

Bericht des Vorstandes
anlässlich der
14. Sitzung der Vertreterversammlung
der KV Thüringen am 06. November 2019

Teil I

Berichterstellerin:

Dr. med. Annette Rommel

1. Vorsitzende

Werte Kolleginnen und Kollegen,

in wenigen Tagen begehen wir den 30. Jahrestag des Mauerfalls.

Ich denke, für alle hier im Raum war es ein emotionales, einschneidendes und lebensveränderndes Ereignis zum Positiven.

Um mit einer meiner zeitgenössischen Lieblingsschriftstellerinnen Juli Zeh zu sprechen: „Wir Deutschen waren wahrscheinlich 10 Jahre lang das glücklichste Volk der Welt.“

Was ist passiert, dass es so scheint, dass das alles keinen Wert mehr hat? Dass sich die gesamtgesellschaftliche Stimmung ins Negative gedreht hat und scheinbar ein Riss durch unsere Gesellschaft geht? Es ist hier sicherlich nicht der Ort und ich bin nicht die Person dafür, eine Analyse dazu vorzulegen. Aber über ein sehr aktuelles Beispiel aus unserer Tätigkeit, was Ihnen zeigt, wie sehr sich die Verhältnisse verändert haben, muss und werde ich Ihnen heute berichten.

Wir haben am Montag, den 04.11.2019, in der dritten Verhandlungsrunde mit den Krankenkassen die Verhandlung für unser Honorar für 2020 für gescheitert erklärt. Es war uns nicht möglich, auf der gleichen partnerschaftlichen Basis, die wir seit 2012, seit meinem Amtsantritt, gemeinsam mit Herrn Dr. Schröter verfolgt haben, einen Honorarvertrag auszuhandeln, der den Behandlungsbedarf der Menschen in Thüringen adäquat abbildet und die Verbesserung der Versorgung als Ziel hat. Vielmehr zittern die Krankenkassen wie das Kaninchen vor der Schlange vor dem Bundesversicherungsamt (BVA), der Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Krankenkassen. Sie legen deren Schreiben mit Anmerkungen zu den bestehenden Honorarverträgen buchstabengetreu aus.

Ihnen ist ja bekannt, dass wir das sogenannte Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes (BVA) vom 13. September 2018 beklagt haben. In ihm wurde deutlich gemacht, dass insbesondere die Vereinbarung der förderungswürdigen Leistungen in den meisten KVen nach ihrer Ansicht nicht den rechtlichen Grundlagen entspricht.

Bei der Vereinbarung förderungswürdiger Leistungen nach § 87a Abs. 2 und dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012 ist im Honorarvertrag darzulegen, in welcher Weise Mängel in der Versorgung bestehen und inwieweit durch die Förderung der Leistungen eine Verbesserung der Ergebnisqualität bewirkt werden kann.

Das ist zugegebenermaßen keine leichte Aufgabe. Aus diesem Grund wird auch aktuell um einen neuen Beschluss des Bewertungsausschusses mit einem anderen Tenor, nämlich einer prospektiven Beurteilung der Wirksamkeit von förderungswürdigen Leistungen, gerungen. Über die Notwendigkeit der Veränderung sind sich GKV-SV und KBV einig. Das „WIE“ ist noch umstritten.

Sie erinnern sich, wir haben in Treffen mit den Berufsverbänden diese Leistungen identifiziert und mit entsprechenden Begründungen versehen. Wir haben im Nachgang des Schreibens des BVA unsere Evaluation der förderungswürdigen Leistungen nach einem Zeitraum der Wirkung mit den Krankenkassen diskutiert.

Die Evaluation der förderungswürdigen Leistungen wurde mit einem enormen statistischen Aufwand flankiert und damit sowie mit den verbalen Begründungen deren Wirksamkeit auf die Versorgung bewiesen. In der Diskussion mit den Kassen ergab sich, dass die meisten förderungswürdigen Leistungen aus Sicht der Krankenkassen zu streichen waren und nur wenige auf Grundlage des BVA-Schreibens erhalten bleiben konnten.

