Jahren wurde im Gesundheitswesen rigide gespart. Ziel war Beitragssatzstabilität. Heute sparen, egal, was morgen ist, ist die Devise. Offenbar zu kurz gedacht. Denn die Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten werden sich nicht mehr lange mit beruhigenden Versicherungen aus dem Hause Schmidt kaschieren lassen. Die Versicherten, insbesondere die Patienten, merken, was hier passiert. Sicherheit und Transparenz der bisherigen Versorgung gehen verloren. Die Süddeutsche Zeitung vom 31. Januar 2008 schreibt dazu: „Wenn sich aber eine ganze Gruppe von Hausärzten aus der kollektiven Vertretung verabschiedet, könnte das die Ärzteschaft langfristig empfindlich schwächen. Ihre Verhandlungspartner, die Kassen, fusionieren seit Jahren zu immer mächtigeren Einheiten. Eine geteilte und zerstrittene Ärzteschaft ist in den Verhandlungen ein geschwächter Gegner.“ Wie wahr!

Ärztliche Selbstverwaltung ist kein Selbstzweck. Sie dient dem Gemeinwohl und zugleich den Interessen ihrer Ärzteschaft und hält beides im Gleichgewicht. Dieses Gleichgewicht ist aber nun durch politische Vorgaben empfindlich gestört worden. Die ärztliche Selbstverwaltung muss ein ausreichend ausgestattetes Haus bieten können, in dem alle Fachgruppen gemeinsam unter einem Dach gut arbeiten können. Das ist die zentrale Herausforderung der nächsten Jahre. Darüber hinaus muss die Selbstverwaltung Einzel- und Gruppeninteressen dringend ausgleichen, um der Gefahr eines Zerfalls von Innen zu begegnen. Hinzu kommt, dass der Staat mit der Forderung nach solidarischem Wettbewerb die Quadratur des Kreises von der ärztlichen Selbstverwaltung fordert. Dennoch muss sich die Selbstverwaltung und auch die KV Thüringen diesen neuen Rahmenbedingungen stellen. Die KV hat eine über Jahre gewachsene Fachkompetenz. Deshalb denken wir, dass die Chancen für die KV Thüringen in

Zukunft nicht schlecht stehen, wenn nicht eine kurzsichtige und nur auf Krankenkassenbeiträge ausgerichtete Politik qualitative und patientenorientierte Gestaltungsmöglichkeiten verhindert. Eine enge Abstimmung und Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden in Thüringen ist dabei die oberste Prämisse.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, es wäre das Dummste für die Ärzteschaft, wenn sie sich in einem beginnenden Vertragswettbewerb spaltet und den gut aufgestellten Kassen mehrere Anbieterstrukturen gegenüberstellt. Wir würden wie die Lemminge in den Preiskampf ziehen.

### EBM 2008

Sehr geehrte Damen und Herren, dass der EBM 2008 eine Vielzahl von Problemen nach sich zieht, war von vornherein klar. Wir möchten nicht auf die Details eingehen. Hauptproblem ist die Pauschalierung, die das Gesetz vorschreibt, aber die vorrangig auf Betreiben des Hausärzterverbandes zustande gekommen ist. Pauschalen, wie wir sie im hausärztlichen Bereich derzeit haben, werden im fachärztlichen Bereich in der Zukunft noch kommen. Leiden wird darunter immer, dass wir damit die Differenziertheit der Versorgungsstrukturen und -angebote nicht adäquat abbilden können.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hält jedoch ihre Zusage ein und hat im Bewertungsausschuss für Anpassungen des EBM 2008 an die Erfordernisse der Praxis gesorgt. So wurde z. B. die Abrechnung der Versichertenpauschale und des Zuschlages für chronisch kranke Patienten für diabetologische Schwerpunktpraxen seit dem 01. Januar 2008 rückwirkend ermöglicht.

Das Grundübel besteht jedoch darin, dass die vom Bewertungsausschuss beschlossenen Höherbewertungen im EBM keine finanziellen Konsequenzen haben. Der Gesetzgeber hat für das Jahr 2008 an der stringenten Budgetierung der Gesamtvergütung festgehalten. Von Kassenseite wird uns der sogenannte EBM-Effekt in den derzeitigen Honorarverhandlungen mit Blick auf das Jahr 2008 entgegengesetzt. EBM-Effekt bedeutet in den Augen der Krankenkassen Bewertung hoch, Punktwert runter, und das sowohl für budgetierte als auch nicht budgetierte Leistungen.

