

5. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen 2023-2028 am 9. September 2023 in Erfurt

Bericht des Vorstandes Teil II

Berichterstatter:
Dr. med. Thomas Schröter

Bundesebene

Finanzierungsverhandlungen im Bewertungsausschuss

Im Vorfeld unserer Verhandlungen mit den Thüringer Krankenkassen wird auf der Bundesebene ermittelt, wie hoch der zu berücksichtigende Anstieg des Behandlungsbedarfs der Versicherten war und es wird im Bewertungsausschuss verhandelt, wie sich Kostensteigerungen der Vergangenheit in einer Erhöhung des Orientierungswertes niederschlagen sollen. Beide Stellgrößen, die Mengenkomponekte und die Preiskomponekte der budgetierten Gesamtvergütung, werden nach einer Jahresscheibensystematik betrachtet. Wenn es jetzt um die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für das Jahr 2024 geht, stehen einerseits Daten zu den Veränderungen der Morbidität und der Alterszusammensetzung der Bevölkerung und andererseits Daten zu den Praxiskostenentwicklungen von 2021 zu 2022 im Mittelpunkt. Während es zu Morbidität und Demografie von einem neutralen Institut rechnerisch ermittelte Veränderungsdaten gibt, führt die Weiterentwicklung des Orientierungswertes regelmäßig zu schwierigen Auseinandersetzungen zwischen Ärzte- und Kassenvertretern. Bei der laufenden Runde haben die Kassen eine Steigerung um 2,1 % angeboten. Das ist zwar der höchste Einstiegswinkel der Kassen überhaupt, seitdem das MGV-Honorar auf diese Weise verhandelt wird, aber natürlich völlig unzureichend zur Refinanzierung der gestiegenen Praxiskosten. Die Forderung der KBV liegt bei 10,2 % und umfasst folgende Komponenten:

- routinemäßige Anpassung der MGV entsprechend der realen Praxiskosteninflation
- Inflationsausgleichsprämie für jeden Arzt und Psychotherapeuten für das Jahr 2023
- Monatliche Gehaltserhöhung von 300 Euro (brutto) für nicht ärztliche Praxismitarbeiter
- Aufwandspauschale für Mehraufwand der Praxen bei Arzneimittelengpässen
- Erhöhung der Kostenpauschalen des EBM entsprechend der allgemeinen OW-Steigerung

Im August verliefen zwei Verhandlungsrunden ohne Ergebnis. Da der Orientierungswert nach der gesetzlichen Vorgabe bis zum 31. August für das Folgejahr feststehen soll, ist in der nächsten Runde am 13. September mit der Anrufung des Schiedsamtes zu rechnen. Möglicherweise wird der Vorsitzende des Erweiterten Bewertungsausschusses dann noch am gleichen Tag eine Entscheidung herbeiführen.

Ambulantisierung

Das derzeit größte Projekt der deutschen Gesundheitspolitik ist die **Krankenhausreform**. In einem wochenlangen Ringen zwischen BMG und Ländern sind dafür im Juli die Eckpunkte beschlossen worden, derzeit sitzen einige Landesgesundheitsminister mit am Redaktionstisch zur Ausarbeitung des entsprechenden Gesetzes. Die Ergebnisse dieses Prozesses können uns schon deshalb nicht gleichgültig sein, weil sie Unsummen aus den Beitragseinnahmen der Krankenkassen verbrauchen werden, die für eine adäquate Weiterentwicklung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nicht zur Verfügung stehen. Aber auch unabhängig davon bedeuten die vorgesehenen Strukturveränderungen eine Schwerpunktverschiebung von der vertragsärztlichen Versorgung in Richtung Krankenhaus. Dies ist einer der zentralen Kritikpunkte in der von Frau Dr. Rommel beschriebenen Protestbewegung der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.

Kernbestandteil der Krankenhausreform soll die Umstellung des Finanzierungssystems vom Fall- und Leistungsbezug auf eine Vorhaltevergütung sein. Die neuen Vorhaltepauschalen sollen dabei vollständig aus den DRG bereinigt werden, dafür verwendet das Eckpunktepapier von Bund und Ländern den Begriff „Stabilität des Erlösvolumens“. In Wirklichkeit werden den Krankenhäusern daneben aber zusätzlich massive finanzielle Zuwendungen aus der Schatulle der Krankenkassen versprochen, die als „Zuschläge“ bezeichnet werden. Von diesen Mittel sollen folgende Bereiche profitieren:

- koordinierende und vernetzende Aufgaben der Universitätskliniken,
- Pädiatrie und Geburtshilfe,
- Notfallversorgung,
- Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin.

