

3. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen 2023-2028

am 22. März 2023 in Weimar

Bericht des Vorstandes

Teil II

Berichterstatter:

Dr. med. Thomas Schröter

2. Vorsitzender

Aktuelle wirtschaftliche Situation der Praxen

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir haben vorausgesehen und vorausgesagt, dass es eng wird für die Leistungsträger der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2023. Die Weichen dafür waren schon im Herbst des vorigen Jahres gestellt worden. Es begann mit den Honorarverhandlungen auf der Bundesebene, bei denen uns das Schiedsamt die Berücksichtigung der inflationären Kostensteigerungen bei der Festlegung des Orientierungswertes verweigerte. Seitens der Regierung wurde der ambulante Sektor bei der Gewährung von Sondermaßnahmen im Gesundheitswesen vollkommen ausgeblendet. Während es für Pflegekräfte in Heimen und Krankenhäusern staatliche Bonuszahlungen bis 550 € pro Kopf gab, gingen unsere MFA leer aus. Neben dem staatlichen Rettungspaket für Krankenhäuser zur Abfederung gestiegener Betriebskosten gab es null finanzielle Unterstützung für Vertragsarztpraxen und MVZ. Die „Krönung“ war schließlich die Teilrücknahme des TSVG mit Streichung der Neupatientenregelung zum 01.01.2023. Wir müssen deshalb die ambulante Versorgung in diesem Jahr für eine um ungefähr 12 Mio € abgesenkte Thüringer Gesamtvergütung leisten, was unsere Mitglieder aber erst im August erstmals auf dem Honorarkonto spüren werden.

Die Wut über diese Zumutungen und die fehlende Wertschätzung unserer Arbeit war schon vor dem Jahreswechsel so groß, dass hunderte Kolleginnen und Kollegen vor dem Thüringer Landtag dagegen demonstrierten. Aktivist/inn/en aus Ihren Reihen adressierten lautstark unsere gemeinsamen Forderungen an Politik und Krankenkassen: Frau Dr. Köhler, Frau Dr. Lundershausen, Herr Dr. Zitterbart. Wir haben diesen Protest als KV politisch und logistisch unterstützt und auch ich möchte von dieser Stelle aus noch einmal den Initiator/inn/en, Organisator/inn/en und Teilnehmer/inn/en herzlich für dieses starke Signal danken.

Natürlich ist es frustrierend, wenn so eine Veranstaltung nicht unmittelbar in eine Verbesserung der Rahmenbedingungen mündet, wie es die Streiks von Gewerkschaften vermögen. Aber wir befinden uns als Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten vollkommen freiwillig in einem gesetzlich und vertraglich hoch regulierten System, das kein Streikrecht kennt. Unser stärkstes Druckmittel als Berufsstand ist die Existenz des KV-Systems, welches mit dem Monopol des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags in Verhandlungen mit den Krankenkassen treten kann. Dieses KV-System hat vor knapp 100 Jahren die extrem prekäre Situation der damaligen Kassenärzte beendet, die als Einzelkämpfer der Willkür und dem Preisdumping mächtiger Krankenkassen ausgeliefert waren.

Einerseits bleiben wir kämpferisch, andererseits relativiert so ein Blick in die Geschichte manchen Ärger von heute. Ich möchte Ihnen einige Aspekte aufzeigen, die das düstere Bild der derzeitigen Wirtschaftslage der Praxen etwas aufhellen mögen, ohne es damit beschönigen zu wollen. Zunächst ist das der Ausblick auf die Weiterentwicklung der Preiskomponente unseres Honorars, den Orientierungswert. Der OW reagiert nach einem mathematischen Jahresscheibenmodell mit zwei Jahren Zeitverzug auf die allgemeine Inflation. Wenn ab August 2023 über den Punktwert für 2024 verhandelt wird, werden die Berechnungen also auf den Preissteigerungen von 2021 zu 2022 basieren. Da wird absehbar mehr drin sein als die 2 % Plus, die wir für dieses Jahr bekommen haben.

