13. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen 2023-2028

am 06. September 2025 in Weimar

Bericht des Vorstandes

Teil I

Berichterstatterin:

Dr. med. Annette Rommel

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein intensiver Klausurtag liegt hinter uns. Das Thema Bereitschaftsdienst war nicht das erste Mal seit unserer umfassenden Reform 2005 auf der Agenda. Die Entwicklungen der letzten Jahre in der Inanspruchnahme und der Durchführung des Dienstes erfordern jetzt wieder eine radikale Veränderung. So flexibel sind wir.

Wir sind KV! Wir sind anders! Wir gehen neue Wege! Das ist das Leitbild, das sich die damalige Vertreterversammlung im Jahr 2014 während der Klausurtagung im Dorint in Weimar gegeben hat. Und es ist aktuell wie eh und je. Wir gehen neue Wege in der Regel- sowie in der Notfallversorgung, profitieren dabei von den Ideen und Erfahrungen anderer KVen und entwickeln unsere eigene Agenda. Wir können nicht auf die längst überfällige Notfallreform warten, ggf. müssen wir dann Anpassungen vornehmen. Die Notfallreform soll wohl eines der nächsten Gesetzesvorhaben des Bundesgesundheitsministeriums sein. Unsere Bundesgesundheitsministerin Frau Warken hat da einiges vor der Brust.
Man hört aus der einen oder anderen Ecke kritische Stimmen, die ihre Untätigkeit beklagen. Untätigkeit ist natürlich eine heftige Unterstellung. Sie unterscheidet sich eben extrem von der Hyperaktivität und der ständigen medialen Präsenz ihres Vorgängers Prof. Karl Lauterbach. Aber was hat das gebracht? Die GKV-Finanzen sind nicht stabilisiert, die Krankenhausreform ist nicht abgeschlossen, die Entbudgetierung der Haus- und Kinderärzte ist ein bürokratischer Akt sowie immer mehr Bürokratie, die auf- statt abgebaut wird. Eine Mammutaufgabe für die Ministerin in dieser Legislatur und leider muss man sagen, hat sie nicht die Unterstützung ihrer Fraktion und der Bundesregierung, die sie dafür braucht. Gesundheitspolitik ist wieder ein C-Thema. Wann begreifen es die Regierenden endlich? Wir brauchen Kontinuität und eine strategische Ausrichtung für das Gesundheitswesen über Legislaturperioden hinaus. Aber das ganze Gegenteil ist der Fall.

Aber der Hammer kommt noch. Pünktlich zum Koalitionsausschuss zur Sozialstaatsreform am Mittwoch legten die Kassen einen skandalösen Vorschlag vor. § 71 SGB V soll so geändert werden, dass Ausgabensteigerungen für Ärzte, Kliniken und Arzneimittel strikt an die Einnahmen gekoppelt werden. Ausnahmen sollen für mehrere Jahre gestrichen werden. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität besagt im Kern, dass die Verhandlungspartner von Kassen und Leistungserbringern ihre Vergütungsvereinbarungen so fassen müssen, dass es in der Folge nicht zu höheren Beiträgen kommt. Ausnahmen davon sind definiert. Ausnahmen in diesem Paragrafen sollen für mehrere Jahre gestrichen werden. Damit wollen die Kassen vermeiden, dass sich inflationsbedingte Steigerungen der beitragspflichtigen Einnahmen vollständig auf die GKV-Ausgaben auswirken. Das heißt, obwohl die Grundlohnsummensteigerung in diesem Jahr mit ca. 5,1 % erwartet wird, soll diese in den nächsten Jahren nicht für die Vergütungsverhandlungen wirksam werden. Die Kassen befürchten, dass ohne Gegenmaßnahmen weitere Beitragssatzsteigerungen zu erwarten wären. Das ist ein Paradigmenwechsel.
Ausnahmen vom Stabilitätsgebot waren bisher Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen, strukturierte Behandlungsprogramme oder die Gegenrechnung von Einsparungen gegen Mehrausgaben in verschiedenen Leistungsbereichen. Diese sollen ausnahmslos gestrichen werden. Die Kassen wollen als Grundlage der Vergütungsverhandlungen die Einnahmenprognose statt der Grundlohnrate. Die Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen würde somit an die tatsächliche Einnahmenentwicklung desselben Jahres gekoppelt. Das ist eine Kehrtwende.

