kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

12. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen

am 22. Mai 2019 in Weimar

Bericht des Vorstandes

Teil II

Berichterstatter:

Dr. med. Thomas Schröter

2. Vorsitzender

TSVG – Umsetzung der Regelungen in der KVT

In der zweiten Woche nach Inkrafttreten des TSVG war es unmöglich, dieses Thema aus den Vorstandsberichten herauszuhalten, so dass wir - wie schon in den beiden vorangegangenen Sitzungen - den TOP 3 in unsere Vorstandsberichte integriert haben. Frau Dr. Rommel war bereits auf die Ausweitung der Terminvermittlung auf Hausärzte und Kinderärzte eingegangen. Hierzu möchte ich noch ergänzen, dass wir es bei allen Fachgruppen auch akzeptieren wollen, wenn uns statt der Meldung von zwei festen Terminen pro Monat die Bereitschaft zur alltäglichen Patientenannahme erklärt wird. Diese gehört für viele Haus- und Kinderarztpraxen zum Selbstverständnis und daraus erklärt sich wohl die geringere Akzeptanz einer Terminmeldepflicht in dieser Gruppe im Vergleich zu den überwiegend mit Bestellsystem arbeitenden Fachärzten.

Die **Erhöhung der Mindestsprechstundenzahl** von 20 auf 25 Stunden pro Woche ist eine unmittelbar auf alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten wirkende Pflicht seit dem 11. Mai. Hier werden wir als KV erst tätig, wenn die Bundesebene geregelt hat, wie die gesetzlich vorgeschriebene bundeseinheitliche Veröffentlichung der Sprechzeiten und die Anrechnung von Hausbesuchen konkret erfolgen sollen. Es bleibt also zunächst eine Angelegenheit der Mitglieder, für sich selbst die Übereinstimmung der gesetzlichen Anforderung mit dem Umfang der eigenen Zulassung zu prüfen bzw. herzustellen.

Dabei sollte im Voraus beachtet werden, dass die KV die **Erfüllung des Versorgungsauftrages** durch Ärzte und Psychotherapeuten zukünftig anhand der Fallzahlen und der im EBM hinterlegten Arztzeiten überprüfen und das Ergebnis dem Landesausschuss, dem Zulassungsausschuss und der Aufsichtsbehörde melden muss. Auch dieses Procedere werden wir nach Vorgaben durchzuführen haben, deren Details noch nicht bekannt sind. Kolleginnen und Kollegen, die trotz einer Vollzulassung nicht nur vorübergehend mit einer verminderten Wochenstundenzahl arbeiten, sollten sich bei uns beraten lassen, ob nicht eine proaktive Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss sinnvoll wäre. Mit dem Verzicht auf ein Viertel oder die Hälfte ihres Versorgungsauftrages könnten sie ggf. einem gemäß TSVG drohenden (Teil-)Entzugsverfahren zuvorkommen und einen Beitrag zur Versorgungsverbesserung leisten.

Das größte Fragezeichen, die Gestaltung von 5 Wochenstunden als **offene Sprechstunde** bei den grundversorgenden wohnortnahen Fachgruppen, gilt ja erst ab 1. September. Hier zeigt sich auf der Bundesebene bereits ein gravierender Dissens zwischen KBV und Krankenkassen, wie die Umsetzung des TSVG aussehen soll. Ich werde Ihnen zur nächsten Sitzung berichten, wie die Beratungen dazu im Bewertungsausschuss verlaufen sind. Dort werden auch die Neupatientenregelung und die Direktvermittlung dringlicher Termine zwischen Hausarzt und Facharzt verhandelt. Die ersten inoffiziellen Signale von Kassenseite lassen leider wenig Bereitschaft zu unbürokratischen Verfahren erkennen.
Interessanterweise will übrigens die AOK PLUS den Thüringer Vertrag zur Überweisungssteuerung zum Beginn des nächsten Quartals beenden, während die BARMER und die Bahn BKK weiterhin auch die Direktvermittlung dringender Termine zwischen Fachärzten fördern.