Am 21. Oktober 2019, am Nachmittag unserer zweiten Verhandlung, erhielten wir das zweite Schreiben des BVA, was bestätigte, dass die meisten unserer förderungswürdigen Leistungen und andere Regelungen im Honorarvertrag, insbesondere die Förderung von Leistungen aus der MGV, nicht der Rechtsauffassung des BVA entspricht.

Beispiel: neurol./psych. Gespräch

Um das noch einmal ganz deutlich zu sagen.

Alle Honorarverträge seit 2012 wurden weder vom BVA noch von unserer Aufsicht, also unserem Ministerium, die für die AOK zuständig ist, beanstandet. Auch dieses Schreiben stellt keine Beanstandung dar, sondern gibt den Kassen die Möglichkeit darauf einzugehen und mögliche „Fehler“ zu berichtigen, um aufsichtsrechtliche Mittel zu vermeiden.

Selbstverständlich war das keine gute Voraussetzung für unsere Verhandlung mit den Krankenkassen. Unsere Forderung nach der finanziellen Förderung neuer Arztsitze, der Ausdeckelung von weiteren Leistungen wie Geriatrie und Sozialpädiatrie und die Finanzierung der Strukturen des Bereitschaftsdienstes waren sogar „No-Gos“ für die Krankenkassen. Wir hatten das Gefühl, gegen eine Wand zu rennen, und kamen uns wie in einem Abwehrkampf vor. Wir mussten die Ergebnisse unserer erfolgreichen Verhandlungen der letzten Jahre verteidigen, nicht nur in Bezug auf die förderungswürdigen Leistungen, sondern insbesondere auch im Hinblick auf die MGV. Das Thema der Bereinigung unserer damaligen Fördertöpfe ist für uns ein „No-Go“. Es war unmöglich, einen Konsens zu erzielen. Wir rufen jetzt das Schiedsamt an, und das wird über den Honorarvertrag 2020 entscheiden. Das heißt natürlich, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass wir ab 01. Januar 2020 keine gültige Honorarvereinbarung haben, weil wir damit rechnen, dass ein Schiedsverfahren frühestens im Februar 2020 stattfinden kann. Das BVA-Schreiben betrifft den Honorarvertrag 2019, hat aber extreme Auswirkungen auf 2020.

Ein besonderes Schmankehl aus der Honorarverhandlung möchte ich Ihnen nicht vorenthalten. Die Schreiben des BVA ergingen an jede Landesvertretung der bundesunmittelbaren Kassen und damit an jede KV. Wir haben sie uns natürlich untereinander ausgetauscht. Gleiche Sachverhalte in den Honorarverträgen der KVen wurden teilweise unterschiedlich bewertet oder gar nicht erwähnt. Darauf angesprochen, antwortete ein Vertreter der Krankenkassen, dass das sicher ein Büroversehen des BVA sei. Bei „copy & paste“ könnte das schon einmal passieren.

Was sagt uns das über deren Arbeitsweise?

Wir hatten den 04.11. und nicht den 11.11., sonst hätte ich das für einen Einstieg in eine Büttenrede gehalten.

Aber eigentlich ist mir während dieser Honorarverhandlung das Lachen, ganz ehrlich gesagt, vergangen.

Wie gesagt, das BVA, die Rechtsaufsicht der bundesunmittelbaren Krankenkassen, prüft derzeit das Vorliegen von Rechtsverstößen und beabsichtigt, mit den bundesunmittelbaren Krankenkassen in einen aufsichtsrechtlichen Dialog zu treten, um aufsichtsrechtliche Mittel, d. h., eine Beanstandung der Honorarvereinbarung, zu vermeiden.

Was wird das BVA nun in Folge tun, wenn die Honorarverträge nicht rückwirkend geändert werden?