Abgesehen von der Pädiatrie gibt es keine einzige ambulante Versorgungsstruktur, der in ähnlicher Weise zusätzliche Mittel in Aussicht gestellt werden. Das Ankündigen von mehr Geld für die Notfallversorgung in den Krankenhäusern wurde flankiert von der Streichung der Patientensteuerungsklausel aus dem gesetzlichen GBA-Auftrag für die Ersteinschätzungsrichtlinie. Hier wurden bewusst die Weichen in Richtung neuer und teurer Zentren für die Akutversorgung an Krankenhäusern zu Lasten der Regelversorgung von Akutfällen in unseren Praxen gestellt.

Eine weitere Schiene der Geldverschiebung von den Vertragsärzten ins Krankenhaus verbirgt sich hinter der Idee von der sektorenübergreifenden Versorgung in sogenannten Level-1i-Krankenhäusern. Nach den Eckpunkten von Bund und Ländern soll hier mindestens stationäre Allgemeinmedizin und Geriatrie betrieben werden, optional auch Innere Medizin und Chirurgie. Und dazu natürlich ambulante Versorgung durch ermächtigte Ärzte, Institutsambulanzen, ambulantes Operieren, belegärztliche Versorgung zuzüglich Kurzzeitpflege. Wer bei der Vorstellung der Eckpunkte durch Minister Lauterbach genau zugehört hat, konnte heraushören, was er hier bezweckt (Zitat): „Es geht um die Erhaltung kleiner Häuser in der Fläche mit einem möglichst flexiblen Rahmen und ... [hier liegt des Pudels Kern!] ... mit möglichst vielen Einkommenssträngen.“ Ein Schelm, wer dabei an das Budget der Vertragsärzte denkt, unsere ohnehin prekäre MGV! Ambulantisierung heißt an dieser Stelle nichts anderes als Öffnung der Krankenhäuser für vertragsärztliche Leistungen, die dann nicht mehr nicht aus dem stationären Sektor finanziert werden brauchen - mit Austrocknung der finanziellen Basis der Praxen. Das ist für mich die Fortsetzung der altbekannten Lauterbachschen Pläne von vor 20 Jahren zur Abschaffung der doppelten Facharztschiene - hinter einer neuen Fassade.

Die vollmundig angekündigte Ambulantisierung durch sektorengleiche Vergütung, die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft übrigens von Anfang an massiv torpediert wurde, hat das BMG auf die lange Bank geschoben. Fairer Wettbewerb mit den Niedergelassenen zu gleichen Bedingungen passt wohl jetzt nicht mehr ins Konzept. Gerade an den vormals „Hybrid-DRG“ genannten Ansatz, der im Koalitionsvertrag verankert ist, hatten viele politische Kräfte und auch die ambulanten Operateure große Hoffnungen geknüpft. Nachdem die DKG eine Vereinbarung nach § 115 f SGB V bis zum Stichtag 31.03.2023 zu verhindern wusste, wäre auf Basis der Vorarbeiten eine schnelle Ersatzvornahme des BMG möglich gewesen. Diese soll nach dem aktuellen Arbeitsplan des BMG aber erst zum 01.01.2024 kommen. Die KBV hat hier zunächst nur „Mutlosigkeit“ im Ministerium beklagt. Es drängt sich inzwischen aber der Verdacht auf, dass Herr Prof. Lauterbach klammheimlich den Koalitionskurs verlassen hat und die Zeit für alte linkssozialistische Utopien einer Vergesellschaftung des Gesundheitswesens gekommen sieht. Inhabergeführte Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten wären da nur noch ein Hemmschuh, der überwunden werden muss. Zu befürchten ist, dass es Hybrid-DRG nur für eine unbedeutende Zahl

ambulanter Operationen geben wird und die Ambulantisierung weitgehend ohne Beteiligung der Vertragsärzte nur an Klinikstandorten stattfinden soll.

