

**14. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen  
am 6. November 2019 in Weimar**

**Bericht des Vorstandes  
Teil II (schriftlich)**

Berichtersteller:

Dr. med. Thomas Schröter

2. Vorsitzender

**Gesetzgebung**

Beim Besuch des Bundesgesundheitsministers in Weimar haben wir neben dem von Frau Dr. Rommel berichteten Digitalisierungsthema und der Nachweisführung, dass telemedizinische Ersteinschätzung und Patientensteuerung über die Rufnummer 116117 in der Realität funktionieren, 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 Ihre Resolution 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.

### **Gemeinsamer Bundesausschuss**

Erwartungsgemäß wurde die Liposuktion vom GBA als anerkannte Behandlungsmethode bei Lipödem im Stadium III für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen. Vorausgegangen war bereits Anfang 2018 ein Beschluss, diese Methode zu erproben. Nunmehr wird Betroffenen bereits vor der Bewertung von Erprobungsergebnissen die Möglichkeit eingeräumt, sich auf GKV-Kosten ambulant Fett absaugen zu lassen, bei bestimmten Indikationsvoraussetzungen und gesicherter Qualität/Erfahrung der durchführenden Chirurgen. Diese Regelung ist bis 2024 befristet.

In einem länger schwelenden Streit, ob nach Anpassung von Hörhilfen durch Hörakustiker eine ärztliche Endabnahme des Hilfsmittels verbindlich oder fakultativ sei, hat sich die KBV im Gemeinsamen Bundesausschuss zugunsten der HNO-Ärzte durchsetzen können. Der entsprechend klarstellende Satz in der Hilfsmittel-Richtlinie unterliegt ebenso wie der Beschluss zur Liposuktion noch der Rechtsprüfung durch das BMG.

Ein weiterer GBA-Beschluss soll hier nur erwähnt werden, da bis zu seinem Wirksamwerden in der Versorgung am 1. Oktober 2020 noch diverse Folgeregelungen nötig sind. Er betrifft die grundlegende Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinien, von der wir uns eine erhebliche Bürokratieentlastung im Versorgungsalltag versprechen. Für Interessierte können alle GBA-Beschlüsse, auch die noch nicht in Kraft getretenen, auf der Internetseite [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) eingesehen werden.

### **Bundesmantelvertrag**

Ab 01.01.2020 entfällt die Möglichkeit der Ersatzkodierung von Behandlungsdiagnosen mit dem Kürzel UUU. Für Laborärzte, Mikrobiologen und Pathologen wird zur ersatzweisen Kennzeichnung des Diagnosefeldes bei Durchführung von in-vitro-diagnostischen Untersuchungen ohne unmittelbaren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt der Wert **Z01.7** als gesicherte Diagnose zugelassen, sie steht im ICD 10 für „Laboruntersuchung“.

## **Sachstand EBM**

### **1. Umsetzung des TSVG**

Die Neuregelungen zur Kennzeichnung von TSVG-Konstellationen wie TSS-Vermittlungsfall, Hausarzt-Vermittlungsfall, Neupatient und Behandlung in der offenen Sprechstunde sind in der Abrechnung des 3. Quartals 2019 erstmals vollständig umgesetzt worden. Ein Problem war es für unsere Verwaltung ebenso wie für unsere Mitglieder, dass die Regelungen des TSVG ohne Rücksicht auf den Quartalstakt der Abrechnung in Kraft gesetzt wurden und dass die notwendigen Beschlüsse der Selbstverwaltung auf Bundesebene unter enormem Zeitdruck immer erst sehr kurz vor dem Wirksamwerden dieser Regelungen gefasst wurden. Hinzu kam nun noch, dass das BMG diese Beschlüsse mit Schreiben vom 27.09.2019 beanstandet bzw. mit Auflagen versehen hat. Eigentlich ist es unmöglich, das KV-Geschäft unter solchen Rahmenbedingungen seriös abzuwickeln. Ich möchte daher unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besonders herzlich danken, die diese schwierige Situation bewältigt und zudem die Kommunikation mit den Vertragsärzten und -psychotherapeuten bravourös hinbekommen haben.

Gegen Teile des erwähnten Beanstandungsschreiben des BMG werden die KBV und der GKV-Spitzenverband als Träger des Bewertungsausschusses gemeinsam vor dem Landessozialgericht Berlin klagen. Deshalb müssen die Honorarbescheide des 3. Quartals mit einem entsprechenden Vorbehalt versehen werden.

### **2. EBM-Reform**

Zur generellen EBM-Reform gibt es gegenüber der letzten Vertreterversammlung vom September in Berlin noch keine konkreten Neuigkeiten. Die KBV verhandelt mit den Krankenkassen weiter unter Hochdruck, um im Dezember einen ab 1. April 2020 gültigen EBM zu beschließen.

Was im September noch mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 im Bewertungsausschuss geeint werden konnte, sind die Abbildung des GBA-Beschlusses zur Optischen Kohärenztomografie (OCT) bei altersbedingter Maculadegeneration und bei diabetesbedingtem Macula-ödem, eine Bewertungserhöhung für das Mammografie-Screening sowie eine komplexe Beschlussfassung zur

### **3. Video-Sprechstunde.**

Damit hat der Bewertungsausschuss den gesetzlichen Auftrag zur Förderung der Telemedizin fristgerecht erfüllt. Abrechnungsberechtigt sind nunmehr alle Arztgruppen mit Ausnahme von Laborärzten, Pathologen, Radiologen und Nuklearmedizinern.