Da das Schreiben des BVA den Honorarvertrag 2019 betrifft, sehen wir uns gezwungen, die Honorarbescheide ab dem 2. Quartal 2019 unter Vorbehalt zu stellen.

„Das BVA vertritt die Auffassung, dass im Hinblick auf alle in der Anlage 6 zur Honorarvereinbarung vereinbarten förderungswürdigen Leistungen die rechtlichen Voraussetzungen nicht vorliegen, und bemängelt, dass teilweise Angaben zur Höhe der konkreten Punktwertzuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen fehlen (Teil 3 § 3 Abs. 2, Abs. 5 - außer Stichpunkt 7, Abs. 6 - außer Nr. 3 der Honorarvereinbarung).

Das BVA hat darüber hinaus rechtliche Bedenken im Hinblick auf die zwischen den Vertragspartnern in Thüringen vereinbarte Höhe der MGV.

Da weder die Höhe der MGV, noch die Höhe des Punktwertes für förderungswürdige Leistungen sowie die Förderwürdigkeit der Leistungen an sich verbindlich feststehen, können sich auch auf Grund dieser Sachlage nachträgliche sachlich-rechnerische Richtigstellungen und damit einhergehende Honorarrückforderungen ergeben.“

Diese von mir zuletzt zitierten Sätze werden auch im neuen Honorarbescheid für das 2. Quartal 2019 stehen. Damit ist der Honorarbescheid unter Vorbehalt gestellt.

Auch das Terminservice- und Versorgungsgesetz macht es uns nicht einfach. Wir sind froh über das zusätzliche Honorar, was wir durch die Regelungen des TSVG bekommen werden. Aber die kleinteiligen Regulierungen machen uns in unserer Abteilung Abrechnung und der Verwaltung in der KV extrem zu schaffen. Aus dem folgenden Grund müssen wir die Honorarbescheide auch diesbezüglich unter Vorbehalt stellen.

„Maßgebend für die Berechnung des Honorars sind u. a. die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Umsetzung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG). Es handelt sich hierbei um die Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 439., 444., 445, 446 und 452. Sitzung. Die Beschlüsse regeln zum einen die Abrechnung und Vergütung von Zuschlägen für den Terminservicestellen-Termin- und -Akutfall gemäß § 87 Abs. 2b S. 3 und § 87 Abs. 2c S. 3 SGB V sowie zum anderen die extrabudgetäre Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 S. 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V (TSVG-Konstellationen). Ferner beinhalten die Beschlüsse Vorgaben zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für Leistungen, die bisher aus der MGV und auf Grund einer TSVG-Konstellation nunmehr extrabudgetär vergütet werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat mit Bescheid vom 26.09.2019 die vorgenannten Beschlüsse des Bewertungsausschusses in einem Punkt beanstandet und zu weiteren Themen Auflagen erteilt. Das bedeutet, dass die vorgenannten Beschlüsse des Bewertungsausschusses, auf deren Grundlage wir das Honorar berechnet haben, nicht wirksam geworden sind und somit keine verbindliche Berechnungsgrundlage bilden. Das BMG fordert konkret, dass die Vergütung der TSVG-Konstellationen außerhalb der MGV für die Leistungen im Behandlungsfall, und nicht wie vom Bewertungsausschuss vorgegeben im Arztgruppenfall zu erfolgen hat. In diesem Umfang sei ferner die MGV für Leistungen im Behandlungsfall zu bereinigen.“

Das bedeutet natürlich in beiden Fällen mehr Geld. *„Darüber hinaus fordert das BMG, dass die Leistungen und Zuschläge gemäß § 87a Abs. 3 S. 5 Nrn. 2 und 4 SGB V auch für die ermächtigten Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institutionen vorgesehen werden.“*

Ob diese Forderungen des BMG vom Bewertungsausschuss umgesetzt werden, oder ob die KBV hier mit einer Klage erfolgreich sein wird, wissen wir nicht. Deshalb müssen wir, wie gesagt, auch aus diesem Grund den Honorarbescheid unter Vorbehalt stellen.