MVZ-isierung

Ähnlich wie bei meinem vorigen Thema ist auch die Betrachtung Medizinischer Versorgungszentren häufig geprägt durch ideologische Positionen. Ich möchte stattdessen bewusst für eine empirische Betrachtung plädieren. Am 1. April 2004 hatte ich selbst in Weimar das erste vertragsärztlich geführte MVZ in Thüringen gegründet, zeitgleich mit dem ersten Klinik-MVZ, das ebenfalls in Weimar entstand. Anstellung von ambulant tätigen Ärzten war damals in den Augen der meisten niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen Teufelszeug, einige von Ihnen werden sich sicher noch daran erinnern. Wenn Sie mich nach fast 20 Jahren MVZ-Geschichte fragen, welche MVZ nun eigentlich gut und welche schlecht sind, gebe ich Ihnen eine Antwort, die Sie vielleicht überraschen wird. Nach meiner Erfahrung ist nicht die Trägerschaft entscheidend, sondern die Größe der Institution.

Grob gefasst lautet die These: solange die Zahl der Arztsitze einstellig bleibt, behalten ambulante Kooperationen eine Überschaubarkeit der Prozesse und Beziehungen für jede/n Beteiligte/n. Man kennt einander so gut, dass die soziale Verantwortung für das Funktionieren des Gesamtbetriebes in der Patientenversorgung Antrieb für persönliches Handeln bleibt. Die Aufgabe der ärztlichen Leitung lässt sich noch gut mit uneingeschränkter eigener Praxistätigkeit vereinbaren. Die kaufmännische Geschäftsführung in kleineren MVZ benötigt keine volle Stelle, dadurch tritt sie nirgends in den Vordergrund. Selbstbeschränkung von MVZ hinsichtlich ihrer Größe und ihres Einzugsgebietes ist im Ergebnis förderlich für die Versorgungseffizienz.

Negative Effekte treten auf, wenn die Gewinnerzielung oder Hegemoniebestrebungen zu sehr in den Vordergrund treten und Expansion betrieben wird. Es bedarf dann eines verwaltenden Überbaus, der zur Verselbständigung tendiert, mitfinanziert werden muss und die Überschussoptimierung als Selbstzweck forciert. Die ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und ihre Teams haben in großen MVZ keinen ständigen Kontakt mehr miteinander und die Verbundenheit der einzelnen Beschäftigten mit dem Unternehmen lässt nach. Dies führt nach eigener Beobachtung zu mehr Personalfuktuation, Personalausfällen und Versorgungslücken im Wirkungsbereich großer MVZ. Das strukturelle Vorteilspotenzial dieser Kooperationsform kehrt sich bei mehr als 20 Arztstellen ins Gegenteil um.

Nun ist es schwierig, so etwas wissenschaftlich zu untersuchen und zu belegen. Ich habe meine eigene persönliche Erfahrung hier vorgetragen, um zu verdeutlichen, dass wir als KV nicht von vornherein vertragsärztlich geführte MVZ als die Guten sehen und andere Trägerschaften verdammen. Dennoch verschließen wir natürlich nicht die Augen vor dem Phänomen, dass MVZ in Klinikträgerschaft sehr häufig mit dem Ziel der Patientenakquise für Krankenhausbetten gegründet und betrieben werden und dass MVZ im Eigentum von Kapitalgesellschaften vordergründig renditeorientiert arbeiten. Diese kommerziell ausgerichteten, versorgungsfremden Motive führen zwar nicht zwangsläufig, aber auch nicht selten zu einem „Rosinenpicken“ im Leistungsangebot und zu ungünstigen Standortverschiebungen. Deshalb wird der Ruf nach staatlicher Regulierung zur Eindämmung von Fehlentwicklungen immer lauter. Bereits im März hatte die Gesundheitsministerkonferenz der Länder dazu neun Punkte konsentiert, auf deren Basis der Bundesrat im Juni eine Entschließung verabschiedete, mit der die Bundesregierung zu einem MVZ-Regulierungs-Gesetz aufgefordert wurde. Ich möchte Ihnen die darin gelisteten Vorschläge kurz nennen:

1. Kennzeichnungspflicht für Träger, Betreiber und Rechtsform auf dem Praxisschild,
2. MVZ-Register bei der KV mit einsehbaren Inhaberstrukturen,
3. räumliche Beschränkung von Krankenhaus-MVZ-Gründungen auf einen 50-km-Umkreis,
4. Monopolverbot, MVZ-Größenbeschränkung auf 25 (HÄ) bzw. 50 (FÄ) % der Sitze lt. Bedarfsplan,
5. Streichung der Möglichkeit des Sitzerwerbs durch Zulassungsverzicht,
6. Streichung der Möglichkeit von Konzeptbewerbungen ohne Arzt,
7. MVZ-Gründungsoption für KV-Einrichtungen zwecks späterer Niederlassung der Angestellten,
8. Stärkung der ärztlichen MVZ-Leitung gegenüber sachfremder Einflussnahme,
9. gesetzliche Verankerung der Disziplinarfähigkeit von MVZ bei Verstößen gegen Vertragsarztspflichten.

Damit ist zwar keine Größenbegrenzung in dem Maße verbunden, wie ich sie mir wünschen würde, aber der Vorschlag geht weit in die richtige Richtung. Besonders interessiert sind wir als KV Thüringen an der Umsetzung von Punkt 7, um unser Zukunftskonzept zur Erhaltung inhabergeführter Praxen über die

Stiftungs-MVZ als „Durchgangsstation“ umsetzen zu können. Die Unterstützungszusage unserer Landesregierung dafür haben wir bekommen.

Weiterer Handlungsbedarf im Rahmen der MVZ-Gesetzgebung ergibt sich aus einem Urteil des Bundessozialgerichtes vom Januar 2022, welches die bisherige Rechtsprechung zu den MVZ-Gründereigenschaften von Vertragsärzten auf den Kopf stellte. Das BSG entschied, dass vertragsärztliche MVZ-Gründer nicht angestellt in ihrem MVZ tätig sein dürfen, sondern nur im Status des selbständigen Vertragsarztes. Damit wurde eine Konstruktionsvariante für unzulässig erklärt, die ca. zwei Dritteln der MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft zugrunde liegt. Die Gründung einer MVZ-Trägergesellschaft durch Einbringung der eigenen Praxis unter Verzicht auf die Zulassung zugunsten der Anstellung im MVZ ist nach aktueller Rechtslage nicht mehr möglich. Dies erschwert auch den Generationswechsel, der in vielen Vertragsarzt-MVZ ansteht, weil der neue Eigentümer nicht angestellt tätig werden kann, sondern der Sitz des Abgebers in eine selbständige Zulassung rückumgewandelt werden muss. Experten befürchten eine dadurch verschlechterte Bonität von MVZ-GmbHen und steuerliche Risiken für MVZ-Gründer. Tatsächlich gibt es seit dem BSG-Urteil nur noch nichtärztliche MVZ-Gründungen in den Zulassungsausschüssen.

Wenn die mit den Arbeitstiteln „Versorgungsgesetz I und II“ apostrophierte Regelungsplanung des BMG sich dem Thema MVZ widmen wird, gibt es also an mehreren Stellen im SGB V Korrekturbedarf. Die Zukunftssicherung kleiner vertragsärztlicher MVZ ist hier ein zusätzlicher 10. Punkt, für den wir eintreten werden.