Eine bereits jetzt im Praxisalltag wichtige Neuerung durch das TSVG ist die **Einführung neuer Vermittlungsarten**. Wir werden dazu sogenannte FAQs mit Antworten auf unsere Internetseite stellen, kurzgefasst gilt das Folgende:
Ein „TSS-Terminfall“ ist am Tresen im PVS anzulegen, wenn ein Patient seinen Termin über die TSS bekommen hat. Das gilt für Haus- und Fachärzte einschl. Psychotherapeuten.
Der in der Praxissoftware bereits eingerichtete „TSS-Akutfall“ wird erst relevant, wenn die Rufnummer 116117 auch während der Sprechzeiten geschaltet ist und Patienten taggleich in Arztpraxen vermittelt werden. Hierzu wollen wir zu gegebener Zeit eine Abfrage durchführen, wer als Partnerpraxis oder Kooperationspraxis mit der TSS zusammenarbeiten möchte. Aus anderen KVen wird über gute Erfahrungen mit solchen anreizbasierten freiwilligen Systemen berichtet.
Der „Hausarzt-Vermittlungsfall“ trifft zu, wenn der dringliche Behandlungstermin von der Hausarztpraxis aus direkt vereinbart wurde, er gilt nur für den fachärztlichen Versorgungsbereich.
Die Leistungen im Behandlungsfall auf Grund einer dieser Vermittlungsarten werden extrabudgetär vergütet, wobei wesentliche Umsetzungsfragen derzeit noch offen und voraussichtlich strittig sind. Gesetzlich geregelt ist, dass für die Ausbudgetierung ein Jahr lang eine Nettobereinigung der MGV bis auf die Arztebene zu erfolgen hat. Dies bedeutet in Thüringen eine Absenkung des IPV als Preis für ausbudgetierte Vermittlungsfälle, begrenzt für die Dauer des ersten Geltungsjahres der betreffenden TSVG-Regelung.

Grundsätzlich gibt es derzeit keinen Grund, unsere Politik beim Terminservice zu ändern. Wir betreiben die TSS mit dem gleichem Personalschlüssel weiter wie bisher. Die Hausärzte sollten Aufkleber mit Überweisungscodes und Psychotherapeuten die Indikation zur Akuttherapie über PTV-11 wie bisher zurückhaltend verwenden. Fachärzte werden die TSS-Patienten unverändert auf GKV-Niveau wirtschaftlich, ausreichend, nur im notwendigen Umfang und zweckmäßig behandeln.

Zugleich bereitet die KV Thüringen die Zusammenlegung von TSS und Bereitschaftsdienst-Dispatching mit Digitalisierung der Terminmeldungen und Umstellung auf einen Rund-um-die-Uhr-Betrieb ab Anfang 2020 vor. Dafür hatten Sie ja bereits frühzeitig die Weichen gestellt. Bis zum Jahreswechsel werden wir uns in zwei weiteren Vertreterversammlungen mit den Einzelheiten dazu befassen.

Zu den weiteren Regelungen des TSVG mit absehbaren Auswirkungen auf unseren KV-Bereich gehören die Vorgaben zur **Reform der Bedarfsplanung** mit Fristsetzung zum 01.07.2019. Leider konnten wir uns nicht mit der Forderung durchsetzen, dass für die in diesem Zusammenhang entstehenden neuen Zulassungsmöglichkeiten eine Finanzierungsregelung ins Gesetz geschrieben wird. Zwar erhielten wir hier seitens unserer Landesregierung Unterstützung im Bundesrat, der auch einen entsprechenden Mehrheitsbeschluss fasste, aber die Bundesregierung entsprach dem gut begründeten Antrag der Länder nicht. So werden wir ohne klare gesetzliche Regelung bei den Krankenkassen dafür kämpfen müssen, dass für zusätzliche Arztsitze auch zusätzliches Honorar bereitgestellt wird. Denn anderenfalls würden ja die Budgets bei eben jenen Fachgruppen reduziert, deren Kapazitäten mit den neuen Stellen eigentlich erhöht werden sollten. Das ergäbe einen Teufelskreis ohne versorgungsverbessernden Effekt.

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses

Eine Woche nach Inkrafttreten des TSVG hat der G-BA die **neue Bedarfsplanungsrichtlinie** beschlossen. Wird sie nicht vom BMG beanstandet, tritt sie zum 30.06.2019 in Kraft und muss dann innerhalb von 6 Monaten von den Landesausschüssen umgesetzt werden.
Die vorgesehene Weiterentwicklung der Verhältniszahlen zielt im Ergebnis auf eine differenzierte Anhebung des Versorgungsniveaus durch Steigerung der Arztzahlen. Hier soll zunächst bundeseinheitlich die Alterung der Bevölkerung berücksichtigt werden und im zweiten Schritt die regional unterschiedliche Morbidität. Für Kinderärzte, Psychotherapeuten, Nervenärzte und Fachinternisten wird ein genereller Nachholbedarf gesehen und die relevante Arztzahl je Einwohner erhöht.

