kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

11. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen

am 20. Februar 2019 in Weimar

Bericht des Vorstandes

Teil II

TSVG – aktueller Stand der Gesetzgebung

Beschlüsse des Bewertungsausschusses und des G-BA

Berichterstatter:

Dr. med. Thomas Schröter

2. Vorsitzender

In Ihrer Herbstsitzung hatte ich über Änderungen am Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes berichtet, die zwischen der ersten Referentenversion aus dem BMG und dem Kabinettsentwurf zu verzeichnen waren. Inzwischen sind die parlamentarischen Beratungen vorangeschritten: mit dem ersten Durchgang im Bundesrat, einer Gegenäußerung der Bundesregierung und zwei Anhörungen der Verbände im Bundestag. Dort gab es viel Kritik von vielen Seiten; auch die KBV, die Bundesärztekammer und die großen Ärzteverbände haben ihre bekannten Statements und Verbesserungsvorschläge erneut mündlich und schriftlich vorgebracht. Daneben wurden außerparlamentarische Foren genutzt, um die fundamentale Kritik der Ärzteschaft am Weg in die Staatsmedizin zu artikulieren (z. B. Dialogveranstaltung mit Bundesminister Spahn, Basisversammlungen in mehreren Städten, viele offene Briefe und Resolutionen aus den Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht zuletzt unser Statement zur Forderung nach mehr Abend- und Wochenendsprechstunden statt Golf zu spielen).

Ungeachtet dessen ließen Herr Spahn und sein Koalitionär Prof. Lauterbach kaum einen öffentlichen Auftritt vergehen, ohne deutlich zu machen, dass sie ihren Fahrplan zur Angleichung der Wartezeiten von GKV- und Privatpatienten durchziehen wollen. Daneben verfolgt Herr Spahn noch eine Reihe weiterer Themen mit großer Ungeduld, was im Andocken von eigentlich „fachfremden“ Sozialrechtsänderungen an das Terminservice- und Versorgungsgesetz im sogenannten Omnibusverfahren Ausdruck findet.

Die von den Vertragsärzten und -psychotherapeuten kritisierten Pläne der aktuellen Gesetzgebung sind - soweit sie auf dem Koalitionsvertrag beruhen - in Stein gemeißelt. Sie erinnern sich ja alle noch an die langwierige und schwierige Regierungsbildung in Berlin - an dieses Paket geht keiner mehr ran. Die Entschärfungen durch Einflussnahme der vertragsärztlichen Interessenvertreter, über die ich Sie zur letzten Vertreterversammlung informierte, haben bisher fast alle Bestand. Wie ist es darüber hinaus weitergegangen? Für diesen Bericht konnte ich Informationen bis zur Mitte letzter Woche verarbeiten. Seitdem sind noch die sogenannten Berichterstatter-Gespräche im Gesundheitsausschuss gelaufen, bei denen Fachleute aus den Ministerien den Abgeordneten Rede und Antwort stehen.

Die wichtigsten bisher durchgesickerten Änderungsanträge der Regierungsfraktionen möchte ich Ihnen nachfolgend erläutern. Bedenken Sie bitte, dass dies erneut nur eine Momentaufnahme in dem sehr spannenden Prozess der Lobbykämpfe auf dem Berliner Parkett sein kann. Erst wenn in drei Wochen die 2. und 3. Lesung des TSVG im Bundestag gelaufen sind, werden wir verbindlich wissen, woran wir sind.