### Honorarreform 2009

Mit dem neuen EBM und den darauf aufsetzenden weiteren Schritten soll die Morbidität endlich wieder an die Krankenkassen zurückverlagert werden. Ab dem 01. Januar 2009 soll es feste Preise in Euro im EBM geben. Der Bewertungsausschuss steht vor einem Mammutprogramm. Er muss erst einmal bis zum 15. September 2008 den Orientierungspunktwert für das ganze Bundesgebiet festsetzen sowie Kriterien der Kosten- und Versorgungsstruktur, die dann wiederum den Korridor für die Abweichung vom Orientierungspunktwert definieren. Eine weitere Rolle spielt der Behandlungsbedarf. Dieser bestimmt neben dem Orientierungspunktwert die künftige Gesamtvergütung.

Wir befürchten, dass die Honorarreform zum 01. Januar 2009 nicht zu einer Verbesserung der Honorarsituation der Ärzte in den neuen Bundesländern führt, da die vertragsärztlichen Leistungen in den neuen Ländern nicht mit dem bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert vergütet werden. Durch „mögliche Abweichungen auf Landesebene“ verkommt der bundeseinheitliche Orientierungswert zu einer statistischen Größe. Es wird sogar bestimmt, dass für diese regionalen Abweichungen die Wirtschaftskraft des Landes Anwendung finden kann. Damit würden die Ärzte hier in den neuen Bundesländern bedingt durch die schwache Wirtschaft keine gesetzliche Anspruchsgrundlage für die Verbesserung der Honorarsituation erhalten.

Mit dieser Befürchtung haben wir in den letzten Monaten sowohl Landes- als auch Bundespolitik konfrontiert. Aus dem Bundesgesundheitsministerium kommen hierzu nur beschwichtigende Aussagen. Diese münden weitgehend in der Wiedergabe des Gesetzeswortlautes. Gegenüber der Bundeskanzlerin – der Schriftverkehr liegt Ihnen aus – wurde die Thematik nochmals an die Politik herangetragen. In der Antwort aus dem Bundeskanzleramt wird darauf verwiesen, dass zwar für die Vergütungen ein bundeseinheitlicher Orientierungswert festgelegt wird. Dieser Wert wird an die regionalen Gegebenheiten angepasst, die sich aus den Unterschieden bei den für die Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten ergeben. Das Bundeskanzleramt hält eine solche Differenzierung für gerechtfertigt und sinnvoll, unabhängig davon, ob die ambulante medizinische Versorgung gut oder schlecht ist. Es geht sogar noch weiter, nämlich dass auf alle Fälle ein regionaler Abschlag vom Orientierungswert vereinbart wird, der darüber hinaus noch gewährleisten soll, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt wird.

Mit welcher Ignoranz über die tatsächlichen Probleme der ambulanten ärztlichen Versorgung in den neuen Bundesländern weggewandt wird, zeigt ganz deutlich dieser Schriftverkehr. Wir werden jedoch nichts unversucht lassen, um weiterhin in der Politik mit Blick auf die zukünftige Honorarreform die längst überfällige Angleichung der Vergütung einzufordern.

#### Landesebene

Zwischen der Sonder-Vertreterversammlung am 23. Januar 2008 und der heutigen Vertreterversammlung sollte ursprünglich die Verhandlung mit der AOK Plus unter Moderation des Schiedsamtvorsitzenden, Herrn Dr. Nicolay, am 19. Februar 2008 fortgesetzt werden. Es wäre schön gewesen, Ihnen an dieser Stelle etwaige Verhandlungsergebnisse vorstellen zu können. Leider musste jedoch die Verhandlung aufgrund von Krankheit des Schiedsamtvorsitzenden kurzfristig abgesagt werden. Ein neuer Termin steht noch nicht fest.

Das Schiedsverfahren mit der IKK Thüringen ist auf den 10. März 2008 festgelegt. Auf unseren Schiedsamtantrag gegenüber dem BKK-Landesverband Ost warten wir immer noch auf eine Erwiderung sowie auf eine Terminierung auch dieses Verfahrens. Frau Feldmann wird Ihnen unter TOP 3 weitere Informationen zum Stand der Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen geben.