Digitalisierung

Mit zwei Referentenentwürfen zu neuen Gesetzen aus dem BMG haben wir neben den bisherigen Gründen für Kritik an der Digitalisierungspolitik neue Aufreger hinzubekommen. Ich will mein Fazit vorwegnehmen: Wir haben es satt, unsere Zeit, Kraft und Geld in Projekte zu stecken, von denen die Politik begeistert ist und die Krankenkassen profitieren, die aber unseren Patienten und uns erst in einer fernen Zukunft und nur vielleicht Vorteile versprechen. Und wir wehren uns dagegen, entgegen aller anders lautenden Beteuerungen des Bundesgesundheitsministers in den letzten Jahren, zur Anwendung neuer, nicht ausreichend praktisch erprobter Technologien verpflichtet zu werden. Nicht nur verpflichtet, sondern gezwungen zu werden! Denn erneut sollen, auch dies entgegen anders lautender Versprechungen, statt Anreizen für testwillige Praxen Sanktionen über die Praxen verhängt werden, welche die engen Fristen zur Ausstattung mit teurer Hard- und Software nicht einhalten. Damit komme ich zu dem bekannten Ärgernis, dass die Industrie ihre Preise wieder einmal jenseits der nunmehr staatlich geregelten Investitions- und Betriebskostenfinanzierung für die Telematikinfrastruktur und ihre Anwendungen festlegt. Nachdem die Vergangenheit bewiesen hat, dass der Markt nicht funktioniert, werden wir vom Oberhirten Lauterbach wie eine Schafherde den Softwareherstellern zur finanziellen Ausbeutung zugetrieben. Spätestens da ist die Ideologie einer Abschaffung freier inhabergeführter Praxen keine Unterstellung mehr, sondern ein beweisbarer Fakt. Auch dieser Punkt treibt uns derzeit auf die Barrikaden und wir nehmen mit Genugtuung wahr, dass die Vertragsärzte und -psychotherapeuten ihre Lethargie überwunden haben und der Protest an Lautstärke gewinnt.

Was ist konkret geplant? Es bleibt bei 2,5 % Honorarabzug bei Nichtanbindung der Praxis an die Telematik-Infrastruktur oder fehlende ePA-Bearbeitungssoftware. Wer den TI-Anschluss besitzt und elektronische Patientenakten bearbeiten kann, aber nicht über ein eRezept- und eMedikationsplan-Modul verfügt, soll mit 1 % Honorarabzug bestraft werden. Außerdem droht diesen Praxen eine Halbierung der neuen TI-Monatspauschalen. Es bleibt also bei einer fortgesetzten Politik der Sanktionen, die den Zusagen von Gesundheitsminister Prof. Lauterbach und seiner Digitalabteilungsleiterin Dr. Ozegowski an die Ärzteschaft aus dem vergangenen Jahr zuwider läuft. Damit wird eine innere Verweigerungshaltung gegenüber der Digitalisierung bei unseren Mitgliedern begünstigt, statt mit Anreizen eine wachsende Zahl testwilliger „friendly user“ zu rekrutieren.

Das neu ausgegebene Datum für die verpflichtende Ausstattung aller Versicherten mit einer ePA, sofern sie nicht aktiv widersprochen haben, ist nun der 15.01.2025. VertragsärztInnen müssen auf Verlangen der PatientInnen Befund-, Behandlungs- und Verordnungsdaten in die ePA einstellen, sobald das Gesetz gilt und eine ePA vorhanden ist. Sie können auch auf eigene Veranlassung Daten einstellen, müssen dazu aber vorher den Patienten aufklären, welche Daten sie einstellen wollen, das Einverständnis abfragen und alles nachprüfbar dokumentieren. Auch bei Datenübertragungen, die der Versicherte ausdrücklich verlangt,



muss das Einverständnis nachprüfbar dokumentiert werden. Auch müssen PatientInnen vor dem Eintrag von HIV-Infektionen, psychischen Erkrankungen und Schwangerschaftsabbrüchen aktiv auf ihr Widerspruchsrecht hingewiesen werden, diese Belehrung und das ggf. erteilte Einverständnis müssen selbstverständlich ebenso nachprüfbar dokumentiert werden. Wenn Sie nach meiner Aufzählung der neuen Aufklärungs- und Dokumentationspflichten immer noch der Meinung unseres Gesundheitsministers sind, dass die ePA einen erheblichen Beitrag zum Bürokratieabbau in den Praxen leisten wird, beachten Sie bitte, dass das noch nicht alles ist. Im Vorfeld muss nämlich bereits dokumentiert sein, dass Sie die ePA mit Zustimmung des Patienten überhaupt bearbeiten dürfen, was sie von den darauf gespeicherten Daten lesen dürfen und was nicht. Zugegeben, das kann Ihnen vielleicht Ihre Praxisperle an der Anmeldung abnehmen. Ich befürchte aber im Ergebnis, dass die Opt-out-Versicherten, die sich für ein Leben ohne ePA entschieden haben, vor diesem Hintergrund zu Lieblingspatienten in unseren Praxen werden. Jede Krankenkasse kann übrigens für sich regeln, wie sie ihren Versicherten das Opt-out anbietet. Es soll jedenfalls einfach und barrierefrei über die Benutzeroberfläche eines Endgerätes möglich sein, NEIN zu sagen, ohne Begründung und auch noch nachträglich, wenn bereits eine ePA existiert.