Das sind alles keine guten Nachrichten, liebe Kolleginnen und Kollegen, und ich halte es für völlig widersinnig, dass unbeanstandete Vereinbarungen plötzlich nicht mehr gelten sollen, die zwischen Vertragspartnern einvernehmlich geschlossen wurden und über Jahre ihre positive Wirkung entfalteten.

Selbstverständlich ist klar, alles was wir tun, muss auf einer rechtlichen Grundlage passieren. Aber Gesetze sind auslegbar und sie müssen lebbar sein.

Übrigens: Gestern wurde der Glücksatlas in der Bundespressekonferenz 2019 vorgestellt. Thüringen ist Sieger der neuen Bundesländer und vor allem, die Gesundheitszufriedenheit der Rentner steigt.

Was ist das Problem?

Diffamierung der Leistungsträger der Gesellschaft, Misstrauen, Zweifel, Neid und maßloses Machtgehabe. Das zerstört den Zusammenhalt in der Gesellschaft. Das schafft Wut und Resignation. Die Zerstörung von gut funktionierenden Strukturen und Funktionen bringt Stagnation.

Wir als KV müssen das für unsere Mitglieder irgendwie erträglich gestalten. Aber ehrlich gesagt, fällt das schwer.

In diesem Zusammenhang möchte ich Sie ganz aktuell über die Umsetzung der bundeseinheitlichen Prüfung des Versorgungsauftrages auf der Grundlage der neuen TSVG-Regelung im § 95 Abs. 3 SGB V informieren. Die Vertreterversammlung hatte bereits im Mai dieses Jahres den Vorstand aufgefordert zu analysieren, wie die Patienten ambulant durch niedergelassene und auf Kassenarztsitzen angestellte Ärzte versorgt werden. Insbesondere interessierte die Auslastung nach Patientenzahlen in einer statistisch verständlichen Form. Der Versorgungsauftrag ist also für unsere Vertreterversammlung ein wichtiges Thema.

Wir haben Ihnen dazu anlässlich unserer Klausurtagung am 14. September 2019 eigene Berechnungen vorgestellt und diese für die Fachgruppen der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater vertiefend auch vorgetragen.

Wir hatten Ihnen auch berichtet, dass der Gesetzgeber die KVen nach den Regelungen des TSVG verpflichtet hat, die Ergebnisse der Überprüfung der Versorgungsaufträge sowie eine Übersicht über die ggf. getroffenen Maßnahmen den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie den Aufsichtsbehörden jeweils zum 30. Juni eines jeden Jahres zu übermitteln.

Die Überprüfung des Versorgungsauftrages von Vertragsärzten und angestellten Ärzten soll nun bundeseinheitlich durchgeführt werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat gemeinsam mit den Länder-KVen eine bundeseinheitliche Vorgehensweise bei der Überprüfung des Versorgungsauftrages entwickelt und beschlossen.

Dieses möchte ich Ihnen kurz vorstellen. Das ausführliche Papier liegt auf Ihren Plätzen aus.

Die Prüfung bezieht sich auf die Vertragsärzte und auf die im MVZ angestellten Ärzte. Die Prüfung wird anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand erfolgen. Die bundeseinheitliche datengestützte Auswertung teilt sich in zwei grundsätzliche Schritte.

Im ersten Schritt wird die Summe der Arbeitszeit je Vertragsarzt/-psychotherapeut auf Basis der Abrechnungsdaten ermittelt.

Im zweiten Schritt wird ein sogenannter Referenzwert operationalisiert und die tatsächlich ermittelte Zeit mit dem Referenzwert verglichen. Liegt die Zeit über der Referenzzeit, liegen keine Auffälligkeiten vor. Liegt die Zeit unter dem Referenzwert, wird eine differenzierte Einzelfallprüfung erfolgen. Das soll dann Gegenstand des Berichtes an den Landes- und Zulassungsausschuss bzw. an die Aufsichtsbehörde sein.