Wir haben in der Sonder-Vertreterversammlung und im anschließenden Berufsverbände-Treffen gemeinsame Aktivitäten verabredet, die den Druck auf die Schiedsverhandlungen erhöhen sollen. Gespräche mit Kreisstellen und Berufsverbände- und KV-Mitgliedern im Nachgang zeigen, dass die Forderungen des Vorstandes und der Vertreterversammlung mit Blick auf die anstehenden Verhandlungen von einer Mehrheit der Ärzte in Thüringen geteilt werden. An dieser Stelle auch ein herzlicher Dank des Vorstandes an die Berufsverbände, die uns hierbei tatkräftig unterstützen.

Nicht nur die Honorarverhandlungen für das Jahr 2007 sind strittig gestellt, sondern auch die Verhandlungen um den Honorarverteilungsvertrag mit Wirkung ab 01.01.2008. In der einzigen und letzten Verhandlungsrunde am 22. Januar 2008 haben bekanntermaßen die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen die Verhandlungen für gescheitert erklärt und das Schiedsamt angerufen. Der Schriftsatz der Kassenverbände liegt uns mittlerweile seit Anfang Februar vor. Wir haben am 25. Februar 2008 auf diesen Schriftsatz erwidert. Weitere Einzelheiten hierzu werden wir Ihnen in der Tagesordnung unter TOP 4 vorstellen.

Derzeit findet die Anhörung vor dem Innenausschuss des Thüringer Landtages zur Novellierung des Thüringer Rettungsdienstgesetzes statt. Die wesentliche Neuerung dieses Gesetzes ist, dass die Landesregierung beabsichtigt, dass die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen die Sicherstellung der Notärzte im Thüringer Rettungsdienst gewährleistet.

Über diese Veränderung wurden wir bereits durch das federführende Innenministerium bei der Erstellung des Referentenentwurfes informiert. Das derzeitige Thüringer Rettungsdienstgesetz existiert seit 1992. Es baut im Wesentlichen auf funktionierenden Strukturen auf. Schwierig gestaltete sich jedoch die Rekrutierung von Notärzten für die Aufgabenträger. Die Aufgabenträger sind derzeit die Landkreise. Sie können nur auf eine begrenzte Anzahl von Notärzten zurückgreifen. Große überregionale Zusammenschlüsse zur Findung von Notärzten hat es in den seltensten Fällen gegeben. Daher suchte das Innenministerium einen zentralen Sichersteller für Notärzte in Thüringen, der zentral für Gesamt-Thüringen Notärzte rekrutieren kann. Hier standen die Krankenkassen Thüringens wie in Sachsen und die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen ähnlich wie in Sachsen-Anhalt zur Alternative. Letztendlich hat sich das federführende Innenministerium für die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen entschieden.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen sieht dies als eine schwierige Aufgabe, aber auch als eine interessante, für die KV Thüringen zukunftsweisende Chance an. Wir haben im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens und nach Erkennen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen den Sicherstellungsauftrag bekommen soll, unser Möglichstes getan, um klare Finanzierungsstrukturen zu schaffen. So findet sich derzeit im Wortlaut des Referentenentwurfes, dass die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen von allen tatsächlichen Kosten im Rahmen der Organisation und Sicherstellung freizustellen ist. Größtes Augenmerk unserer Arbeit liegt darin, dass kein Vorfinanzierungs- und Refinanzierungsrisiko bei der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen liegt und eine klare Trennung der Vergütung des Rettungsdienstes von der Gesamtvergütung für die ambulanten ärztlichen Leistungen erfolgt. Hierauf werden wir auch unser Augenmerk in der Anhörung vor dem Innenausschuss des Thüringer Landtages am 14. März 2008 legen.

Soweit das Gesetz in der jetzigen Fassung den Landtag verlässt, wird es unsere Aufgabe sein, die bestehenden Strukturen zu erhalten, entsprechende Verträge mit den Notärzten und den Aufgabenträgern vor Ort zu schließen und eine neue Vergütung herbeizuführen. Derzeit ist die Vergütung der Notärzte im Rettungsdienst sehr intransparent. Unattraktive Standorte erhalten kaum Geld, während Standorte in großen Städten sehr lukrativ für die Notärzte sind. Entsprechend schwierig gestaltet sich die Rekrutierung in den ländlichen Gebieten, während in den Städten es kaum Probleme bei der Besetzung von Notärzten gibt. Unser Ziel ist es, wie am freien Markt üblich, eine 24-Stunden-Tagespauschale zu einem attraktiven Preis vorzuhalten und nebenbei eine Einsatzpauschale zu zahlen. Von Seiten der Arbeitsgemeinschaft Thüringer Notärzte wurde uns dies als die beste Lösung bestätigt. Wir fordern eine deutliche Verbesserung der Vergütung der Notärzte in Thüringen.