Neu ist, dass bereits der erste Kontakt im Behandlungsfall per Video stattfinden darf und dass auch eine ausschließliche Behandlung im Rahmen von Videosprechstunden zulässig ist. In solchen Fällen kann statt der bisherigen GOP 01439 nunmehr die GOP 88220 angesetzt werden, allerdings begrenzt auf maximal 20 % der Behandlungsfälle des Arztes. Mit der Begrenzung soll die Etablierung ausschließlicher Video-Praxen verhindert werden.

Die Vergütung der reinen Videokontaktfälle (88220) erfolgt dann mit einer Bewertung zwischen 70 und 80 % der Grund- und Versichertenpauschalen und ggf. der darauf bezogenen Zuschläge. Der jeweilige Bewertungsabschlag gegenüber 100 % hängt von der Arztgruppe ab, weil in den Pauschalen der einzelnen EBM-Fachkapitel unterschiedlich hohe Anteile von Leistungen enthalten sind, die per Video erbracht werden können. Findet im

gleichen Behandlungsfall auch eine „analoge“ Konsultation in der Praxis oder im Haus-/Heimbesuch statt, entfällt der Abschlag.

Gesprächsleistungen des EBM und bestimmte Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie, die keinen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfordern, können mit einem Anteil bis zu 20 % der GOP-Häufigkeit der individuellen Quartalsabrechnung per Video erbracht werden. Hierfür gibt es keinen Bewertungsabschlag. Bei der Zählung der für die Chronikerpauschalen maßgeblichen drei Arzt-Patienten-Kontakte im Zeitraum der letzten vier Quartale können nunmehr ein oder zwei Kontakte auch im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgt sein.

Die Technikpauschale zur Finanzierung des zertifizierten Videodienstes (GOP 01450: 4,33 €) bleibt unverändert. Als zusätzliche Anschubfinanzierung werden bei Durchführung von mindestens 15 Videovisiten im Quartal 10 € pro Fall mit 500 € als Quartalsobergrenze gezahlt. Diese Vereinbarung hat eine feste Laufzeit von 2 Jahren. Vorübergehend, solange eine automatisierte elektronische Erfassung der Versichertenstammdaten per Videokontakt technisch noch nicht möglich ist, zahlen die Krankenkassen weitere 1,08 € pro Fall für den Mehraufwand bei der Authentifizierung neuer Patienten (GOP 01444: 10 Punkte).

Als neue Leistung wurde die Videofallkonferenz eingeführt. Sie gilt für den elektronischen Kontakt zwischen Arzt und einer Pflegekraft, die entweder im Pflegeheim oder in der Häuslichkeit von pflegebedürftigen Patienten tätig ist. Hierfür gilt die neue GOP 01442 mit einer Bewertung von 64 Punkten bzw. 6,92 €.

Mit diesem Paket werden für Praxen, in denen eine Videosprechstunde echte Organisationserleichterungen bringen würde, finanzielle Anreize wirksam, die Technik nun tatsächlich anzuschaffen und loszulegen.

## **Telematik-Infrastruktur**

Ihre Resolution von Berlin, mit der die Politik aufgefordert wurde, von Sanktionen gegen Vertragsärzte und -psychotherapeuten abzusehen, wenn eine Nichteinhaltung der Fristen für den TI-Anschluss ohne eigenes Verschulden eingetreten ist, blieb bisher leider erfolglos. So musste die KV Thüringen im Rahmen der Abrechnung des 2. Quartals 2019 bei 285 Betriebsstätten das Honorar um 1 % kürzen, unabhängig davon, welche Umstände zur Nichteinhaltung der Frist führten. Dabei wissen wir sehr wohl, dass Lieferprobleme einiger Anbieter von PVS-Systemen häufig die Ursache verzögerter Anschlüsse darstellen. Nur sehr wenige Kolleginnen und Kollegen in Thüringen verweigern sich bewusst der gesetzlichen Verpflichtung zum TI-Anschluss.

Betroffen von der gesetzlichen Honorarkürzung sind damit 7,12 % aller Praxen. Den höchsten Anteil von Betriebsstätten ohne Online-VSDM im 2. Quartal hatte die kleine Arztgruppe der Humangenetiker mit 11 von 14 Praxen, danach folgen die Nervenärzte/Neurologen/Psychiater mit 15 von 64 Praxen (ca. 23 %) und alle Psychotherapeutengruppen mit zusammen 75 von 534 Praxen (ca. 14 %). Bei den Hausärzten waren 92 von 1.529 Praxen (ca. 6 %) bis zum 30.06.2019 noch nicht an die TI angeschlossen. Der durchschnittliche Kürzungsbetrag pro Betriebsstätte betrug 433 €. Insgesamt fließen rund 94.000 € in die innerärztliche MGW-Verteilung zurück, ca. 30.000 € betreffen die EGV und sind an die Krankenkassen zurückzuzahlen.