Zur Abfederung der Energiekostensteigerungen gilt für Praxen als Kleinunternehmen in diesem Jahr die gleiche Regelung wie für Haushalte: rückwirkend ab 01.01.2023 eine Deckelung der Preise auf maximal 40 Cent/kWh bei Strom, 12 Cent/kWh bei Gas und 9,5 Cent/kWh bei Fernwärme für 80 % des Vorjahresverbrauchs. Für die vertragsärztlichen Stromgroßverbraucher aus den Leistungsbereichen CT, MRT, Hochvolttherapie und Dialyse hat die KBV mit dem GKV-Spitzenverband in zähen Verhandlungen eine Lösung gefunden. Danach wird den Betroffenen eine Teilerstattung der Mehrkosten gewährt, wenn ihre Stromkosten 2023 über dem Referenzpreis von 29 Cent/kWh des Vorjahres liegen, wobei eine Bagatellgrenze von 500 € und eine Selbstbeteiligung von 5 % gelten. Grundlage sind Selbsterklärungen der Praxisinhaber, die stichprobenartig geprüft werden. Unsere IT-Programmierer haben zur bürokratiearmen Abwicklung dieses Hilfspaketes für ca. 400 Betriebsstätten ein Online-Formular entwickelt, das in Kürze freigeschaltet werden wird.

Zur teilweisen finanziellen Kompensation der Honorarverluste infolge des Wegfalls der Neupatientenregelung sind vom Gesetzgeber stärkere Anreize für die Vermittlung zeitnaher Termine durch Hausärzte oder durch die TSS gesetzt worden. Dazu werde ich unter TOP 7 näher ausführen und schlage vor, auch die erwartbare Diskussion erst dann zu führen.

Über die neuen Vergütungsregelungen in der Kinder- und Jugendmedizin hatte Frau Dr. Rommel bereits berichtet. Damit sind die besonderen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen am Start in diese Amtsperiode in groben Zügen umrissen. Natürlich gibt es für einzelne Fachgruppen und Praxen darüber hinaus spezifische Probleme. So ist im Zusammenhang mit dem Abschluss der punktsammenneutralen EBM-Reform das Kapitel Ambulantes Operieren überarbeitet worden. Im Ergebnis gibt es zwar bundesweit 60 Mio € Honorar mehr dafür in diesem Jahr, aber einige Kleinoperateure, z. B. unter den HNO-Ärzten und Hautärzten, sind von Abbewertungen betroffen. Zur Beratung daraus resultierender Verwerfungen und sonstiger Probleme stehen wir übrigens den Berufsverbänden als KV-Vorstand und ggf. mit unseren Fachleuten wie in den vorangegangenen Jahren nach Bedarf zur Verfügung und wir freuen uns, wenn dieses Angebot auch genutzt wird.

Notfallversorgungsreform

Eine größere Reform des Systems der Notfallversorgung in Deutschland war von der Großen Koalition unter Gesundheitsminister Jens Spahn vorbereitet worden, wurde aber durch die Coronapandemie ausgebremst. Im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung steht sie wieder drin. Unter beiden Regierungen waren Frau Dr. Rommel und ich im Gespräch mit den federführenden Mitarbeiter/innen im Bundesgesundheitsministerium, um für unser Thüringer Modell zu werben. Das beinhaltet eine dreiseitige Selbstverwaltungslösung mit einem integrierten Notdienst unter Beteiligung von KV, Krankenhäusern und Krankenkassen. Wir haben „als einzige KV der Welt“ im Jahr 2017 einen entsprechenden dreiseitigen Vertrag nach § 115 SGB V zustande gebracht, auf dem unsere vielfach gelobten Portalpraxen in Sömmerda, Sondershausen und Bad Frankenhausen basieren. Aber leider waren das nur Pilotprojekte, die wir wegen aufgebrauchter Fördermittel in diesem Jahr abwickeln müssen.