Auch sieht der Vorstand die Möglichkeit für die Zukunft, das System der Notfalldienstzentralen mit der Sicherstellung des Rettungsdienstes sinnvoll zu verknüpfen. Die einheitliche Anbietung eines Rettungs- und Notdienstes über Notfalldienstzentralen für Kassenärzte, verbunden mit einem Noteinsatzfahrzeug wäre eine sehr gute Bündelung der Ersten Hilfe in Thüringen. Selbstverständlich werden wir Sie über die Entscheidung des Thüringer Landtages auf dem aktuellen Stand halten. Zum jetzigen Zeitpunkt unmittelbar vor dem Wahljahr in Thüringen ist fraglich, ob dieses Gesetz so verabschiedet wird oder ob nicht der alte Status quo beibehalten wird.

Bereits im Oktober des vergangenen Jahres hatte der Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen in Thüringen einen weitreichenden Beschluss über Fördergebiete und Fördermaßnahmen gefasst. Leider musste im Januar erneut der Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen zusammenkommen, um abzustimmen, wie durch eine Durchführungsbestimmung diese Maßnahmen begleitet und umgesetzt werden. Insbesondere eine Krankenkasse hat versucht, im Rahmen der verwaltungsseitigen Umsetzung für Fördermaßnahmen so hohe Voraussetzungen zu schaffen, dass einzelne Beschlüsse kaum umsetzbar gewesen wären.

Mit den Beschlüssen des Landesausschusses vom 16. Januar 2008 können wir nun die Fördermaßnahmen auszahlen und aktiv bewerben. In den Verwaltungsgemeinschaften

Ershausen/Geismar; Dingelstädt; Westerwald-Obereichsfeld; Kraftsdorf; Münchenbernsdorf; Bad Köstritz; Wünschendorf/Elster; Themar; St. Kilian; Schleusingen; Feldstein; Ichtershausen; Riechheimer Berg; Arnstadt; Hohenstein; Werther; Hainlaite; Sollstedt; Bleicherode

können nun folgende Maßnahmen ausgeschüttet werden:

1. Für jeden behandelten Patienten über dem Bundesfachgruppendurchschnitt (848 Patienten) erhält der Hausarzt eine Pauschale in Höhe von 8,75 Euro je Quartal.
2. Praxisneugründungen werden mit einer Investitionspauschale von maximal 30.000 Euro gefördert. Die Laufzeit der Förderung beträgt maximal 20 Quartale bei der Auszahlung von 1.500 Euro pro Quartal. Sie ist an das Erreichen gewisser Mindestpatientenzahlen gebunden.
3. Praxisneugründungen werden zusätzlich durch zinslose Sicherstellungszuschläge mit Rückzahlungsverpflichtung in Höhe von 30.000 Euro gefördert.
4. Die Übernahme bestehender Vertragsarztsitze wird ebenfalls mit einer Investitionspauschale von 30.000 Euro gefördert. Auch hier beträgt die Laufzeit maximal 20 Quartale bei der Auszahlung von 1.500 Euro pro Quartal bei Erreichen gewisser Mindestpatientenzahlen.
5. Die Eröffnung von Zweigpraxen wird ebenfalls mit 30.000 Euro gefördert. Dies ist an Mindestsprechzeiten in der Zweigpraxis gebunden.
6. Im Einzelfall und auf Antrag fördert der Landesausschuss mit maximal 1.500 Euro pro Quartal die Tätigkeit von Hausärzten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben.

Dies ist ein großer Erfolg für die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen. Im Vergleich zu anderen KVen können wir damit auf weitreichende Fördermaßnahmen, ausschließlich finanziert durch Krankenkassen, verweisen. Die Fördermaßnahmen haben erste Erfolge aufgezeigt. Durch die Darstellung in den Medien informieren sich Ärzte über die Niederlassungsmöglichkeiten in Thüringen, um die Fördermaßnahmen in Anspruch zu nehmen.

