

**Bericht des Vorstandes, gehalten von der 1. Vorsitzenden,
anlässlich der 27. Sitzung der Vertreterversammlung
der Legislaturperiode 2005 bis 2010
am 10. März 2010**

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

fünf Monate nach der Bundestagswahl sind vom FDP geführten Gesundheitsministerium nicht viele Impulse für die Neugestaltung und Zukunftssicherung des deutschen Gesundheitssystems zu vernehmen. Wiederholt sind nur Streitigkeiten um die Gesundheitsprämie zwischen FDP und CSU zu hören.

Bedingt durch Wirtschafts- und Bankenkrise sind die finanziellen Ressourcen für Veränderungen begrenzt und lassen kaum einen Spielraum für dringend notwendige Veränderungsprozesse zu. Die Rekordneuverschuldung im Haushaltsansatz 2010 beinhalten ca. 4 Mrd. Euro zur Stützung des Gesundheitsfonds. Bereits zur Jahreswende haben die ersten Krankenkassen angekündigt, Zusatzbeiträge für ihre Versicherten einführen zu wollen. Da war es nur eine Frage der Zeit, wann die ersten Rufe nach Kostendämpfungsmaßnahmen zur Begrenzung der Ausgaben zu hören waren. Und die Verursacher der steigenden Kosten - nämlich die gestiegenen Honorare der Ärzte ambulant und im Krankenhaus - waren schnell erkannt und sollten auf den Prüfstand gestellt werden. Aber irgendwie hat die Politik wohl doch erkannt, dass sie ihr Ziel, die flächendeckende medizinische Behandlung der Bevölkerung zu sichern, ohne die Ärzteschaft schlecht erreichen kann. Zurzeit konzentrieren sich alle Bemühungen des Bundesministeriums auf die Begrenzung der Kosten für Arzneimittel und es bleibt abzuwarten, ob der Gesundheitsminister Dr. Rößler bei dieser Aktion als Tiger gesprungen und auch wieder als solcher landen wird.

Laut sind die Rufe der CSU aus Bayern zu hören, welche die Rückkehr zu den „wunderbaren alten Zeiten mit bayrischem Geld nur für Bayern“ fordern. Die Forderungen gehen von Veränderungen der Zuteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds bis zur Reduzierung der RSA-Gruppen in der Verteilung der Gelder. Die Auswirkungen solcher „Neuregelungen“ wären für die Thüringer Bevölkerung, die Krankenkassen und die ambulante Medizin in Thüringen fatal. Geringere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds hätten verminderte Einnahmen der Krankenkassen zur Folge mit allen uns bereits aus der Vergangenheit bekannten Auswirkungen auf die Honorare der niedergelassenen Ärztinnen, Ärzte und Psychotherapeuten und auf den medizinischen Nachwuchs, den wir so dringend in Thüringen benötigen.

Bis zur Wahl in Nordrheinwestfalen im Mai 2010 wird es voraussichtlich keine richtungsweisenden Aussagen der Politik zur Zukunft der ambulanten Versorgung und der ärztlichen Selbstverwaltung geben. Der Forderung mancher ärztlicher Lobbygruppen nach Einführung der Kostenerstattung und damit die Übertragung des Krankheitsrisikos auf den Versicherten hat die Politik aber bereits jetzt eine klare Absage erteilt, im Gegenteil herrscht in Politikerkreisen völliges Unverständnis für die Unzufriedenheit der Ärzte mit der Honorarreform. Da in den KVen unterschiedliche Auswirkungen der Verteilung des neuen Geldes zu verzeichnen sind, werden jetzt auch politisch Forderungen nach Umverteilung der Gelder geäußert. Wir müssen jetzt verstärkt nach dem Motto „Wehret den Anfängen handeln“.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, tiefe Unzufriedenheit herrscht unter der Ärzteschaft, da die Verteilung des Geldes auf der Basis des Beschlusses des Bewertungsausschusses zu massiven Umverteilungen unter und innerhalb der Arztgruppen geführt hat. Trotz des erheblichen Honorarzuwachses führen diese Verwerfungen auch in Thüringen zu großer Unzufriedenheit. Die KBV hat erkannt, dass es ohne Begrenzungsmaßnahmen in einem gedeckelten System nicht funktionieren kann und wird mit dem Beschlussantrag an den Bewertungsausschuss für alle Arztgruppen Begrenzungsmaßnahmen vorsehen. Hier sollen die KVen mehr Gestaltungsspielraum bekommen und eine vorrangige Vergütung von Grundleistungen sicherstellen. Wir werden unseren Vorschlag zur Umsetzung am 11.03.2010 in der ersten Verhandlungsrunde mit den Krankenkassen besprechen. Ein weiterer Beschlussvorschlag sieht die Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Vergütungsanteil vor und diese sollen zukünftig getrennt weiterentwickelt werden. Eine Vergütungsreform wird nicht vor dem 01.01.2011 zu erwarten sein.