Terminservicestellen
Auf Initiative des Bundesrates werden U-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche, obwohl als Vorsorgeleistungen eigentlich nicht „dringlich“, den zeitnah zu vermittelnden Fällen zugeordnet. Die Erweiterung der Aufgaben der TSS um die Koordinierung von Akutfällen ist noch einmal konkretisiert worden, der Einsatz eines bundeseinheitlichen medizinischen Ersteinschätzungsverfahrens ist nun verpflichtend. Damit wird die von uns weitsichtig vorbereitete Zusammenlegung von TSS und zentralem Bereitschaftsdienst-dispatching der neue Standard für alle KVen. Dass die Terminservicestellen zudem in die Förderoptionen des Strukturfonds aufgenommen werden sollen, gibt uns die Chance zur Kostenteilung mit den Krankenkassen. Das ist neu, bisher müssen wir sowohl unsere Dispatchingzentrale als auch die TSS allein bezahlen. Zu der neuen Ausgestaltung und Finanzierung der TSS kommt hinzu, dass KBV und KVen zum Einsatz eigener elektronischer Lösungen für die 24/7-Vermittlung eines wachsenden Anteils der ambulanten Fälle ermächtigt werden. Zusammen mit der auf vier Quartale beschränkten Nettobereinigung der MGV und der extrabudgetären Vergütung der Leistungen in TSS-Fällen öffnet das Gesetz für den fachärztlichen Versorgungsbereich die Tür zu einem Einstieg in den Ausstieg aus der Budgetierung. Es ist zwar nur ein schmaler Spalt, aber wir sollten ihn nutzen. Vorstand und Geschäftsstelle der KV Thüringen und unsere Notdienstservice gGmbH werden alles dafür tun, die neuen Funktionen der Rufnummer 11 6 11 7 für eine ggf. hohe Inanspruchnahme auszulegen.

Vergütungsanreize
Unter diesem Stichwort enthalten die uns vorliegenden Papiere den Vermerk „Änderungen werden geprüft“ mit dem Hinweis auf § 87 und § 87a SGB V.

MVZ / Zweigpraxen
Die Änderungsregelungen zu MVZ sind recht kleinteilig und noch nicht vollständig bekannt. Bereits im Gesundheitsausschuss eingebracht ist die Berechtigung von anerkannten Praxisnetzen, unabhängig von Unterversorgung MVZ zu gründen. Die beabsichtigte Einschränkung von nichtärztlichen Dialyse-MVZ auf nephrologische Sitze wegen des Geschäftsgebarens hochkapitalisierter Aufkäufer wird leider wieder aufgeweicht, diese MVZ sollen auch Praxen von Hausärzten, Internisten, Urologen, Kardiologen und Radiologen erwerben können. Angestellte Ärzte können jederzeit Gesellschafteranteile des MVZ-Trägers übernehmen. Unverständlicherweise wird die im Kabinettsentwurf enthaltene Bedarfsprüfung bei Nachbesetzung von Angestelltensitzen wieder gestrichen, obwohl dies zur rechtlichen Gleichstellung mit den Nachfolgeregelungen bei Niederlassung beigetragen hätte. Ebenfalls im Interesse von MVZ-Trägern liegt der Rechtsanspruch, bei Verzicht eines Arztes zugunsten der Anstellung an dessen bisherigem Praxissitz eine Zweigpraxis führen zu können.

Bedarfsplanungsrichtlinie
„Änderungsanträge werden geprüft“ zu § 103 SGB V.

KV-Eigeneinrichtungen
Die neu vorgesehene Verpflichtung der KVen, innerhalb von 6 Monaten nach Feststellung drohender Unterversorgung in einem Bereich eine Eigeneinrichtung schaffen zu müssen, wird dahingehend entschärft, dass die Pflicht erst bei tatsächlich eingetretener Unter-versorgung gilt und die Frist auf 12 Monate verlängert wurde. Sinnlos bleibt die Regelung

trotzdem, denn Ursache einer Unterversorgung ist immer das Fehlen von Ärzten, welche auch die KV nicht backen kann.

Psychotherapie
„Änderungsanträge werden geprüft“ zu § 92 SGB V.

Ambulante Kodierrichtlinien
Die ab 2022 vorgeschriebenen Kodierrichtlinien der KBV sollen auch für (ggf. sektorübergreifende) Selektivverträge und für die ASV gelten und müssen deshalb im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft erlassen werden.

Entlassmanagement
Bestandteil des verpflichtenden Entlassmanagements der Krankenhäuser wird auch die Verordnung von Krankentransportfahrten.