Nun brüstet sich ja unser amtierender Bundesgesundheitsminister damit, dass er sich nicht von Lobbyisten hineinreden lässt. Deshalb sollen sich die Mitarbeiter/innen im BMG nun nicht mehr an bewährten Erfahrungen und Projekten orientieren, sondern an den Empfehlungen seiner Regierungskommission, die nur aus Wissenschaftlern besteht. Die hat sich Mitte Februar zur

Notfallversorgungsreform geäußert, Sie können das Papier im Internet nachlesen. Bis jetzt gibt es noch keine offizielle Stellungnahme der BMG-Hausleitung zu diesen Vorschlägen. Das ist der Grund, weshalb wir dieses Thema heute noch nicht mit Ihnen vertiefen wollen. Der TOP 6 wird sich aber intensiv dem Status quo unseres Bereitschaftsdienstes widmen. Das wird uns auf einen gemeinsamen Informationsstand vor allem zum Thema Finanzierung bringen, von dem aus wir dann in einer der nächsten Sitzungen die konkreten Änderungsvorhaben von Minister Lauterbach bewerten können.

Weitere angekündigte Gesetzesvorhaben auf Bundesebene

Im Sinne eines Ausblicks, mit welchen weiteren angekündigten Gesetzen wir uns werden befassen müssen, gebe ich Ihnen eine Auswahl der vom BMG genannten Themen bekannt.

Versorgungsgesetz I

- Etablierung von Gesundheitskiosken
- Erleichterungen für die Gründung von kommunalen MVZ
- Stärkung der Länderbeteiligung in Zulassungsausschüssen
- finanzielle Förderung von alternativen Arztterminvermittlungen
- Primärversorgungszentren in ländlichen/strukturschwachen Regionen

Versorgungsgesetz II

- Reduzierung der Wartezeiten auf Psychotherapie für schwer psychisch Kranke
- erweiterte Informationspflichten hinsichtlich Einhaltung der Versorgungsaufträge (Ärzte/PT)
- Beschleunigung der Übermittlung von Abrechnungsdaten KVen an Kassen
- Direktzugang der Patienten zu Heilmittelerbringern (ohne ärztliche Verordnung)
- Direktabrechnung für Kinder und Jugendliche in der PKV
- Weiterentwicklung der Regelungen zu (investorbetriebenen) MVZ

Weitere Schwerpunkte der BMG-Arbeitsplanung

- Gesetz zur Pflegeausbildung, Akademisierung, später: Heilkundeübertragung
- Community Health Nurse als neuer Beruf
- Reform des Medizinstudiums
- Pflegeversicherungsstabilisierungsgesetz
- Cannabis-Legalisierung

Unser Informationsstand zu den einzelnen Vorhaben beschränkt sich weitgehend auf das, was den Medien dazu zu entnehmen ist. Gern können Sie nachfragen.

Digitalisierung: Strategie und Projekte der Regierung

Zum Ende der letzten Amtsperiode hatte ich der Vertreterversammlung berichten können, dass die Phase immer neuer Belastungen der Praxen durch überehrgeizige Vorhaben der Politik ein vorläufiges Ende gefunden hatte. Das gilt grundsätzlich auch immer noch so, aber die Dominanz des Computers und die Störanfälligkeit von digitalen Anwendungen in unseren Praxen wird von vielen Kolleginnen und Kollegen unverändert als alltägliches Ärgernis reflektiert. Vor wenigen Tagen verkündete unser Minister nun die neue Digitalisierungsstrategie seines Hauses in der Bundespressekonferenz.

Im Zentrum der Planungen steht die Neuauflage der elektronischen Patientenakte, nunmehr als **Opt-out-ePA**. Sie soll bis Ende 2024 für alle gesetzlich Versicherten, die nicht aktiv widersprechen, eingerichtet sein. Das wird im sogenannten Digitalgesetz stehen, das Lauterbach ankündigte. Gestern reagierte der AOK-Bundesverband mit der Mitteilung, dass eine neue ePA mit der Bezeichnung „AOK Mein Leben“ von der Firma Ernst & Young mit IBM als Unterauftragnehmer entwickelt werden soll. Das bedeutet: kompletter technologischer Neustart auf Kassenseite im Jahr 2024, nachdem Arztpraxen bereits seit 01.07.2021 die ePA-Verarbeitungsfähigkeit nachweisen mussten und anderenfalls - bis heute! - mit 2,5 % Honorarabzug bestraft werden.