Innerhalb einiger planungsrelevanter Fachgruppen werden Quoten eingeführt. So darf bei einem Anteil von mehr als 33 % Kardiologen innerhalb der Facharztinternisten kein fachärztlicher Internistensitz mit anderem Schwerpunkt mehr in einen kardiologischen umgewandelt werden. Solche Maximalquoten gelten auch für Gastroenterologen, Pneumologen und Nephrologen.
Umgekehrt gelten Mindestquoten von 8 % für Rheumatologen innerhalb der Facharztinternisten, 25 % für Fachärzte mit Doppelweiterbildung in Neurologie und Psychiatrie innerhalb der Nervenärzte, eine 50:50-Verteilungsquote für Neurologen und Psychiater innerhalb der Nervenärzte und 50 % für Psychosomatiker innerhalb der ärztlichen Psychotherapeuten. Sofern diese Mindestquoten nicht erfüllt sind, entstehen trotz Sperrung für die Planungsfachgruppe neue Zulassungsmöglichkeiten für die Untergruppe.
In das Prüfungsverfahren auf zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf für Regionen, die kleiner als die Bedarfsplanungsbereiche sind, werden „Erreichbarkeitswerte“ eingeführt. So sollen zukünftig 95 % der Patienten einer Region nicht länger als 20 Minuten Fahrzeit mit dem Auto zum Hausarzt benötigen. Für Kinder- und Jugendärzte wurden 30 Minuten, für Gynäkologen und Augenärzte 40 Minuten festgelegt. Eine Förderung durch den Landesausschuss soll es allerdings erst dann geben, wenn die Zahl der Einwohner mit längerer Fahrzeit höher ist als die Verhältniszahl der Fachgruppe.

Sie können sich denken, dass die Umsetzung dieser neuen Richtlinie in den Thüringer Bedarfsplan ein gewaltiges Stück Arbeit für die Hauptabteilung von Frau Maaß bedeutet. Bitte verzichten Sie heute auf Nachfragen, welcher Anteil des bundesweit auf 3.466 und für Thüringen auf 265 neue Arztsitze hochgerechneten Zuwachses auf einzelne Fachgruppen entfallen wird. Da die Bedarfsplanungsreform noch sehr viele weitere Detailregelungen enthält, die ich hier gar nicht alle aufzählen möchte, werden wir dazu frühestens im November belastbare Aussagen machen können. Vor allem möchte ich aber hervorheben, dass die Schaffung von zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten noch lange nicht bedeutet, dass mehr Ärzte für die Versorgung zur Verfügung stehen. Denn auch derzeit sind 1.440 offene Sitze in Deutschland nicht besetzt, weil die Ärzte fehlen.

Weitere Beschlüsse des G-BA haben die Beanstandungsfrist des BMG bereits unversehrt überstanden und sind in Kraft getreten. Dies betraf im Februar die Erweiterung des **Neugeborenen-Screenings** um den Test auf schwere kombinierte Immundefekte und im März die Aufnahme der **optischen Kohärenztomografie** bei bestimmten augenärztlichen Indikationen in die vertragsärztliche Versorgung. Der nächste Schritt bei neuen Leistungen ist dann jeweils die Verankerung im EBM, dazu berichte ich die Neuigkeiten unter dem Punkt Bewertungsausschuss.

Als weitere Indikation der **Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung** im Bereich der seltenen Erkrankungen hat der G-BA die Hämophilie aufgenommen. Bereits beschlossene ASV-Anlagen wurden in Einzelpunkten nachgebessert. Als die nächsten zwei Indikationen sind Tumoren der Lunge und des Thorax sowie die Sarkoidose angekündigt.

Im April wurde vom G-BA ein neues **DMP Rückenschmerz** verabschiedet. Es ist vorgesehen für Patienten mit chronischen Schmerzen im Kreuz über mehr als 12 Wochen ohne organische Ursache, wenn sie dadurch in der Aktivität eingeschränkt sind und fortlaufenden Therapiebedarf haben. Kernbestandteil ist die Motivation zu körperlichem Training, wobei es im G-BA zu offenem Streit über den Sinn von Gruppenschulungen gekommen ist. So wurde der Beschluss gegen die Stimmen der Krankenkassen gefasst. Auf das weitere Schicksal dieses von der Politik massiv geforderten und forcierten DMP darf man gespannt sein, insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten Streichung der DMP-Programmkosten-pauschalen für die Krankenkassen im Faire-Kassenwahl-Gesetzentwurf.

Änderung des Bundesmantelvertrages

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich auf eine **Änderung der Psychotherapie-vereinbarung** geeinigt. Danach ist es jetzt grundsätzlich möglich, eine Richtlinientherapie über zertifizierte Videodienste durchzuführen – mit fachlich begründeten Einschränkungen. Diese bildet die Voraussetzung für die Aufnahme entsprechender Leistungen in den EBM, welche vorgesehen ist. Außerdem wurden Änderungen im Obergutachterverfahren vorgenommen, zu denen ich hier nur auf eine spezielle Themenseite im Internet unter kbv.de hinweisen möchte. Akutbehandlungen wurden detaillierter geregelt, insbesondere die parallele Durchführung neben einer Richtlinientherapie künftig ausgeschlossen.