Impfstoffe
Von der arztbezogenen Bestellmenge bei Grippeschutzimpfstoff soll ein Puffer von 10 % aus der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung herausgenommen werden. Die Bestellungen müssen zukünftig bis 15. Januar jeden Jahres von der KBV an das Paul-Ehrlich-Institut avisiert werden. Das heißt, dass die KVen schon im 4. Quartal Abfragen für die nächstjährige Impfsaison starten müssen. Es bleibt beim Rabattvertragsverbot für die Krankenkassen für alle Impfstoffe. Reiseimpfungen werden zukünftig GKV-Leistung, wenn die Reise beruflich oder ausbildungsbedingt veranlasst ist.

Arztinformationssysteme
Die Praxis-EDV soll zukünftig in der Verordnungssoftware für Arzneimittel die jeweiligen Jahrestherapiekosten und zweckmäßige Vergleichstherapien mit monatlicher Aktualisierung der Datenbasis unter Berücksichtigung der frühen Nutzenbewertungen des G-BA anzeigen müssen. Dagegen läuft die KBV derzeit Sturm, weil das ein Mehr an Bürokratie und Regressbedrohung bedeutet. Die Praxisverwaltungssysteme würden mit wenig hilfreichen Informationen überfrachtet. Für den zusätzlichen monatlichen Update-Aufwand ist keine Finanzierungsregelung vorgesehen.

Erweiterte Versorgungsverantwortung für Heilmittelerbringer
Die umstrittene, bisher nur für Modellversuche vorgesehene Vorgabe der „Blankoverordnung“ von Heilmitteln wird vor dem Gewinn erster Erfahrungen in die Regelversorgung überführt. Dabei stellt der Vertragsarzt die Indikation z. B. zur Physiotherapie und der Therapeut entscheidet über Auswahl, Dauer und Frequenz der Behandlungseinheiten. Alle bisherigen Verträge zwischen Kassen und Therapeuten werden zum 01.01.2020 auf einen Schlag vereinheitlicht und dabei sämtliche Preise für Heilmittel auf das bundesweit höchste vertraglich vereinbarte Preisniveau angehoben. Für die Weiterentwicklung der Vergütung der Therapeuten gibt es keine Begrenzungen durch Morbiditätsrate oder Grundlohnsummenentwicklung. Immerhin sollen die Vertragsärzte nicht mehr für die Wirtschaftlichkeit der Heilmittelversorgung haften müssen, wenn sie blanko verordnen. Warum der GKV-Spitzenverband trotzdem die Kostenentwicklung arztbezogen erfassen und melden soll, bleibt bei diesem Thema nicht die einzige offene Frage.

Verbot diagnoseabhängiger Vergütungen
Bereits mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) von 2017 wurden Verträge unzulässig, die für die Kodierung bestimmter Diagnosen zusätzliche Vergütungen vorsahen. Seitdem kam es zu Streitfällen, wenn Krankenkassen ihrer Aufsichtsbehörde erklärten, dass das Zusatzhonorar nicht für das Kodieren, sondern für den höheren Leistungsaufwand bei bestimmten Krankheiten vereinbart worden sei. Nunmehr will der Gesetzgeber die

Angelegenheit dahingehend „wasserdicht“ machen, dass jegliche vertragliche Regelung nach den §§ 73b, 83 und 140a SGB V mit Bezug auf Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen als Unrecht gilt.

Auflagen im Zulassungsverfahren bei Nachbesetzung
Die Zulassungsausschüsse sollen die Möglichkeit erhalten, Bewerber auf Ausschreibungen zur Erfüllung besonderer Versorgungsbedarfe (z. B. grundversorgende Leistungen, Mitversorgung benachbarter Regionen) zu verpflichten.

Förderfähigkeit von Notdienststrukturen
Nachdem durch ein Urteil des Bundessozialgerichts für Recht erkannt wurde, dass regionale Honorarvereinbarungen unzulässig sind, wenn sie neben konkreten förderungswürdigen Leistungen auch Strukturen der Sicherstellung (z. B. Bereitschaftsdienstzentralen) finanzieren, sind KBV und KVen an die Politik mit einer Gesetzesinitiative herangetreten. Das Ergebnis ist die Öffnung für solche Strukturförderungen, allerdings im § 105 und nicht wie gewünscht im § 87a SGB V - dadurch sind entsprechende Vereinbarungen fakultativ und nicht schiedsfähig. Die KV bleibt Bittsteller bei den Kassen.