Wenn es ein Logo für digitale Lösungen im Gesundheitswesen geben sollte, würde ich eine animierte Sanduhr vorschlagen, die röhrt und röhrt und röhrt. Der elektronische Versand von AU-Bescheinigungen dauert in vielen Systemen immer noch länger als die analoge Formularbedruckung, mal abgesehen von dem Anachronismus, dass meist immer noch beides parallel erforderlich ist. Der KIM-Versand von eArztbriefen ist zwar die TI-Anwendung mit dem größten Nutzen im Praxisalltag, aber sie funktioniert bei vielen Anwendern nur in ca. 70 % der Fälle. Wenn man als Facharzt einen großen Teil der Befundberichte ein zweites und drittes Mal erfolglos versendet und dann doch Ausdrucke mit der Post verschicken muss, ist auch dieser kleine Fortschritt wieder Makulatur. Derzeit ist die eAU bereits verpflichtend eingeführt, der eArztbrief aber noch fakultativ. Mit dem Entwurf eines Digitalisierungsbeschleunigungsgesetzes soll auch die Empfangbarkeit von eArztbriefen drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Pflicht werden.

Das Ausrollen nicht ausreichend erprobter, dysfunktionaler Technologien war ein Fehler, der nun beim eRezept eigentlich nicht wieder passieren sollte. Leider hat das BMG bei der Überarbeitung des Digitalgesetzentwurfes die Pflichteinführung des eRezeptes vom 01.01.2024 aber nicht verlängert. Die Vertragsarztpraxen müssen bis spätestens zum 01.01.2024 über die nötigen Software-Module für das eRezept verfügen, das dann auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden soll. Gestrichen wurde lediglich die Verpflichtung für Psychotherapeuten und Arztgruppen, die gar keine Verordnungen ausstellen. Zudem bleibt dauerhaft die Möglichkeiten erhalten, einen Papierausdruck des eRezept-Tokens auf weißem A4-Papier zu erstellen, dessen QR-Code in der Apotheke eingescannt werden kann. Im Haus- und Pflegeheimbesuch sowie im Bereitschaftsdienst bleibt das altbekannte rosa Muster 16 im Einsatz.

Die KBV soll nach dem Gesetzentwurf darauf hinwirken, dass alle Vertragsärzte nach dem kommenden Jahreswechsel standardmäßig elektronische Verordnungen ausstellen. Ein erstes Paket mit Infomaterial hatten wir bereits Ende Juli vertickert. Zudem haben wir Webinare in Aussicht, in denen sich unsere Mitglieder über die Anwendung des eRezeptes informieren können. Die KV Thüringen hat in Fortsetzung ihrer traditionellen herbstlichen Telemedizin-Fortbildungen Referenten der Gematik für zwei Veranstaltungen gewonnen, die Termine sind am 25.10.2023 um 15 Uhr (Thema eRezept) und 17.11.2023 um 15 Uhr (Thema ePA). Hörenswert ist für Interessierte auch ein aktueller Erfahrungsbericht der KV Westfalen-Lippe über den eRezept-Einsatz in 60 Pilotpraxen auf open.spotify.com, erschienen in der Podcast-Reihe „ÄrzteTag“ der Ärztezeitung.

Unumgänglich ist es beim Thema Digitalisierung, noch etwas näher auf die TI-Finanzierungs-Vorgabe einzugehen, die als Ersatzvornahme des BMG an die Stelle einer gescheiterten KBV-GKV-Vereinbarung tritt. Die bisherige Komponentenfinanzierung der Kosten von Hardware und Software wurde seit 1. Juli durch Monatspauschalen ersetzt, die sämtliche Aufwendungen der Praxen in toto abdecken sollen. Die grundlegenden Ärgernisse dabei sind a), dass das Marktversagen bei der Preisbildung durch die Anbieter damit kaschiert wird und b), dass es völlig unangemessene Strafabzüge in häftiger Höhe der Pauschalen geben soll, wenn die Vertragsärzte die Pflichtmodule nicht fristgerecht vorhalten. Die KBV will aus diesen und weiteren Gründen Klage gegen die Verfügung des Ministeriums einreichen. Schon die bisherige Finanzierungsvereinbarung hatte das Problem, dass einige Anbieter von Konnektoren genau den Preis aufrufen, den man als Praxis refinanziert bekam, die zusätzlichen Aufwände für Installation und Einarbeitung des Teams aber beim Praxisinhaber hängen blieben. Dies verschärft sich jetzt, weil die ersten Anbieter damit begonnen haben, die komplette Monatspauschale für das Angebot „TI-as-a-service“ zu