Erhebliche Probleme haben einige KVen mit den Verträgen nach § 73 b, welche als Vollversorgungsverträge abgeschlossen wurden und eine Bereinigung der Gesamtvergütung zufolge haben. Es wird sehr kompliziert werden, die Aufgaben der Selbstverwaltung, wie Prüfungsgremien, Bundesausschuss etc. aus den Verwaltungsumlagen der verbleibenden Vergütung zu bestreiten. Auch diese Bedrohung der Körperschaft sieht die Politik zurzeit nicht und hat die Abrechnung der 73 b-Verträge durch die HÄVG bis 2011 verlängert. In Thüringen strebt der Thüringer Hausärzteverband einen add-on-Vertrag an und verhandelt gemeinsam mit der KV. Nach der Klage der HÄVG gegen die KV Sachsen Anhalt wird in Abstimmung mit der AOK Plus der Vertragsentwurf für Thüringen überarbeitet und alle möglichen Klageansätze entfernt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Umstrukturierung des organisierten Notfalldienstes geht zügig voran. Viele Diskussionen müssen mit Politikern, Ärzten und Patienten geführt werden. In vielen Bereichen wird ohne Probleme umstrukturiert und wir versuchen die Erfahrungen aus diesen Gebieten in den Gesprächen zu nutzen. Wir sind guter Hoffnung, ab 01.07.2010 auch das neue Vergütungssystem umsetzen zu können.

Die Stiftung zur Förderung der ambulanten medizinischen Versorgung hat ihre Tätigkeit aufgenommen. Das 1. Thüringenstipendium kann übergeben werden. Unsere Bemühungen zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung werden anerkannt und ich bin sehr stolz Ihnen heute die erste Zuwendung einer großen Krankenkasse als Dauerzuwendung verkünden zu können. Auch das Land Thüringen hat vor, die Stiftung jährlich zu unterstützen, so dass weitere Maßnahmen umgesetzt werden können.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir tragen die Verantwortung für die Sicherung der Versorgung auf einem hohen Qualitätsniveau und vertreten berechtigte Forderungen unserer Mitglieder. Unsere Hauptaufgabe ist und bleibt jedoch die medizinische Versorgung der Patienten. Nur so können wir die Akzeptanz der Politik und der Bevölkerung erringen und verloren gegangenes Vertrauen zurückholen.

Qualitätsmanagement und QEP

Mit der Änderung des SGB V wurde für Praxen die gesetzliche Verpflichtung zur Einführung eines Qualitätsmanagements mit der QM-Richtlinie geschaffen. Diese trat am 01.01.2006 in Kraft.

Innerhalb von vier Jahren ist ein Qualitätsmanagement schrittweise vollständig einzuführen. Für Vertragsärzte, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieser Richtlinie bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, galt:

Für die erste Planungsphase war bis zum 31.12.2007 der Ist-Zustand der Praxis zu erheben und die Ziele, Inhalte und Verantwortlichkeiten festzulegen.

In der zweiten Planungsphase, der Umsetzung, sollten bis zum 31.12.2009 alle Grundelemente unter Verwendung aller Instrumente eingeführt worden sein.

Derzeit befinden wir uns in der dritten Phase, der Überprüfung. Danach ist bis zum 31.12.2010 eine Selbstbewertung der Praxis hinsichtlich der Einführung der Grundelemente und Instrumente nach dieser Richtlinie einschließlich der jeweiligen Zielerreichung vorzunehmen.

Seit 2007 werden durch die Abteilung QS Stichprobenprüfungen durchgeführt. 2,5% zufällig ausgewählter Vertragsärzte werden mit einem standardisierten Bogen zum erreichten Einführungs- und Entwicklungsstandes angefragt. Das sind im Bereich der KVT ca. 80 Vertragsärzte jährlich.

Eine Hochrechnung der in 2009 gezogenen Strichproben von 80 Vertragsärzte ergab:

59% haben QM vollständig eingeführt und umgesetzt
22,5% befinden sich in der Umsetzungsphase
7,5% befinden sich in der Planungsphase und
11% haben den Fragebogen bisher nicht zurückgesandt.