Der ärztliche Nachrichtendienst hat am 03. November 2019 über die Überprüfung der Mindestsprechstunden bzw. des Versorgungsauftrages berichtet. Dort wurde mit Verweis auf § 95 Abs. 3 SGB V behauptet: „Wer weniger als die seit 01. September 2019 vorgeschriebenen 25 Stunden pro Woche arbeitet, kann mit einer „Geldstrafe“ belegt werden.“

Dies ist so nicht ganz richtig. Der § 95 Abs. 3 SGB V in der Fassung des TSVG sieht keine Sanktionierungen in Form von Honorarkürzungen oder Geldstrafen vor. Eine solche sieht aber § 19a der Ärzte-ZV vor, wenn wir im Einzelfall feststellen, dass die jeweilige Mindestsprechstundenzeit in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen nicht eingehalten und trotz Aufforderung der KV nicht angepasst wird. Bei Nichteinhaltung des Versorgungsauftrages werden wir die betroffene Kollegin oder den betroffenen Kollegen darauf hinweisen, dass dies der Fall ist und gleichzeitig anbieten, das zu ändern oder den Versorgungsumfang zu reduzieren. Die KV kann als letztes Mittel einen Antrag beim Zulassungsausschuss auf Zulassungsentzug stellen.

Über die Ergebnisse der Überprüfung werden wir Sie im nächsten Jahr informieren.

Wer ganz normal arbeitet, hat mit Sicherheit nichts zu befürchten. Außer der Meldung der Vertretungszeiten bei der KV muss nichts zusätzlich dokumentiert werden. Die Überprüfung des Versorgungsauftrages erfolgte bis dato wesentlich einfacher und ohne größere Konsequenzen.

Wir leben in einem überregulierten System.

Schaut man sich nun die Arbeit unseres Bundesgesundheitsministers Jens Spahn an, dann hat man das Gefühl, dass es noch sehr viel mehr zu regeln gibt, als wir uns vorstellen können.

19 Gesetze in 19 Monaten - das ist seine Bilanz und man kann ihm eine gewisse Kreativität nicht absprechen und manche seiner Regelungen sind auch sinnvoll und notwendig. Gegen andere haben wir uns gewehrt.

Wie Sie bereits von Herrn Dr. Jordan gehört haben, war Minister Spahn am 08. Oktober 2019 bei uns in der KV zu Gast. Bemerkenswert war sein wirkliches Interesse an unseren Anliegen und seine Dialogbereitschaft. Das haben wir bei keinem Minister je so erlebt. Die Themen, die wir angesprochen haben, waren die Digitalisierung, die Notfallversorgung und die Forderung nach einer Finanzierung neuer Arztsitze. Bezüglich der Digitalisierung war unser Anliegen, dass die PVS-Hersteller verpflichtet werden, eine einheitliche Schnittstelle anzubieten, um alle Funktionalitäten der Digitalisierung problemlos anzubinden. Das hat uns Herr Spahn zugesagt. Das steht nun auch tatsächlich im Digitale Versorgungs-Gesetz, was morgen im Bundestag verabschiedet werden soll.

... aus dem Bericht von Herrn Dr. Schröter

„Gesetzgebung

Beim Besuch des Bundesgesundheitsministers in Weimar haben wir [...] erneut auf das Problem der fehlenden Finanzierungsregelung für zusätzliche Arztsitze infolge der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie hingewiesen. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) darf bekanntlich nur auf Grund gemessener Zunahme von Alter und Krankheitslast der Bevölkerung gesteigert werden. Im TSVG wird die Schaffung zusätzlicher Vertragsarztsitze jedoch mit einer besseren Erfüllung von Versorgungsbedürfnissen begründet.