Reduktion der Regressgefahren
Die verpflichtende Zufälligkeitsprüfung von 2 % der Vertragsärzte hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlungsweise wird abgeschafft zugunsten ausschließlich anlassbezogener Prüfungen auf Antrag mit 2 % als Obergrenze. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung von AU-Feststellungen wird komplett gestrichen. Ausgenommen von Prüfungen nach Durchschnittswerten werden zukünftig alle Kolleg(inn)en in unterversorgten oder drohend unterversorgten Gebieten sowie in Gebieten mit zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf, welche vom Landesausschuss festgestellt wurden. Für alle Prüfungsarten gilt, dass Regresse nur noch innerhalb von 2 Jahren nach Erlass des Honorarbescheides möglich sind, diese Frist beträgt bisher 4 Jahre.

Umbau der Gematik
Die Regierung will sich selbst als 51%-Mehrheitsgesellschafter der Gematik einsetzen. Dies bedeutet, dass die bisweilen zähen Entscheidungsprozesse der Selbstverwaltung bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens handstreichartig durch staatliche Entscheidungen ersetzt werden.

Neue Kartengeneration
Ab 01.12.2019 dürfen die Krankenkassen nur noch elektronische Gesundheitskarten ausgeben, die mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sind. Ab diesem Datum haben Versicherte Anspruch auf eine solche neue Karte - sie können den Kartentausch von ihrer Kasse verlangen, auch wenn die „normale“ Karte noch korrekt ist und funktioniert. Die neuen Gesundheitskarten können dann wahlweise in ein Lesegerät gesteckt oder mit mobilen Endgeräten verwendet werden. Letzteres soll die Authentifizierung gegenüber Anwendungen der TI oder der Telemedizin erleichtern. Kassen, die den Termin nicht schaffen, werden mit Abzügen von den RSA-Zuweisungen bestraft.

Interoperabilität der elektronischen Patientenakten
Die schon heute erkennbare Vielfalt von ePA-Lösungen wird nur dann die Kommunikation im Gesundheitswesen verbessern und den Einsatz künstlicher Intelligenz ermöglichen, wenn einheitliche Datenformate für medizinische Inhalte verbindlich eingeführt werden. Die KBV hat es geschafft, den Gesetzgeber von der Notwendigkeit einer solchen Definitionshoheit - und von der ärztlichen Expertise dafür - zu überzeugen. Die Übergabe der Verantwortung für die Festlegung der ePA-Inhalte zur Gewährleistung der semantischen und syntaktischen Interoperabilität an die KBV ist ein Vertrauensbeweis der Politik gegenüber dem KV-System,

der bei einigen Playern im Gesundheitswesen auf heftigen Widerspruch gestoßen ist. Wie bei der 11 6 11 7 als Plattform der zukünftigen Patientensteuerung wird es entscheidend darauf ankommen, ob und wie diese Chance genutzt wird.

Ich freue mich auf die Diskussion mit Ihnen über die politische Bewertung des Fortgangs der Gesetzgebung im Umfeld des laufenden parlamentarischen Verfahrens. Zunächst möchte ich aber noch einige Informationen über Beschlüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene seit der letzten Vertreterversammlung loswerden.

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses

Wie Sie wissen, ist der G-BA die entscheidende Hürde bei der Einführung neuer Leistungen oder Indikationen in die vertragsärztliche Versorgung. Ende Dezember 2018 trat ein Beschluss in Kraft, wonach Menschen mit geistiger Behinderung und Bedarf an Psychotherapie ein höheres Stundenkontingent zur Verfügung zu stellen ist. Für die entsprechenden Vereinbarungen haben KBV und GKV-Spitzenverband 6 Monate Zeit.

Neu ist die Behandlung von Hauttumoren in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, hierzu hat der G-BA eine weitere ASV-Richtlinie verabschiedet.