Kassenchef Blatt hatte vor der Vergütungsverhandlung auf Bundesebene noch erklärt, weder eine Nullrunde fahren zu wollen, noch sich jeglicher Honorarsteigerung zu verweigern. Die Honorarverhandlungen von KBV und GKV-SV haben bisher noch zu keinem Ergebnis geführt.

Für die ambulante Versorgung heißt das, dass für die kommenden fünf Jahre der Orientierungswert auf dem Prüfstand steht. Er soll zukünftig strikt unter der erwarteten Zuwachsrate für die Einnahmen des Gesundheitsfonds liegen, besonders förderungswürdige Leistungen sollen gestrichen und die Entbudgetierung von Haus- und Kinderärzten soll zurückgefahren werden. Ein Unding! Das sollten wir von dieser Stelle auch deutlich öffentlich benennen - am besten in einer Resolution. Selbst eine strikte Umsetzung der Einnahmenorientierung garantiert noch keine stabilen Beitragssätze lt. Institut für die Deutsche Wirtschaftsforschung.

Wir werden in der nächsten Woche die erste Verhandlungsrunde mit den Thüringer Krankenkassen haben. Wir sind gut vorbereitet, dank unserer Vertragsabteilung unter der Leitung von Herrn Babuke, und schauen mit Spannung auf diesen Termin.
Wenn es keine Möglichkeit mehr gibt, Versorgungsmängel in den Regionen gezielt anzugehen, scheinen Verhandlungen zu einer Formalie zu verkommen und gefährden die Versorgung.

Der von den Kassen gewollte tiefe Einschnitt in die Finanzierung der ambulanten Versorgung wird noch unabsehbare Folgen für die Versicherten haben. Dabei ist die gesamte Grundannahme irrig. Wenn ich Geld sparen will, muss ich definieren, was ich noch bezahlen kann und nicht die sogenannten Leistungserbringer beschneiden. Ein unbegrenztes Leistungsversprechen wie von Politik und Krankenkassen gemacht, kann es einfach nicht mehr geben. Für begrenztes Geld kann es nur begrenzte Leistungen geben und darüber müssen wir genau nachdenken. Wir beginnen mit unseren Leistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst. Es kann nicht sein, dass wir hier immer mehr Geld aus unseren Honoraren hineinbuttern, nur um ein System aufrechtzuerhalten, das einem All-inclusive-Paket gleicht - alles immer zu jeder Zeit. So geht es nicht. Jeder akute Fall muss sofort behandelt werden, jeder Patient muss die Versorgung bekommen, die er benötigt, nicht die, die er wünscht. Wunsch und Realität müssen wieder in Einklang gebracht werden.

Oliver Blatt, der neu gewählte Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, provoziert mit dem Kassenvorschlag Leistungskürzungen und vor allem auch längere Wartezeiten für die Patienten. Denn dem einseitigen Sparbestreben der Kassen steht der Ruf nach Terminen entgegen, der kuriose Züge angenommen hat. Wenn man den Medien aller Art folgt, scheint ja nichts wichtiger zu sein und niemand mehr bekommt für irgendwas einen Termin bei einem Facharzt, es werden keine Hausbesuche mehr durchgeführt und die Ärzte verbringen ihre Zeit mit IGELN und anderen Privatleistungen. Langsam werde ich aggressiv, wenn ich so etwas lese oder höre. Mit Abrechnungsdaten können wir belegen, dass wir Patienten im ambulanten Gesundheitswesen in Facharztpraxen millionenfach versorgen, bei Hausbesuchen und so weiter. Überweisungen zu Fachärzten sind ebenso keine „Nice-to-haves“, sondern geschehen aus medizinischer Indikation und welcher Politiker will die bitte schön vorgeben? Wer will einem niedergelassenen, freiberuflichen Arzt vorschreiben, wie er seine Praxis organisiert und welche Leistungen er anbietet außerhalb der Regelversorgung? Offenbar gibt es ja auch Patienten, die aus den verschiedensten Gründen Interesse daran haben. Eine strikte Kontrolle, Verbote und disziplinarische Maßnahmen zu fordern, wie jüngst von grünen Gesundheitspolitikern, ist nicht nur unverschämt, es zeugt von wenig Sachkenntnis und einer ideologischen Sicht der Dinge. Das macht mich echt wütend. Was denken denn die Politiker und Kassenvertreter von uns? Sind wir die Abtreter der Nation, die die soziale Sicherheit im Land um jeden Preis aufrechterhalten? Unsere Ärztinnen und Ärzte sind auch nicht unbegrenzt belastbar, genau wie unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Preissteigerungen in allen Bereichen treffen unsere Praxen in gleichem Maße wie alle Unternehmen im Land, aber wir können unsere Preise nicht selbst festlegen. Eine ordentliche Bezahlung der angeforderten und erbrachten Leistungen zum Preis der Euro-Gebührenordnung ist unabdingbar für die Zukunftsfähigkeit des ambulanten Gesundheitswesens. Wer hat hier den Schuss noch nicht gehört? Fachkräftemangel allenthalben und die Gewissheit, dass nicht alle freien Hausarztsitze und auch einige Facharztsitze nicht nachbesetzt werden können. Damit müssen wir uns trotz aller unserer Bemühungen um den Nachwuchs abfinden.