Die KBV hat in Zusammenarbeit mit den KVen ein speziell auf die Belange einer Arztpraxis zugeschnittenes QM-System entwickelt - Qualität und Entwicklung in Praxen - QEP -.

Die KVT unterstützt die Arztpraxen bei der Einführung von QEP durch Einführungsseminare und- Aufbau-seminare.

Seit April 2005 hat die KVT 29 Einführungsseminare mit 596 Praxen und 910 Teilnehmern durchgeführt.

Neue Ultraschallvereinbarung

Mit der seit 01.04.2009 geltenden neuen Qualitätssicherungsvereinbarung soll die Qualität von Sonographien in der vertragsärztlichen Versorgung verbessert werden. Die Neufassung der Vereinbarung berücksichtigt die aktuellen medizinisch-technischen Entwicklungen und trägt Änderungen der Weiterbildungsordnung und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs Rechnung. Für Neuanträge sind Abnahmeprüfungen notwendig mit denen die KV Thüringen bereits 2009 begonnen hat.

Laut Vereinbarung soll bis zum 31.03.2010 der Bestand der Altgeräte erfasst sein.

Aus personellen Gründen wird die Frist innerhalb der KV Thüringen bis zum 31.09.2010 verlängert. Insgesamt müssen 1.717 Ärzte mit Hilfe eines standardisierten Fragebogen angeschrieben werden, was einen erheblichen personellen Aufwand bedeutet.

Zudem werden die Geräte alle vier Jahre einer technischen Konstanzprüfung bezüglich der Bildqualität im B-Mode-Verfahren unterzogen. Diese entspricht den Kriterien der Abnahmeprüfung und bedeutet regelmäßig einen ähnlich hohen Aufwand, wie zur Abnahmeprüfung.

Hinzu kommen jährlich durchzuführende Strichprobenprüfungen. Mit dieser Stichprobenprüfung beginnt die KV Thüringen im Mai 2010. Es werden jährlich 3 % der Ärzte mit Genehmigung durch die ärztliche Qualitätssicherungskommission geprüft.

Fortbildung

Zum 30.06.2009 waren erstmalig alle Vertragsärzte zum Nachweis der Erfüllung der Fortbildung verpflichtet. Für 148 Mitglieder der KV Thüringen mussten mit der Restzahlung des 3. Quartals 2009 Honorarkürzungen vorgenommen werden, da diese keinen ausreichenden Nachweis geführt haben.

Das betraf:

niedergelassene Ärzte	126
Fachwissenschaftler	2
Psychologische Psychoth. und ermächtigte Ärzte	4 16

Für das 4. Quartal 2009 liegt die Anzahl der Kürzungen leider nur geringfügig darunter. Zum 30.09.2009 haben wiederum 130 KV-Mitglieder den Nachweis noch nicht erbracht. Diese Kürzungen resultieren noch immer aus dem Nachweiszeitraum bis 30.06.2009. Es ist nur ein Arzt neu hinzugekommen.

niedergelassenen Ärzte	108
Fachwissenschaftler	2
Psychologische Psychoth. und ermächtigte Ärzte	4 16

Zurzeit prüfen wir die Honorarkürzungen für das 1. Quartal 2010. Dies betrifft alle Ärzte/Psychologische Psychotherapeuten und Fachwissenschaftler, die den Nachweis der Fortbildungspflicht zum 31.12.2009 nicht erbracht haben. Es werden nicht wesentlich weniger als bisher sein.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum es trotz der vielen Veröffentlichungen, persönlichen Anschreiben und Telefonaten immer noch zu so zahlreichen Kürzungen kommt. Damit hatten wir nicht gerechnet. Wir werden im Rundschreiben nochmals dazu veröffentlichen und eindringlich darauf hinweisen. Ab dem 3. Quartal 2010 beginnen die Kürzungen um 25 % des Honorars. Das kann doch kein Arzt wollen, dass ihm ein Viertel seines Honorars infolge fehlenden Nachweises der Fortbildungspflicht gekürzt wird.

Nachdem die Masse der Fortbildungsnachweise zum 30.06.2009 bearbeitet sind, kommen nun pro Quartal und je nach Zulassung 30 bis 50 neu Nachweispflichtige hinzu. Auch diese Ärzte werden ein Vierteljahr vor Nachweispflicht angeschrieben und darauf hingewiesen. Bis auf einzelne Vertragsärzte erfolgt der Nachweis unkompliziert und reibungslos.

Die Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte und der damit verbundene Basis-Rollout sind vorerst gestoppt worden. Zurzeit liegen keine Informationen über den weiteren Fortgang vor.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.