Beschlüsse des Bewertungsausschusses

Manchmal erweist sich die Zeit von 6 Monaten nach Inkrafttreten von G-BA-Beschlüssen bis zu deren Umsetzung im EBM als sehr kurz, insbesondere wenn die Positionen von KBV und Krankenkassen weit auseinander liegen. So erhielten Änderungen im Präventionsbereich aus dem Jahr 2018 erst kurz vor dem Start in der Versorgung ihre Vergütungsregelungen.

Der gestiegene Aufwand der Beratung zum **Darmkrebsscreening** wurde mit einer erhöhten Bewertung der GOP 01740 mit 115 (vorher 103) Punkten berücksichtigt, die Abrechenbarkeit vom Patientenalter 55 auf 50 Jahre herabgesetzt. Das dazu publizierte Info-Material des G-BA kann übrigens über die KV bezogen werden.
Für den erweiterten Leistungsumfang (Impfanamnese, kardiale Risikoscores) der **Gesundheitsuntersuchung** (bisher: Check-up 35) wurden eine Bewertungsanhebung von 303 auf 320 Punkte und Anpassungen beim Laborprofil vereinbart. Entfallen ist die Pflicht zur papiergebundenen Dokumentation und Archivierung. Neu ist der Anspruch auf eine einmalige GU im Alter von 18 bis 35 Jahre, auch die Erhöhung der Mindestabstände für über 35-jährige Personen von 2 auf 3 Jahre wurde aus der GBA-Richtlinie in den EBM übernommen.

Die neue Leistung der **Hornhautvernetzung** mit Riboflavin bei Keratokonus kommt nur relativ selten vor, deshalb fällt die Anhebung der augenärztlichen Grundpauschale 06211 um 2 Punkte für die präoperative topografische Hornhautuntersuchung bei den konservativ tätigen Augenärzten nicht höher aus. Wir werden Ihnen unter TOP 6.4 heute empfehlen, die entsprechende MGV-Erhöhung in den Fachgruppentopf der Augenärzte zu steuern. Die operativen und postoperativen Leistungen sind eGV.

Nachdem ich am Ende meines Vortrags im Februar über den heftigen Streit zur rückwirkenden Anhebung der **Psychotherapievergütung ab 2009** berichten musste, kann ich diesmal eine positive Nachricht überbringen. Die von den Krankenkassen verlassene Kompromisslinie, dass die Lasten der Nachvergütung für die Jahre 2009 bis 2012 aus KV-Rückstellungen und ab dem Jahr 2013 von den Kassen zu tragen sind, war zum Schluss doch noch einigungsfähig. Der Wermutstropfen in dieser scheinbar endlosen Geschichte ist, dass die Berechnungen zur Nachvergütung für jeden einzelnen Psychotherapeuten über so viele Quartale extrem aufwändig ist und neben dem Tagesgeschäft unserer Hauptabteilung Abrechnung geleistet werden muss. Es gibt dafür einen Masterplan, der aber von vielen unwägbaren Umständen abhängt, so dass wir die betroffenen Kolleginnen und Kollegen weiterhin um Geduld bitten müssen.

Weitere gesundheitspolitische Gesetze und Gesetzesvorhaben

Einige Projekte der Bundesregierung hatte Frau Dr. Rommel bereits erwähnt. Angesichts der aktuellen Nachrichten und Spekulationen zur bevorstehenden **Kabinettsumbildung** muss man wirklich gespannt bleiben, ob die von der Persönlichkeit des Bundesministers geprägte, sehr agile Gesetzgebungsmaschinerie der vergangenen Monate in diesem Tempo weiterarbeitet.

Pille bis 22: Eine Neuerung, die mit dem Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch bereits in Kraft getreten ist, besteht im Anspruch auf die Verordnung oraler Kontrazeptiva zu Lasten der GKV bis zum vollendeten 22. Lebensjahr.

Ein für uns sehr wichtiges und daher intensiv begleitetes Gesetzesvorhaben der Bundesregierung ist die angekündigte **Reform der Notfallversorgung**. Zu den dazu vor 5 Monaten bekannt gewordenen Eckpunkten des BMG läuft derzeit eine gesundheitspolitische Diskussion heiß, in die wir uns mit einem 10-Punkte-Vorschlagspapier an Minister Spahn eingebracht haben. Da es sich hierbei um ein wichtiges Thema handelt, bei dem die Thüringer Expertise in Berlin besondere Wertschätzung erfährt, möchte der Vorstand Sie im Vorfeld Ihrer Kontakte zu Bundestagsabgeordneten am Rande der VV-Klausur mit den Regierungsplänen zu diesem nächsten Reformgesetz und mit unserer Argumentation dazu vertraut machen. Aus diesem aktuellen Anlass haben wir Ihnen die Erweiterung der heutigen Tagesordnung vorgeschlagen.