Zudem soll das **eRezept**, dessen Einführung 2021 gestoppt und auf ein schrittweises Ausrollen umgestellt worden war, nun doch ab 01.01.2024 verbindlicher Standard in ganz Deutschland werden. Neu ist dabei, dass die Verordnungen auf der eGK gespeichert werden sollen, es gibt also auch hier zwar stark vereinfachte, anwenderfreundlichere neue Technologie, aber wieder eine Zwangsregelung des Gesetzgebers. Weitere Regelungsabsichten im Digitalgesetz betreffen den eMedikationsplan, die „assistierte Telemedizin“ in Apotheken und digitale Bausteine in den DMP. Wir werden also unsere satzungsbekanntenen Argumente gebetsmühlenartig wiederholen müssen und ausgereifte Technik, mehr Zeit für Feldtests und ein schrittweises Ausrollen sowie Freiwilligkeit mit Anreizen für Testpraxen fordern.

Die Gematik, Betreibergesellschaft der Telematikinfrastruktur, soll nach den angekündigten Plänen von Minister Lauterbach komplett verstaatlicht werden. Das bedeutet, dass die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung allesamt ihren Gesellschafterstatus und damit ihre Mitberatungsrechte verlieren, darunter die KBV. Flankiert wird dies durch die Streichung der Einvernehmenspflicht mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bei zukünftigen Entscheidungen. Da kann einem sehr unwohl werden.

Auch ein zweites Vorhaben, das Gesundheitsdatennutzungsgesetz, treibt schon heute die Kritiker auf die Bäume. Mit ihm soll zunächst eine „zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle“ aufgebaut werden, in der eine Zusammenführung von Krankenkassen-, Krebsregister- und Genomdaten und deren Pseudonymisierung für Forschungszwecke möglich werden. Das bisherige Bundesinstitut für Arzneimittel- und Medizinprodukte soll zu einem „Forschungsdatenzentrum Gesundheit“ weiterentwickelt werden, bei dem auch der kommerziellen Forschung ein Nutzungs- und Verwertungsrecht eingeräumt werden soll.

Angesichts solcher Pläne erscheint eine weitere Veränderung nahezu unbedeutend, nämlich die bereits wirksame gesetzliche Vorgabe zur **Umstellung der TI-Finanzierung** für unsere Praxen auf Monatspauschalen ab dem 01.07.2023. Bisher wird der Konnektortausch ja noch zeitnah voll finanziert. Erwartungsgemäß wollen die Krankenkassen bei der monatlichen Refinanzierung einen Teil des Kostenrisikos auf die Praxen abwälzen. Deshalb gibt es hier derzeit keine Einigung in den Verhandlungen und es wird wohl auf eine Schiedsamtentscheidung hinaus laufen.

Zusammengefasst bleibt die Digitalisierung, die uns die Arbeit eigentlich erleichtern sollte, ein Quell steter Unerfreulichkeiten in der Praxis. Ganz anders wird es hoffentlich mit den neuen Tablets laufen, die Sie für Ihre Arbeit als Mitglieder der Vertreterversammlung am Ende dieses Tages übergeben bekommen. Hier können Sie sich darauf verlassen, dass allen Hinweisen von Ihnen auf Verbesserungspotenzial konsequent nachgegangen wird.

Damit beende ich den gesundheitspolitischen Lagebericht des Vorstandes zum Sachstand in den wichtigsten Themen, die uns derzeit beschäftigen. Wir haben uns zum Beginn der neuen Amtsperiode auch darauf vorbereitet, Ihnen einige Projekte näher zu erläutern, in denen wir unsere Arbeitsschwerpunkte in den nächsten drei Jahren sehen. Eine entsprechende Auflistung ist Ihnen ausgeteilt worden (Anlage).

Zunächst bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit.