

**Bericht des Vorstandes, gehalten vom 2. Vorsitzenden,
anlässlich der 24. Sitzung der Vertreterversammlung
der Legislaturperiode 2005 bis 2010
am 03. Juni 2009**

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

Ich hatte erwartet, dass das Jahr 2009 für die KV Thüringen, ihre Selbstverwaltung und ihre Mitglieder ein schweres Jahr werden wird. Die derzeit vorhandene Problemvielfalt, insbesondere bedingt durch die Honorarreform, geht weit über meine Erwartungen hinaus. Die jetzige Situation ist eigentlich nicht mehr zu ertragen und nur schwer zu verantworten. Wir müssen uns fragen: Hat der Kollektivvertrag eine Zukunft? Wie ist die Zukunft der KV? Spalten wir uns in ein hausärztliches und viele fachärztliche Lager? Gibt es über kurz oder lang überhaupt noch eine geschlossene Vertretung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten? Und vor allem, wie ist die Perspektive für die Honorare? Die durch die Honorarreform entstandene Situation in den Kassenärztlichen Vereinigungen ist schwierig. Es gibt eine Vielzahl zufriedener und ebenso viele unzufriedener Ärzte. Die Fallwerte der Regelleistungsvolumina sind zwar regional unterschiedlich, aber insgesamt sehr niedrig ausgefallen. Im II. Quartal 2009 geht der Trend in vielen KVen noch weiter nach unten, denn bei vielen Fachgruppen reicht das Volumen noch nicht einmal für die Grundpauschale aus und bei Hausärzten ist in der Regel das vorhandene Potential nach Berechnung der Versichertenpauschale und des Chronikerzuschlages erschöpft.

Angesichts der hohen regionalen und saisonalen Schwankungen, insbesondere bei der Berechnung der Fallwerte der neuen Regelleistungsvolumen, hatte die Kassenärztliche Bundesvereinigung deshalb im Bewertungsausschuss gefordert, die vom Erweiterten Bewertungsausschuss im Jahr 2009 getroffene Regelung zur Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen noch mit Wirkung zum 01. Juli 2009 grundlegend zu überprüfen und notwendige Anpassungen vorzunehmen. Mit Wirkung zum 01. Juli 2009 wurden weitere Änderungen der Honorarreform beschlossen. Einige Leistungen fallen dann aus dem Regelleistungsvolumen heraus und es gibt einen neuen Berechnungsmodus für die Regelleistungsvolumen von Gemeinschaftspraxen. Der Fallwertzuschlag zum Regelleistungsvolumen für die Teilradiologie wird im fachärztlichen Vergütungsbereich arztgruppenbezogen differenziert. Um mehr Geld für die Berechnung der Regelleistungsvolumen zur Verfügung zu haben, sinken die Rückstellungen ab 01. Juli 2009. Dann müssen die KVen nur noch zwei Prozent anstatt bisher 3 Prozent des RLV-Vergütungsvolumens für die Bezahlung der Leistungen zurückbehalten, die Praxen über das Regelleistungsvolumen hinaus abgerechnet haben.

Kernpunkt der Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschusses ist die Mengensteuerung der Leistungen, die außerhalb der arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumen, aber innerhalb der Morbi-Gesamtvergütung vergütet werden. Hier hat der Bewertungsausschuss ursprünglich eine bundeseinheitliche Regelung zur Steuerung der freien Leistungen diskutiert, allerdings leider nicht bundeseinheitlich beschlossen.

Der Vorstand der KV Thüringen hat unmittelbar nach der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses die Thüringer Krankenkassen zu Verhandlungen eingeladen. Mittlerweile hat eine Verhandlungsrunde am 06. Mai 2009, eine Verhandlungsrunde auf Arbeitsebene am 20. Mai 2009, zwei weitere Verhandlungsrunden am 27. Mai und 02. Juni 2009 stattgefunden, um die vom Bewertungsausschuss beschlossenen Änderungen bei der Ermittlung der Regelleistungsvolumen für das III. Quartal 2009 vollumfänglich berücksichtigen zu können. Die Ergebnisse der Verhandlungen werden Ihnen unter dem Tagesordnungspunkt 3 dargestellt.

Die Initiativen der KBV sind zu begrüßen, jedoch ist nicht zu verkennen, dass auch die neue vertragsärztliche Vergütung zur Dauerbaustelle wird. Wie schon anlässlich der EBM-Reform 1996 wurden die gravierenden Konstruktionsfehler in der Systematik leider viel zu spät erkannt. Die Hektik und die Geschwindigkeit, mit der nun erneut Änderungen an der Systematik vorgenommen werden, provoziert regelrecht neue Verwerfungen. Natürlich war es von Anfang an ein Fehler

angesichts immer noch begrenzter finanzieller Mittel in der Honorarverteilung, Leistungen aus dem Budget der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung heraus außerhalb der Regelleistungsvolumen zu einem festen Punktwert und ohne Mengenbegrenzung zuzulassen. Es war absehbar, dass dies die Leistungen im Regelleistungsvolumen am Lebensnerv trifft. Gut ist deshalb, dass durch die gesetzlich vorgeschriebene Vorwegbekanntgabe der Regelleistungsvolumen dieser Supergau erkannt und deshalb vielleicht noch verhindert werden kann. Nach wie vor positiv zu bewerten ist die Abkopplung der Entwicklung der Gesamtvergütung von der Grundlohnsumme. Die wäre wegen der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung negativ und würde die Finanzsituation im ambulanten Bereich verschärfen.

Am 20. Mai 2009 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss eine Überprüfung der EBM-Kalkulationsgrundlagen beschlossen. Hintergrund des Prüfauftrages ist die Differenz zwischen kalkulatorischem Punktwert von 5,11 Cent, der dem EBM und damit auch den Praxiskosten zugrunde gelegt wird, und dem Orientierungspunktwert von derzeit 3,5001 Cent, mit dem die EBM-Leistungen pro Punkt tatsächlich vergütet werden. Mit der Einführung von Regelleistungsvolumina und einem bundesweiten einheitlichen Orientierungspunktwert hat der Gesetzgeber eine doppelte Budgetierung bei der Vergütung ambulanter Leistungen geschaffen. Bei Leistungen aus einer Euro-Gebührenordnung, in der jede Leistung nach einem Kostenanteil und einem Arztanteil auf der Basis eines Punktwertes von 5,11 Cent bewertet ist, bedeutet eine Bewertung zu 3,5001 Cent automatisch ein Abschlag von 30 Prozent. Dass diese Leistungen dann auch noch über das RLV selbst in der Menge begrenzt sind, führt zu einer Unterdeckung der Praxiskosten. Laut dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses soll das Wissenschaftliche Institut des Bewertungsausschusses (InBA) bis zum 31. Mai 2010 unter anderem prüfen, ob die Praxiskosten der niedergelassenen Ärzte derzeit adäquat ermittelt wurden. Für neu in den EBM aufzunehmende Leistungen hat der Erweiterte Bewertungsausschuss den geltenden Kalkulationspunktwert in Höhe von 5,11 Cent bestätigt.

Ist das alles ein Problem der regionalen Honorarverteilung, wie z. B. die Bundesgesundheitsministerin und führende Kassenfunktionäre immer wieder beteuern, alles ein Problem, das die Ärzte selbst verursacht hätten und nun auch selber lösen müssen? So einfach ist es nicht. In keinem Reformgesetz wurde die Honorarverteilung der Ärzte so detailreich vom Gesetzgeber festgeschrieben wie im aktuellen Wettbewerbsstärkungsgesetz. Die Systematik der jetzigen Honorarverteilung wurde am grünen Tisch im Bundesministerium für Gesundheit geplant und die beteiligten Strategen schreien nun: Haltet den Dieb! Und noch weiter werden unsere Handlungsfreiheiten beschnitten. Jede Konkretisierung der Honorarverteilung muss mit den Krankenkassen auf Bundesebene im Bewertungsausschuss vereinbart werden. Nach langen strittigen Verhandlungen stand erst Ende Oktober 2008 fest, wie die Vergütung der Ärzte und Psychotherapeuten ab dem 01. Januar 2009 erfolgen sollte. Die gesamte Beschlussfassung des Ausschusses erfolgte unter enger und ständiger aufsichtsrechtlicher Begleitung durch das BMG. Dazu die späte, aber zutreffende Einsicht des unabhängigen Vorsitzenden des Bewertungsausschusses, Herrn Prof. Jürgen Wasem: Wir haben die Effekte der Regelleistungsvolumina nicht genügend durchdacht und hätten mehr Zeit dafür benötigt! Jetzt, wo es fast zu spät ist, kommen die Kassenärztlichen Vereinigungen wieder ins Spiel, als Retter vor Ort mit ihren Erfahrungen in Sachen Honorarverteilung, Mangelverwaltung, regionalen Kenntnissen und zusätzlich als Sündenbock vom Dienst.

Auch von außen wird das KV-System seit vielen Jahren in Frage gestellt und durch die Gesetzgebung nachhaltig geschwächt. Der politische Wille, Kassenärztliche Vereinigungen auch zukünftig als einen wesentlichen Gestalter der ambulanten Versorgung zu nutzen und zu stärken, war bisher nicht zu erkennen. Das Spannungsfeld, in dem wir seit einigen Jahren leben – keiner will mehr die KV, aber keiner will sie abschaffen – ist zermürbend. Die vielen faulen Kompromisse, die man darin eingehen muss, nagen an der Selbstachtung und ermöglichen kaum noch die Interessensvertretung für die Vertragsärzte und Psychotherapeuten. KVen werden jetzt vor allem dazu genutzt, um Maßnahmen umzusetzen, die sich überwiegend gegen die Interessen der Mitglieder richten. Man wird KVen nur dann weiterführen können, wenn der Sicherstellungsauftrag für die haus- und fachärztliche sowie die psychotherapeutische Grundversorgung uneingeschränkt bei den KVen bleibt. Man kann den Sicherstellungsauftrag nicht in beliebig viele Stücke aufteilen und gleichzeitig erwarten, dass die KVen sich für den Sicherstellungsauftrag insgesamt verantwortlich fühlen und letztendlich auch alles versorgen, was im Wettbewerb unattraktiv ist.

Am Beispiel der regionalen und lokalen Sicherstellung offenbart sich der eklatante Widerspruch in der aktuellen Gesundheitspolitik. So erwarten Abgeordnete des Deutschen Bundestages in der Rolle als Fürsprecher für die Menschen in ihrem Wahlkreis eine starke und handlungsfähige KV. Sie soll mit Verweis auf den Sicherstellungsauftrag die Lücken in der regionalen Versorgung schließen, schnell, effektiv und unbürokratisch. Unter der Kuppel des Reichstages votieren dieselben Parlamentarier hingegen seit Jahren für eine systematische Schwächung der KVen. Ausgerechnet unter dem Motto "mehr Wettbewerb" wurden die KVen ganz bewusst als Akteur in den neuen Vertrags- und Versorgungsformen ausgeschlossen. Diese Beschränkung gilt für die Integrierte Versorgung bereits seit 2004. Sie hat mit der Novellierung der hausarztzentrierten Versorgung im Herbst 2008 ihren vorläufigen Höhepunkt erreicht. Sie stellt darüber hinaus das KV-Modell in seinem Kern in Frage.

Zur Finanzierung der selektiven Vertrags- und Versorgungsformen gibt es ein Verfahren zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Diese Summe soll dabei um diejenigen Anteile vermindert werden, die einem Vertrag nach den §§ 73 b, 73 c oder 140 d SGB V zuzuordnen sind. Eine solche Bereinigung mag finanztechnisch machbar sein. Dagegen wird sich die Sicherstellung einer Region kaum in bereinigungsfähige Portionen zerteilen lassen. Das reale Versorgungsgeschehen und die tatsächliche Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen sind viel zu komplex, als dass sie sich mit simpler Mengenlehre abbilden lassen. Die Sicherstellung kennt keine Sollbruchstellen zwischen Kollektiv- und Einzelvertrag.

Der Vorstand setzt sich vehement für den Kollektivvertrag und die flächendeckende Versorgung ein. Es lohnt sich aber nur dann, sich engagiert weiter einzusetzen, wenn das auch politisch und in den eigenen Reihen der Ärzteschaft unterstützt wird. Wir erwarten von der Politik ordnungspolitische Klarheit und Eindeutigkeit. Eine KV, deren Funktion allein darin besteht, die unerwünschten Verteilungseffekte des Vertragswettbewerbs zu korrigieren, findet als Selbstverwaltungskörperschaft nirgendwo Akzeptanz und wird schon nach kurzer Zeit handlungsunfähig sein. Wenn die Politik auch künftig die Sicherstellungsfunktion auf die KV übertragen will, darf der Sicherstellungsauftrag nicht länger als Steinbruch für eine unregelmäßige Ausbeutung erhalten. Vielmehr haben die KVen Anspruch auf diejenige Versorgungs- und insbesondere Vertragskompetenz, die für die Erfüllung dieses Auftrages unabdingbar ist. Dafür lohnt es sich zu kämpfen. Dies erfordert jedoch eine faire und verbindliche Wettbewerbsordnung. Der Akteur mit der notwendigen Ordnungskompetenz muss nicht erfunden werden. Die KVen sind schon heute dazu in der Lage.