Spannend sind G-BA-Beschlüsse immer, wenn sie Leistungen betreffen, die bisher als IgEL im Fokus der Kassenkritik standen und deren medizinischer Nutzen „plötzlich“ als erwiesen gilt. Diese Aufwertung betraf im vergangenen Jahr die Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris (im Volksmund als Fersensporn bekannt) und die optische Kohärenztomografie (OCT) bei altersbedingter Makuladegeneration und bei Makulaödem im Rahmen der diabetischen Retinopathie. Auch hier gilt die Reihenfolge: Abwarten der Beanstandungsfrist durch das BMG, dann 6 Monate Zeit für den Bewertungsausschuss und schließlich Abrechenbarkeit nach EBM.

Beschlüsse des Bewertungsausschusses

Die Stoßwellentherapie des Fersenschmerzes hat diese Hürden schon genommen und ist seit 1. Januar 2019 mit 247 Punkten bewertet, die Vergütung läuft für mindestens 2 Jahre extrabudgetär. Ebenfalls vor allem für die Orthopäden interessant ist die Aufwertung der Osteodensitometrie von 161 auf 268 Punkte ab diesem Quartal. Zur Finanzierung wird bei der GOP 34600 die MGV angehoben, die GOP 34601 bleibt extrabudgetär.

Die Schaffung einer neuen Leistung für die Abstimmung zwischen behandelndem Arzt im Pflegeheim und dem besonders qualifizierten Berater des Patienten zur Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ist vor allem für Hausärzte relevant, hier gilt die GOP 37400 mit 100 Punkten extrabudgetär. Zugleich wurde die Versichertenpauschale in der Altersklasse ab 76 Jahre um 1 Punkt angehoben, um die erweiterten Verordnungsmöglichkeiten für Unterstützungspflege beim An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen abzubilden.

Für die Urologen wurde der Abrechnungsausschluss zwischen Uro-Genital-Sonografie und Bauchaortenscreening am gleichen Tag aufgehoben.

Fachärzte für diagnostische Radiologie und für Strahlentherapie dürfen zukünftig Samstagssprechstunden abrechnen.

Erwähnen möchte ich an dieser Stelle auch, dass die Abbildung des Zweitmeinungsverfahrens im EBM gelungen ist. Hierüber musste der Ergänzte Bewertungsausschuss entscheiden, in welchem als dritte Bank die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertreten ist. Es gilt nun eine neue GOP 01645 mit 75 Punkten bei extrabudgetärer Vergütung für den qualifizierten Erstmeiner, der den Patienten bei Indikationsstellung für eine „mengenanfällige“ Operation über seine Rechte aufklärt und die Befunde zusammenstellt. Der Zweitmeiner erhält dann 50 % der zutreffenden Grundpauschale seines Fachgebietes, um eine Bewertung der Befunde hinsichtlich der Op-Indikation vorzunehmen. Relevant ist diese Regelung bisher nur für die Cholezystektomie und die Tonsillektomie/Tonsillotomie.

Im Januar 2019 hat sich der Bewertungsausschuss auf die Höherbewertung der ambulanten/belegärztlichen Geburtsleitung verständigt. Die steigenden Prämien für die Berufshaftpflichtversicherung in der Geburtshilfe haben dazu geführt, dass immer weniger niedergelassene Gynäkologen geburtshilflich tätig sind. Um diese Entwicklung zu stoppen, wurden die betreffenden GOPen um fast das Doppelte gesteigert und den regionalen Vertragspartnern die Ausbudgetierung dieses Leistungsbereiches empfohlen.

Eines der wichtigsten Themen des Bewertungsausschusses, die Umsetzung der BSG-Rechtsprechung zur angemessenen Bewertung von Psychotherapie-Leistungen, konnte nicht zu einer Einigung geführt werden. Hier muss nun der Erweiterte Bewertungsausschuss einen Schiedsspruch fällen, nachdem die Kassenseite den bereits gefunden geglaubten Kompromiss wieder aufkündigte. Es geht um rückwirkende Nachvergütungen, die bis in das Jahr 2009 reichen. Kompliziert wird die Angelegenheit dadurch, dass die Psychotherapie im Jahr 2013 ausbudgetiert wurde und um die Frage der Lastenteilung zwischen fachärztlichem MGV-Anteil und Krankenkassen erbittert gekämpft wird.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.