

## **6. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen 2023-2028 am 8. November 2023 in Weimar**

### **Bericht des Vorstandes Teil II**

Berichterstatter:  
Dr. med. Thomas Schröter

#### **Bundesebene**

##### **Krankenhausreform und Notfallversorgungsreform**

Die beiden Großprojekte der Bundesregierung, die tatsächlich das Potenzial zu einer Verbesserung der Patientenversorgung gehabt hätten, drohen in den Mühlen des Förderalismus und der Sektorenkonkurrenz zu Mini-Reförmchen zermahlen zu werden. Ich möchte Sie zum aktuellen Stand der Dinge informieren.

Der jüngste Arbeitsentwurf aus dem BMG zu einem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz KHVVG) mit dem Arbeitsdatum 27.09.23 enthält noch ganze drei Ansätze aus den ursprünglichen „revolutionären“ Reformplänen von Minister Lauterbach. Das sind a) die Finanzierung von 60 % der bisherigen GKV-Erlöse als leistungsunabhängige Vorhaltepauschalen, b) die staatliche Zuweisung von Leistungsgruppen mit prüfbar (MDK!) Qualitätskriterien als Instrument der Krankenhausplanung sowie c) die Ermöglichung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, welche vor allem in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen neben stationären auch erweiterte ambulante sowie medizinisch-pflegerische Leistungen erbringen sollen. Die nächste Version eines Gesetzentwurfes, an welchem auch die Bundesländer mitschreiben durften, ist für Ende nächster Woche angekündigt.

Gegenüber den Empfehlungen der Regierungskommission zur Krankenhausreform ist auf Druck der Länder die Level-Einteilung der Krankenhäuser nicht mehr zu finden, diese werden vom Minister aber mit einem gesonderten Krankenhaustransparenzgesetz weiter verfolgt. Damit hat Lauterbach den geballten Unmut der Gesundheitsministerkonferenz auf sich gezogen, zumal er sich allen Forderungen nach Finanzhilfen für Krankenhäuser mit einem Vorschaltgesetz verweigerte. Die Ministerpräsidentenkonferenz hat 5 Milliarden Euro vom Bund gefordert. Derzeit gibt es lediglich die Bereitschaft der Ampelkoalition, Zahlungsfristen der Kassen zu verkürzen, um die Liquidität der Krankenhäuser zu stabilisieren.

Die für uns interessanteste Änderung der Reformpläne ist eine neue Sprachregelung. Wenn wir bisher über Pläne zu sogenannten Level-1i-Krankenhäusern berichtet hatten, trifft dieses Wording jetzt nicht mehr zu. Die ursprünglich so bezeichneten Einrichtungen heißen nämlich gar nicht mehr Krankenhäuser, sondern sektorenübergreifende oder integrierte „Versorgungseinrichtungen“. Praxiskliniken traut man sich (noch) nicht zu sagen, aber die neue Begrifflichkeit ist nun schon ein wenig ehrlicher. Es bleibt spannend.

Bei der Notfallversorgungsreform sind wir Zeugen eines Trauerspiels. Es gibt zwei Empfehlungen der Regierungskommission dazu (eine davon bezieht sich speziell auf den Rettungsdienst), aber immer noch keinen Gesetzentwurf. Die angekündigte Regelung dieses Themas im Zusammenhang mit der Krankenhausreform ist bisher nicht in Sicht. Vor diesem Hintergrund mussten wir unsere Portalpraxis-Pilotprojekte in Sömmerda, Sondershausen und Bad Frankenhausen abwickeln, weil die noch aus dem Jahr 2016 stammenden Fördermittel endgültig aufgebraucht sind. Dieses weitere Beispiel für eine Gesundheitspolitik, die praktisch bewährte Leuchtturmprojekte sterben lässt, aber unausgelegene, ideologisch motivierte Projekte wie Gesundheitskioske an den Start bringen will, nehmen den Aktivisten der ärztlichen Versorgung leider die Motivation. Wir sind hier zum tatenlosen Abwarten verdammt.

Den vorläufigen Höhepunkt der Bekämpfung vernünftiger Selbstverwaltungslösungen erreichte das BMG mit der Beanstandung der GBA-Richtlinie zum Ersteinschätzungsverfahren in Krankenhausnotaufnahmen. Laut BMG würde es die Patientensicherheit gefährden, wenn Patienten von Vertragsärzten behandelt werden, nachdem die medizinische Ersteinschätzung in der Notaufnahme ergeben hat, dass kein Notfall und kein dringender Behandlungsbedarf innerhalb von 24 Stunden vorliegt. Das schlägt dem Fass den Boden aus, liebe Kolleginnen und Kollegen. Der GBA klagt jetzt gegen das Ministerium und ich bin optimistisch, dass er sich durchsetzen wird. Aber wieder geht wertvolle Zeit für Verbesserungen in der ambulanten Notfallversorgung verloren.