Im Superwahljahr 2009 keimt die Hoffnung auf einen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik. CDU und CSU, die in der letzten Legislatur jedes gesundheitspolitische Profil vermissen ließen und fast alles abnickten, was Ulla Schmidt wollte, sind aufgewacht und kündigen eigene Konzepte an. Die CSU koppelt sich sogar von ihrer Schwesterpartei ab, wenn es um das Thema Gesundheitspolitik geht. Die FDP bringt sich erneut mit dem Konzept eines völlig privatisierten Gesundheitssystems ein und fordert die Abschaffung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die SPD hält an dem Ziel eines staatlichen Gesundheitswesens und weiterer Zentralisierung fest. Da sind der Ausgang der Wahl und die Bildung von neuen Koalitionen entscheidend für die Zukunft des Sicherstellungsauftrages und den Kollektivvertrag. Erst nach der Bundestagswahl werden wir wissen, ob sich ein verstaatlichtes, schmalspuriges Gesundheitswesen in unserem Land noch abwenden lässt.

Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2009

Für das Jahr 2009 gibt es immer noch keine abgeschlossene Arznei- und Heilmittelvereinbarung bzw. Richtgrößenvereinbarung. Mittlerweile haben die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen das Schiedsamt angerufen. Die Schiedsamtsverhandlung wird am 30. Juni 2009 stattfinden. Die Krankenkassen beharren auf ihrem Standpunkt, bei der Ermittlung des Arzneimittelvolumens 2009 das sogenannte Sollvolumen des Jahres 2008 zzgl. der bundeseinheitlichen Steigerungssätze aus den Rahmenvorgaben zugrunde zu legen. Der Standpunkt der KV zur Ermittlung des Arzneimittelvolumens 2009 sind die tatsächlichen Arzneimittelausgaben des Jahres 2008 abzüglich fest definierter Wirtschaftlichkeitsreserven zzgl. der bundeseinheitlichen Steigerungssätze. Insbesondere für die Richtgrößen ist die Zugrundelegung der Ist-Ausgaben des Jahres 2008 zwingend notwendig. Wir werden in der Schiedsamtsverhandlung nachhaltig auf die Durchsetzung unserer Verhandlungsposition pochen. Die Prüfvereinbarung ab dem Jahr 2008 ist mittlerweile unterschrieben und im letzten Rundschreiben veröffentlicht worden.

Rettungsdienst

Die KV Thüringen übernimmt ab 01. Juli 2009 die Sicherstellung für die Gestellung der Notärzte im Freistaat. Wir haben in den zurückliegenden Monaten umfangreiche Arbeiten geleistet. Bisher wurden zur Umsetzung des Thüringer Rettungsdienstgesetzes elf Verhandlungsrunden mit den Krankenkassen, 16 Verhandlungstermine mit Kliniksträgern, 13 Verhandlungstermine mit Landratsämtern und Städten, 25 Vollversammlungen freier Notärzte, drei Großveranstaltungen in der KV Thüringen mit den Ärztlichen Leitern Rettungsdienst und den Aufgabenträgern, drei Termine mit dem Thüringischen Landkreistag und dem Gemeinde- und Städtebund sowie vier Notarztbereichsbeiratsversammlungen durchgeführt. Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich insbesondere bei unserem stellvertretenden Hauptgeschäftsführer, Herrn Zenker, und unserem Projektleiter, Herrn Linker, bedanken und auch bei allen anderen, die uns auf dem bisherigen Weg ihre Unterstützung versichert haben und auch aktiv mitgewirkt haben, dass wir nunmehr zum 01. Juli 2009 den Rettungsdienst in Thüringen übernehmen können.

Kurz zusammengefasst noch einige wesentliche Eckpunkte zu Ihrer Information: Die Verhandlungen mit den Krankenkassen sind abgeschlossen, bis zum 08. Juni 2009 gilt eine letzte Erklärungsfrist der Vertragspartner. Neben den gesetzlichen Krankenkassen ist auch die gesetzliche Unfallversicherung Vertragspartner. Mit diesem Vertrag geht eine deutliche Erhöhung der Vergütung der notärztlichen Leistungen einher. So erhalten Notärzte ab 01.07.2009 Stundenpauschalen, je nach Standort 24-Stunden-Pauschalen von 550 Euro, 675 Euro, 800 Euro und 925 Euro. Neben der Notarztvergütung zahlen die Krankenkassen auch die Kosten für die Übertragung der Weisungsrechte an die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst bzw. die Standortverantwortlichen vor Ort. Sie übernehmen die Sachkosten für die Bekleidung und die Versicherung der Notärzte sowie die Sach- und Personalkosten der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen. Nicht nur die Veränderungen in der Vergütung der Notärzte, sondern die Regelungen zur Versicherung und Bekleidung waren bisher in Thüringen in dieser Form nicht gegeben.