verlangen. Bisher gab es für Zusatzkosten wie z. B. den elektronischen Heilberufsausweis Extrapauschalen, die nun in der Monatspauschale versenkt sind. Da zahlen die Vertragsärzte und -psychotherapeuten und -innen zukünftig also drauf – was vom BMG schlichtweg ignoriert wird.

Eigentlich wäre an dieser Stelle auch noch eine ganze Menge zum Entwurf des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes zu sagen. Darauf möchte ich aus Zeitgründen verzichten und stattdessen auf meinen ausführlichen Kommentar vom 11. August in der Mediathek unserer Internetseite (Rubrik „Hintergründe“) verweisen, der mit einem Link im kvticker und durch verschiedene Medien verbreitet worden war. Der provokante Titel „Nackt für Krankenkassen und Pharmaindustrie“ vermittelte bereits die Botschaft, dass die geplante Absenkung ethischer und datenschutzbedingter Hemmnisse der Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten höchst problematisch ist.

Green Health Forum 2023

Im Juli fand in Dresden ein Netzwerktreffen für Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen statt, an welchem Vertreter der Gesundheitswirtschaft, aber auch von Krankenkassen, Krankenhäusern und aus anderen Branchen teilgenommen haben – aus dem KV-System waren wir diesmal noch allein vertreten. Es ging um Möglichkeiten, wie wir in unserer Arbeit und in unseren Institutionen Beiträge gegen Gesundheitsschäden durch Klimawandel leisten können. **Nachhaltigkeit bedeutet, dass wir in den Bereichen Ökologie, Ökonomie und Soziales unseren Gestaltungsspielraum darauf ausrichten, dass nachfolgende Generationen in ihren Möglichkeiten nicht eingeschränkt werden.** In einem Begrüßungsstatement begründete Kollege Eckart von Hirschhausen in gewohnt launiger Weise, warum die vielen kleinen Schritte sinnvoll und notwendig sind. Nun braucht sich die KV Thüringen bei diesem Thema ja nicht verstecken, aber es gab auch für uns interessante Anregungen. Ich frage Sie heute, ob wir das Thema nicht stärker auch in die Arztpraxen tragen sollten. Bei den lebensnahen Fragen „Was esse ich?“, „Womit und wohin fahre ich?“, „Was konsumiere ich?“ sind wir in unseren Praxen Vorbilder und Multiplikatoren sowohl schlechter Gewohnheiten als auch bewusster Lebensstiländerungen. Materialeinkauf, Müllvermeidung, Energieeinsparung im Alltag können weitere Handlungsfelder einer nachhaltigen Praxiskultur sein. In Zeiten des allgemeinen Fachkräftemangels fand ich es sehr bedenkenswert, dass einige Unternehmen inzwischen mit ihren Nachhaltigkeitskonzepten werben und dadurch vor allem bei jüngeren MitarbeiterInnen einen Attraktivitätsvorteil generieren. Das könnte ein Motiv für Praxisinhaber sein, sich bei allen Fragen rund um die Patientenversorgung im Team immer auch über die **Planetare Gesundheit** Gedanken zu machen. Dieser Begriff und das Konzept dahinter sind möglicherweise vielen KV-Mitgliedern noch unbekannt. Aber die Medizinstudierenden in der Uni Jena können bereits auf einem praktischen Prüfungsparcours ihre Expertise zur Planetaren Gesundheit unter Beweis stellen. Dieses Wissen wird zukünftig eine Basiskompetenz angehender Ärztinnen und Ärzte sein. Aus meiner Sicht ist es nur eine Frage der Zeit, wann wir in der KV Thüringen geeignete Fortbildungsangebote zu diesem Thema ins Programm nehmen.