Wo Licht ist, ist jedoch auch Schatten. Verständlicherweise beschwerten sich Ärzte in Randgebieten, warum ihre Kollegen gefördert werden und sie nicht. Wir hätten gerne ganz Thüringen gefördert. Bei einer ausschließlichen Förderung allein durch die Krankenkassen ist die Realisierung dieses Wunsches jedoch nicht zu erreichen. Jetzt werden die Gebiete gefördert, die am meisten bedroht sind. Wir haben damit weit über die Grenzen Thüringens hinaus ein Zeichen gesetzt. Nach einem Jahr ist der Landesausschuss beauftragt, die Maßnahmen zu evaluieren und über ihre Fortführung zu entscheiden. In den nächsten Landesausschuss-Sitzungen wird auf ähnlicher Basis die Betrachtung der Entwicklung der fachärztlichen Versorgung in Thüringen anstehen.

Am 2. Mai d. J. wird die zweite Eigeneinrichtung der KV Thüringen den Betrieb aufnehmen. Vergangenes Jahr hatten 11 von 29 Hausärzten in Gotha schriftlich ihre Praxisaufgabe bis zum Jahr 2009 angezeigt. Wir haben versucht, die Region im Landesausschuss für drohend unterversorgt zu erklären, um auch Fördermaßnahmen durch die Krankenkassen zu erhalten. Dies scheiterte jedoch an den Krankenkassen. Der Vorstand hat sich daraufhin selbst ein Bild in Gotha gemacht. Wir haben mit den Hausärzten, dem Oberbürgermeister und dem Landrat gesprochen. Die Situation hat sich als so kritisch dargestellt, dass wir uns entschieden haben, eine Eigeneinrichtung zu eröffnen. Glücklicherweise ist bereits ein Facharzt für Allgemeinmedizin gefunden. Er wird am 02. Mai 2008 in der Waltershäuser Straße 22 in Gotha die zweite Eigeneinrichtung in Thüringen betreiben. Als Bundeswehrarzt hatte er Bedenken vor dem direkten Umstieg in die Freiberuflichkeit. Durch unsere „Fahrschulpraxis“ bieten wir ihm genau die Möglichkeit, ihn in die Freiberuflichkeit zu überführen. Derzeitig strebt er an, bereits nach einem Jahr zum Selbstkostenpreis die Praxis zu übernehmen.

Nun endlich nach 15 Jahren intensiver Bemühungen durch die KV wird der Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Universität Jena eingerichtet. Herr Prof. Dr. med. Dipl.-Päd. Jochen Gensichen wurde von der Universität Jena berufen und leitet fortan das Institut für Allgemeinmedizin. Am Institut soll in enger Kooperation mit hausärztlichen Lehr- und Forschungspraxen interdisziplinär insbesondere zum Thema chronische Krankheiten und Multimorbidität in der ambulanten hausärztlichen Versorgung gearbeitet werden. Derzeit werden Ärzte, Sozialwissenschaftler sowie weiteres Personal ausgeschrieben. Wir wünschen von dieser Stelle aus Herrn Prof. Gensichen alles Gute und viel Erfolg für seine Arbeit am neuen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Thüringen. Wir hoffen, zukünftig durch eine intensive Zusammenarbeit junge Mediziner für eine Tätigkeit in Thüringen zu motivieren.

Seit Inkrafttreten des GKV-WSG zum 01.04.2007 wird den Krankenhäusern eine Berechtigung zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung nach § 116 b Abs. 2 SGB V eingeräumt. Die KV hat sich von Anfang an auf den Standpunkt gestellt, dass es bei der Öffnung der Krankenhäuser zu vermeiden gilt, dass bestehende funktionierende ambulante Versorgungsstrukturen zerstört bzw. nicht mehr genutzt werden und stattdessen mit hohen Kosten in neue Strukturen investiert wird. Bisher liegen dem zuständigen Ministerium 15 Anträge Thüringer Krankenhäuser zur Entscheidung vor. Nach den Regelungen des § 116 b SGB V ist ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog aufgeführten hochspezialisierten Leistungen seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist.