15 Standorte von insgesamt 47 Notarzteinsatzfahrzeug-Standorten sind in volle Dienstaufgabe eines Klinikums übertragen worden. In diesen von uns abgeschlossenen Verträgen verpflichtet sich das Klinikum, 365 Tage im Jahr 24 Stunden einen Notarzt zur Verfügung zu stellen. An vier Standorten verpflichten sich Kliniken, werktags einen Notarzt zur Verfügung zu stellen. Daneben wird an den Wochenenden und in der Nacht der Standort durch freie Notärzte abgesichert. An 28 Standorten werden durch Verträge freie Notärzte über die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen für die Einsatzfahrzeuge gestellt. Zur Umstellung liegen mit Stand 28. Mai 2009 15 Verträge mit Kliniksträgern vor, daneben liegen 306 freie Notarztverträge für die Absicherung der freien Standorte vor und 96 Anmeldungen zum Vertragsabschluss.

Neu ist, dass die Notärzte ihre Vergütung bereits am letzten Tag des Folgemonats durch die KV erhalten. Dies wird gewährleistet durch den Aufbau einer Online-Abrechnung, bei der der Arzt am NEF-Standort über eine sichere Datenleitung auf einem von der KV Thüringen gestellten Rechner die Abrechnung durchführen kann. Gleiches Prozedere setzen wir dann gegenüber der kassenseitigen Abrechnungslegung um. Neu ist ebenfalls, dass einheitlich bis zum 15. des Vormonats die Dienstpläne durch die gebundenen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder Standortverantwortlichen an die KV gemeldet werden müssen. Hierzu wird den Dienstplanerstellern ein einheitliches Dienstplanprogramm als Online-Version zur Verfügung gestellt.

Notdienstordnung

Im November letzten Jahres wurde der Vorstand durch die Vertreterversammlung beauftragt, ein Konzept zur thüringenweiten Umstrukturierung der Notdienstbereiche mit flächendeckenden Notdienstzentralen und Fahrdiensten in Abstimmung mit dem Notdienstausschuss zu erarbeiten und gleichzeitig einen gemeinsamen Teil der Notdienstordnung mit der Landesärztekammer abzustimmen. Jetzt im Juni 2009 ist dieser Vorstandsauftrag umgesetzt. Er bedarf nunmehr der Beschlussfassung der Vertreterversammlung, so dass die KV-eigene Notdienstordnung und die gemeinsamen Grundsätze mit der Landesärztekammer wie geplant am 01. Juli 2009 in Kraft treten können. Der Vorstand wünscht sich eine breite Zustimmung.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, am 24. und 25. Juni 2009 wird die Gesundheitsministerkonferenz des Jahres 2009 stattfinden. Gastgeber ist in diesem Jahr das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit. Neben allgemeinen gesundheitspolitischen Themen geht es u. a. auch um die zukünftige Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Zuge der demographischen Entwicklung insbesondere in den ländlichen Räumen. Wir haben in Thüringen Gebiete, die dünn besiedelt sind und vornehmlich von älteren und damit auch multimorbiden Menschen bewohnt werden. Vor wenigen Jahren begann über die Problematik eine intensive Diskussion in der KV Thüringen, die mittlerweile auch sehr intensiv hier auf der Landesebene gemeinsam mit dem Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit sowie dem Thüringer Ministerium für Bau und Landesentwicklung geführt wird. Der Vorstand hat im vergangenen Jahr ein Gutachten beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Auftrag gegeben, welches nach beschriebenen wissenschaftlichen Standards im Zusammenhang mit dem demographischen Wandel eine Versorgungsanalyse zulässt, auf deren Basis man mittel- und langfristig Versorgungsmodelle entwickeln kann. Dabei setzen wir nicht auf die Lösung im Rahmen der Honorarverteilung, wie es derzeit im Gesetz angelegt ist, dass nämlich ab dem Jahr 2010 für unterversorgte Gebiete Zuschläge zu den Regelleistungsvolumen und für überversorgte Gebiete Abschläge von den Regelleistungsvolumen im Rahmen der Verteilung unter den KV-Mitgliedern umgesetzt werden sollen. Wir fordern hier eine politische Lösung, angesiedelt auf der Basis der von uns angestoßenen Konzepte. Anlässlich der Gesundheitsministerkonferenz werden wir dieses Konzept einbringen und hoffen, dies intensiv mit den Politikern diskutieren zu können.

Ich wünsche uns eine interessante Diskussion und Debatte im Rahmen der heutigen Vertreterversammlung und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.