Dass dieses hehre Ziel von den im System tätigen Ärzten durch weitere Absenkung ihrer teilweise skandalös niedrigen Honorarauszahlungsquoten bezahlt werden soll, haben wir Herrn Spahn als nicht hinnehmbar vorgehalten und um eine entsprechende gesetzliche Nachbesserung gebeten.

Die Reaktion darauf war weder eine Zurückweisung noch ein Versprechen.

Er verwies lediglich darauf, dass er bei den Krankenkassen bereits als der teuerste Gesundheitsminister aller Zeiten in Verruf gekommen sei. Wir werden, sobald der neue Bedarfsplan für Thüringen errechnet und amtlich ist, mit der Rückenstärkung durch [ihren VV-Beschluss] unsere Forderung dazu öffentlich erneuern. Wie Sie eben schon gehört haben, hat uns die Haltung der Thüringer Krankenkassen in den Honorarverhandlungen für 2020 leider neue Munition in dieser Sache geliefert.

Eine zentrale Rolle spielte im Gespräch mit dem Gesundheitsminister die geplante Reform der Notfallversorgung. Hier hatten wir Gelegenheit, die weitgehende Übereinstimmung zwischen den Zielvorstellungen der Koalition und unseren Portalpraxis-Pilotprojekten darzustellen. Zugleich konnten wir die Vorteile unserer dreiseitigen Vertragslösung nach § 115 SGB V gegenüber dem systemverändernden Ansatz des Diskussionsentwurfs aus dem BMG präsentieren.

Dazu gehören die bedarfsabhängig regional differenzierte Gestaltung der vertragsärztlichen Sitzdienstzeiten, das kooperative Zusammenwirken zwischen Vertragsärzten und Krankenhausärzten hinter einem gemeinsamen Tresen, die positiven Erfahrungen der bereits zweijährigen Laufzeit unserer Pilotprojekte und die Vorteile des zentralen Dispatchings von Hausbesuchsdienst einerseits sowie von Anlaufstellen an Krankenhäusern andererseits. Mehrmals fragte Herr Spahn nach, warum die Sicherstellung in Thüringen so gut funktioniert und anderswo nicht. Im Nachgang zu seinem Besuch haben wir noch einmal schriftlich dargelegt, wie aus unserer Sicht mit wenigen gesetzgeberischen Vorgaben ohne schwerwiegende Eingriffe in die Selbstverwaltung die politisch gewollte Gestaltung der Notfallversorgung bundesweit erreicht werden könnte. Wie fruchtbar der Boden im BMG für solche Anregungen aus der Provinz ist, bleibt abzuwarten.“

Ein besonderes Highlight für Herrn Spahn war die Besichtigung unserer Vermittlungszentrale und die Präsentation des Ersteinschätzungsverfahrens SmED. SmED wird vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, gemeinsam mit den Berufsverbänden und Notfallärzten entwickelt.

Die Implementierung nimmt bundesweit Fahrt auf. Es wird auch von Krankenhäusern und Rettungsdiensten als Option angesehen und eingesetzt.

Viele Themen, die sich in den Gesetzesvorhaben des Bundesgesundheitsministers wiederfinden, wurden bei einer öffentlichen Diskussion mit Vertretern verschiedener Gesundheitsberufe und Herrn Spahn vorgetragen und von ihm mit hoher Kompetenz und Ausführlichkeit begründet dargelegt. Das hat, glaube ich, alle Anwesenden sehr beeindruckt.

Ich halte es jetzt für müßig, einzelne Themen aufzugreifen, die im Digitale Versorgungs-Gesetz, im Masernschutzgesetz oder im Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelsicherheit niedergeschrieben sind. Wir können gerne diskutieren über das Wiederholungsrezept, über die Pflicht für Masern-Schutzimpfungen usw.. Aber das überlasse ich gerne Ihren Bedürfnissen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der Anspruch, umfassend über alle diese standespolitischen Themen informiert zu sein, dürfte für einen praktizierenden Arzt oder Psychotherapeuten fast unmöglich sein. Deshalb verweisen wir Sie selbstverständlich auf unsere Informationsquellen, die Webseite, das Rundschreiben, unser kvt impuls und auch Twitter. Aber wir sind auch gerne als Vorstand und Geschäftsführung vor Ort, um in den Berufsverbänden und Regionalstellen die aktuellen Themen zu präsentieren und uns den Fragen zu stellen.