Wir wollen die Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung verbessern, im Team arbeiten, flexibel sein, die Patienten behandeln und steuern durch Nutzung neuester Technologien. Darüber sollten wir gemeinsam mit unseren Vertragspartnern nachdenken.

Ein einseitiges Aufkündigen dieser Partnerschaft, wie mit der Initiative des GKV-SV, statt gemeinsam über strategische Ziele der Weiterentwicklung des ambulanten Gesundheitswesens nachzudenken, ist kontraproduktiv für die Versorgung.

Und als ob das nicht schon genug wäre, schockierte uns in der letzten Woche ein BSG-Urteil zu einem Sachverhalt, der als „Sonstiger Schaden“ bezeichnet wird, aber nicht im SGB V steht. Er stammt aus einem Urteil des BSG von 1983. Das Urteil gegen einen Arzt, der nachweislich keinen Schaden verursacht, allerdings einen Formfehler begangen hat, indem er seine Sprechstundenbedarfsrezepte mit einem Namensstempel versehen hat, statt seiner Unterschrift, wurde mit 500.000 € bestätigt. Es droht ihm ein Gesamtregress von 1,2 Mio. €. Nicht zu verstehen, nicht nachvollziehbar. Für sein falsches Handeln, was eigenartigerweise über Jahre hingenommen wurde, hätte sicher eine disziplinarische Maßnahme genügt. Was löst das in uns und in denen aus, die sich mit dem Gedanken tragen, in die ambulante Versorgung zu gehen? Natürlich gilt der Grundsatz, man muss sich an die Regeln halten. Man muss alles begründen können, was man tut. Aber es gilt auch der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, auch unsere Krankenkassen sind mit der Prüfvereinbarung in Thüringen nicht zufrieden. Es kommt ihnen zu wenig dabei herum. Sie wollen Veränderungen, Verschärfungen. Aber seien Sie sich gewiss, dass ich gemeinsam mit Herrn Biniossek und seinem Team um das kämpfe, was wir bisher Positives erreicht haben. Wir setzen uns auch in bewährter Weise für die Betroffenen ein, die in Prüfverfahren Hilfe benötigen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich verzichte heute darauf, Einzelheiten aus unserer Arbeit zu berichten. Wir haben ja im Verlauf dieser Klausur schon einiges davon gehört und diskutiert. Auch diverse Reformentwürfe werden von mir nicht beleuchtet. Schauen wir darauf, wenn sie in Gesetze gegossen sind. Sie können sich gewiss sein, dass wir uns in unseren Gremien dafür einsetzen, dass es für die ambulante Versorgung passt – mal mehr und mal weniger erfolgreich.
Natürlich erfüllen wir als KV auch gerade jetzt unter immer schwerer werdenden Bedingungen unsere Aufgaben. Und mehr als das. Wir fühlen uns unseren Menschen in Thüringen verpflichtet und haben hier auch unsere Landespolitik auf unserer Seite, die der Gesundheitspolitik eine hohe Priorität eingeräumt hat. Wir bringen innovative Projekte an den Start wie unser Innovationsfondsprojekt „DIVA“, unser telemedizinisches Pflegeheimprojekt „CARLA“ und wir planen Leuchttürme für die Versorgung, wie unsere Akutpraxis plus. Das alles geht nur mit engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, denen ich an dieser Stelle - auch ohne Nennung aller Namen - herzlich danke.

Danke an alle Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen Thüringens, die mit ihren Teams eine flächendeckende Versorgung im Land auf hohem Qualitätsniveau sicherstellen.
Wir sind KV! Wir sind anders! Wir gehen neue Wege! Deshalb nehmen wir auch nicht alles hin, was uns so von Kassen und Bundespolitik vorgesetzt wird und starten gerne gemeinsam mit der Gemeinschaft der Heilberufe in einen heißen Herbst.

Es gilt das gesprochene Wort!