Die Stiftung Praxissiegel e. V. hat gemeinsam mit dem aQua-Institut eine Zertifizierung von Praxen mit dem Siegel „Nachhaltige Praxis – Klima. Umwelt. Mensch“ entwickelt. Online-Schulung, Lizenz und Audit kosten insgesamt 949 Euro, das Siegel ist drei Jahre gültig. Die Techniker Krankenkasse prüft nach eigener Pressemitteilung bereits die Option, das Siegel im selektivvertraglichen Kontext einzusetzen. Wir haben die Krankenkassen bei den angelaufenen Honorarverhandlungen für 2024 deshalb aufgefordert, finanzielle Anreize für den Erwerb solcher Zertifikate zu setzen. Von einer genuine Bereitschaft vieler Kolleginnen und Kollegen, ihre Berufsausübung und Praxisführung bewusst nachhaltig zu gestalten, gehen wir dabei aus.

Landesebene

Terminservice

Uns liegen nunmehr erste konkrete Zahlen zu den Auswirkungen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes mit Streichung der Neupatientenregelung vor. Die extrabudgetäre Gesamtvergütung der KV Thüringen ist auf Grund dieser Streichung im 1. Quartal 2023 um knapp 34 Millionen € gesunken.



Konstellation	Quartal 1/2022	Quartal 1/2023	Differenz
Neupatienten	33.971.768,48 €	0,00 €	- 33.971.768,48 €
Offene Sprechstunden	14.578.723,31 €	15.464.593,50 €	+ 885.870,19 €
Hausarztvermittlung	467.655,34 €	2.810.797,39 €	+ 2.343.142,05 €
TSS-Terminvermittlung	552.580,22 €	881.111,49 €	+ 328.531,27 €
TSS-Akutfälle	0,00 €	2.391,56 €	+ 2.391,56 €
Veränderung EGV			- 30.411.833,41 €

Eine Kompensation durch Mehrinanspruchnahme der offenen Sprechstunden oder verschiedener Formen der Terminvermittlung, die ebenfalls extrabudgetär vergütet werden, war erwartungsgemäß nur marginal möglich. Eine deutliche Zunahme gab es lediglich bei den Hausarztvermittlungsfällen, die mit einem zusätzlichen finanziellen Anreiz versehen worden sind. Die Terminvermittlung über die Terminservicestelle, für die wir zum Jahresbeginn ein erleichterndes Online-Portal zur Verfügung gestellt hatten, ist weit hinter dem Potenzial zurückgeblieben. Die TSS-Akutfälle als ganz neue Option der Vermittlung von Patienten aus dem Ersteinschätzungsverfahren im Notdienst in die vertragsärztlichen Sprechstunden spielen quantitativ noch keine große Rolle. So wurden dem nicht budgetierten Finanzvolumen für die vertragsärztliche Versorgung in Thüringen durch die Gesetzgebung der Ampelkoalition im 1. Quartal 2023 unter dem Strich mehr als 30 Millionen € entzogen - als direkte Ursache der Verschlechterung der Patientenversorgung möchten die verantwortlichen Politiker das aber nicht wahrhaben.

Auf die einzelnen Fachgruppen sind diese EGV-Verluste allerdings sehr unterschiedlich verteilt. Ebenfalls sehr verschieden fallen die korrespondierenden MGV-Veränderungen durch die gesetzliche Rückbereinigung aus. Diese überlagern sich mit Langzeitfolgen der unterschiedlichen Veränderungen im Leistungsbedarf während der Coronapandemie, so dass für einzelne Fachgruppen schmerzliche Einbußen des Quartalsbudgets resultieren, während andere Fachgruppen die EGV-Verluste besser kompensieren konnten. Darüber wird unter TOP 3 ausführlich zu sprechen sein. An dieser Stelle kann ich nur noch einmal alle Mitglieder aufrufen, die Möglichkeiten zur nutzerfreundlichen Terminvermittlung über das 116117-Portal in allen Überweisungsfällen mit einer 4-Wochen-Dringlichkeit zu nutzen. Fachärzte können damit das Telefon ihrer Praxis-Anmeldung entlasten und gewinnen zusätzliche extrabudgetäre Einnahmen, die z. B. zur Stabilisierung oder zum Ausbau von Kapazitäten eingesetzt werden können.