Wir hatten in diesem Jahr drei KV-Foren geplant, in Erfurt, Gera und Suhl. Leider ist nur eins dieser Foren zustande gekommen in Suhl, weil die Anmeldezahlen der anderen so niedrig waren, dass wir das nicht mehr als wirtschaftlich vertretbar ansahen, diese Veranstaltungen im großen Rahmen durchzuführen. Auch unser Anschreiben an die Regionalstellenvorsitzenden und Mitglieder der Vertreterversammlung hat kein verstärktes Interesse geweckt.

Hier müssen wir uns hinterfragen, was ist die Ursache? Ist das Format falsch? Oder haben wir eine ungenügende Ansprache der Mitglieder gewählt?

Wir sehen immer wieder, dass da, wo wir die neuen Themen, wie das TSVG oder die Bedarfsplanung, vorstellen, die Kollegen hohes Interesse zeigen und sehr dankbar für die kompakte Form dieser Informationen sind. Wir werden deshalb auch unser Konzept dahin gehend ändern, dass wir den Regionalstellen anbieten, als Vorstand oder Geschäftsführung oder auch mit einzelnen Mitarbeitern mit bestimmten aktuellen Themen in die Regionalstellen zu kommen. Die Regionalstellen sind laut Regionalstellenordnung dazu verpflichtet, mindestens eine Sitzung pro Jahr durchzuführen. Dafür erhalten sie auch ihre finanziellen Zuwendungen. Das sollten wir stärker einfordern.

Jeder, der den direkten Kontakt mit den Mitarbeitern der KVT hatte, weiß die Aktualität der Informationen zu schätzen.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch noch einmal sehr deutlich machen, wie engagiert und kreativ unsere Mitarbeiter in der KV Thüringen für die Vertragsärzte tätig sind.

Das war insbesondere in den letzten Monaten im Bereich Abrechnung mit einer hohen Arbeitsintensität notwendig wegen der Umsetzung der kleinteiligen Regulierungen des TSVG. Das ist immer noch notwendig im Bereich der Kassenärztlichen Sicherstellung – der KÄV – in der Erarbeitung des Bedarfsplanes, der alles andere als banal ist, und bei allen Aktivitäten rund um die Terminservicestelle. Das war und ist notwendig in der Abteilung Verträge im Zusammenhang mit der Abteilung Statistik und den Juristen zum Thema Evaluation der förderungswürdigen Leistungen, der Honorarverhandlungen und jetzt der Vorbereitung des Schiedsamtantrages.

Ich danke hiermit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr herzlich für ihr außergewöhnliches Engagement und ich kann nur noch einmal deutlich sagen, die qualifizierten und kreativen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unserem Haus sind der Garant dafür, dass wir den Service für unsere Mitglieder bieten können, den sie von einer KV zu erwarten haben und noch darüber hinaus.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, schwere Zeiten entmutigen uns nicht, sondern sie spornen uns an, uns noch mehr kämpferisch dafür einzusetzen, dass wir unserer Aufgabe der Interessenvertretung unserer Mitglieder und der Sicherstellung der Versorgung in Thüringen gerecht werden.

In diesem Sinne ist Herr Dr. Schröter auch heute unterwegs in Berlin zu einer Sitzung, zu der unbedingt ein Vorstand jeder KV anwesend sein muss. Seinen Bericht bekommen Sie als schriftliches Handout ausgereicht.

Ich stehe Ihnen jederzeit für alle Fragen zur Verfügung.

(Es gilt das gesprochene Wort.)