Bei der Genehmigung ist die vertragsärztliche Versorgungssituation nach dem Gesetzeswortlaut zu berücksichtigen. Und genau darauf beziehen wir uns, um im Rahmen unserer Möglichkeiten auf die Entscheidungen des Ministeriums Einfluss zu nehmen. Darüber hinaus fordern wir die gleichen Mindestanforderungen im Rahmen der Qualitätssicherungsregelungen für die vertragsärztliche Versorgung nach § 135 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit den entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Bisher konnten wir uns im Krankenhausplanungsausschuss, welcher das letztendliche Entscheidungsgremium im Rahmen des Sozialministeriums ist, mit unserer Auffassung mehrheitlich durchsetzen. In enger Abstimmung mit der Landesärztekammer vertritt auch diese unsere Auffassung. Die KV Thüringen selbst hat keine Stimme im Krankenhausplanungsausschuss. Ärztliche Interessen, auch die vertragsärztlichen, werden und müssen von der Landesärztekammer wahrgenommen werden. Insofern ist eine enge Abstimmung zu diesen Fragen sehr wichtig. Bundesweit vollkommen ungeklärt ist die Frage nach der weitergehenden Versorgung durch das Krankenhaus, wie Arznei- und Heilmittelversorgung. Nach unserer Auffassung ist die Arzneimittelversorgung im Rahmen der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und unterliegt nicht den dort geltenden Regelungen. Keinesfalls kann daher auf GKV-Formulare wie z. B. Rezepte, AU-Bescheinigungen etc. zurückgegriffen werden.

Eine wichtige Rolle kommt dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu. Dieser muss den Katalog der Erkrankungen definieren und entsprechende Richtlinien beschließen. Am 17. Januar 2008 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Richtlinie zur Konkretisierung der onkologischen Erkrankungen ergänzt. Die onkologischen Erkrankungen wurden dabei in elf Untergruppen unterteilt, zu denen jeweils der Behandlungsauftrag, Qualitäts- und Strukturanforderungen sowie Mindestbehandlungszahlen pro Jahr festgelegt wurden. Die KBV, welche die Interessen der Vertragsärzte im Gemeinsamen Bundesausschuss vertritt, konnte sich mit ihren Änderungsforderungen im G-BA nicht durchsetzen. So erfolgt z. B. keine Prüfung und Einschränkung der Diagnosen auf seltene onkologische Erkrankungen oder solche mit einem besonderen Verlauf. Es erfolgt keine Beschränkung auf gesicherte ICD-10-Diagnosen sowie keine Festlegung eines fachärztlichen Überweisungserfordernisses. Es werden keine Regelungen getroffen, wie die Aufrechterhaltung der sächlichen und personellen Anforderungen in den Krankenhäusern überprüft werden soll.

Der Beschluss steht unter dem Vorbehalt der Prüfung des BMG. Das BMG hat sich im Vorfeld der Entscheidung des G-BA aber bereits kritisch gegenüber der Festlegung von Mindestbehandlungsanzahlen geäußert. Die KBV wurde von den Länder-KVen aufgefordert, gegen die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Konkretisierung der onkologischen Erkrankungen rechtlich vorzugehen, das heißt gegen die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu klagen. Eine entsprechende Klage wird derzeit vorbereitet.

Für den Fall, dass diese Richtlinie Bestandskraft erlangt, hat das Auswirkungen auf die ambulante Versorgungsstruktur auch in Thüringen. Die über viele Jahre aufgebaute ambulante Versorgungsstruktur von onkologischen Schwerpunktpraxen in Thüringen erhält dann massive Konkurrenz aus dem Krankenhaus. Hier gilt es, insbesondere das Land davon zu überzeugen, dass damit ein ungleicher Wettbewerb geschaffen wird vor dem Hintergrund der Finanzierungsmöglichkeiten von Krankenhausträgern.

Am 06. Februar 2008 hat das Bundessozialgericht in Kassel endgültig über die Finanzierung des BARMER-Hausarztmodells entschieden. Mit dem Urteil wurde die Auffassung der KV Thüringen sowie des Sozialgerichts Gotha und des Thüringer Landessozialgerichtes bestätigt, dass die BARMER Ersatzkasse diesen Vertrag hätte selbst finanzieren müssen und nicht durch Dritte. Das BSG führte aus, dass der BARMER-Hausarztvertrag kein Integrationsvertrag sei, der mit einer neuen Qualität den Patienten eine medizinische Versorgung einheitlich über die Grenzen aller Leistungssektoren hinweg anbietet.

Wir freuen uns über die Rückführung von ca. 1,1 Mio. Euro für die ambulante ärztliche Versorgung in Thüringen. Die BARMER hat angekündigt, ungeachtet dieses Urteils den BARMER-Hausarztvertrag in modifizierter Form fortzuführen.

Ich wünsche uns eine konstruktive Diskussion in der heutigen Vertreterversammlung und danke für Ihre Aufmerksamkeit.