### **Ambulantisierung: „Hybrid-DRG“ ante portas**

Das BMG hat nach dem Scheitern einer Selbstverwaltungslösung für die sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V im Oktober den Referentenentwurf einer Hybrid-DRG-Verordnung in die Anhörung der Verbände geschickt. Die Anlagen dazu enthalten einen Startkatalog mit 244 AOP-Leistungen, für die ab 01.01.2024 sogenannte Hybrid-DRG zwischen 900 und 2000 Euro vorgesehen sind und einen Erweiterungskatalog mit 55 Kurzlieger-DRG, für den die sektorengleichen Vergütungen im kommenden Jahr festgelegt werden sollen. Krankenhäuser rechnen mit den Krankenkassen direkt ab, Vertragsärzte können alternativ die KV beauftragen, müssen dies aber nicht. Die derzeit geregelte Option, dass auch Dritte als Dienstleister die Abrechnung durchführen können, führt zur Umsatzsteuerpflicht der Verwaltungs-kostenumlage. Inhaltlich verteilen sich die neuen Hybrid-DRG auf folgende Leistungsbereiche:

Startkatalog:	Hernienchirurgie 48 OPS Fußchirurgie 66 OPS Proktologie 11 OPS Urologie 37 OPS Gynäkologie 82 OPS
Erweiterungskatalog:	Orthopädie/Unfallchirurgie 15 DRG Allgemeinmedizin 3 DRG Augenheilkunde 4 DRG HNO-Heilkunde 5 DRG Pneumologie 2 DRG Phlebologie 2 DRG Kardiologie 10 DRG Gastroenterologie 7 DRG Proktologie 3 DRG Urologie 2 DRG Gynäkologie 2 DRG

Damit ist ein erster Schritt in Richtung Ambulantisierung in der Art erfolgt, wie wir sie uns vorstellen. Es obliegt nun den Fachverbänden zu bewerten, ob die staatlich festgelegte Leistungsbewertung angemessen ist. Seitens der KBV wurden eine ganze Reihe von Kritikpunkten beim BMG annonciert. 1. Der Startkatalog ist zu klein. 2. Die DRG-Systematik beinhaltet keine für Vertragsärzte relevante Abgrenzung von Leistungen: was ist mit den Preisen abgegolten, was ist daneben abrechenbar? 3. Die im Gesetz geforderte Schweregraddifferenzierung fehlt. 4. Die verpflichtende Software zur Diagnosekodierung für die DRG-Abrechnung ist in Vertragsarztpraxen nicht vorhanden. 5. Die Höhe der Vergütungen berücksichtigt nicht die fallindividuell differierenden Sachkosten und sie ist nicht attraktiv für Krankenhäuser, ihre operative Tätigkeit auf ambulante Versorgung umzustellen.

## Digitalisierung

Über die beiden Gesetzesvorhaben DigiG (Digital-Gesetz) und GDNG (Gesundheitsdatennutzungsgesetz) hatte ich Ihnen inhaltlich schon ausführlich berichtet. Es geht darin u. a. um die verpflichtende Einführung des elektronischen Rezepts und um die Opt-Out-Regelung für die elektronische Patientenakte sowie um die Datenverarbeitung für Forschungszwecke. Der Gesundheitsausschuss des Bundesrates hat sich überwiegend positiv zu beiden Entwürfen positioniert und sieht die geplanten Beschränkungen des Gesundheitsdatenschutzes erstaunlich unkritisch. Er geht sogar noch weiter als die Bundesregierung und hält die verpflichtende Pseudonymisierung der ePA-Daten für ein Forschungshemmnis. Ganz in unserem Sinne war lediglich die Anmerkung, dass die Übermittlung ungeprüfter KV-Abrechnungsdaten an die Krankenkassen bzw. das Forschungsdatenzentrum völlig sinnfrei ist. Morgen sollen die Kabinettsentwürfe in die 1. Lesung im Bundestag gehen, dann erfolgt die Anhörung im Gesundheitsausschuss, wofür ganze 90 Minuten vorgesehen sind. Daran ist zu erkennen, dass die Regierungskoalition entschlossen ist, ihre Entwürfe weitgehend unverändert am 15. Dezember zu beschließen.

Zur Umstellung der TI-Finanzierung auf Monatspauschalen gibt es ebenfalls nichts grundlegend Neues. Hier möchte ich Ihnen aber mitteilen, dass die Ignoranz unserer Mitglieder gegenüber den vielfältigen Informationen über die KVT-Medien erschreckend ist. Auf allen Kanälen, u. a. wiederholt im kvticker, haben wir darauf hingewiesen, dass es lediglich einer Eigenerklärung im KVTOP bedarf, damit man ab Juli die neue TI-Monatspauschale erhält. Trotzdem haben auch noch im September, dem dritten Monat mit dieser Regelung, erst 53 % der Betriebsstätten ihren Anspruch geltend gemacht. 36 % sind zum dritten Mal leer ausgegangen und 11 % haben nur die halbe Pauschale bekommen. Deshalb bitte ich Sie als gewählte Mandatsträger, dass Sie die hier aus erster Hand erhaltenen Hinweise nicht nur bei sich selbst umsetzen, sondern als Multiplikatoren auch immer an Kolleginnen und Kollegen weitergeben.

## Landesebene

### Austausch zu Digitalisierungsideen

Vor drei Wochen fand die lange geplante gemeinsame Beratung interessierter VV-Mitglieder, namentlich Burkhard Strauß, Ulrike Reinsch und Björn Kusch sowie der beiden VV-Vorsitzenden mit mir als Vorstandsvertreter, einigen IT-Fachleuten und weiteren Experten aus unserer Verwaltung statt. Ich hatte Sie alle dazu eingeladen und einen Bericht über die Ergebnisse angekündigt. Es ging um Vorschläge und Wünsche aus Ihren Reihen zur Optimierung von Routinevorgängen durch mehr Digitalisierung. Insgesamt 15 Punkte, die zum größten Teil von Herr Dr. Strauß angesprochen wurden, waren Gegenstand der Diskussion.

Die Abrufbarkeit von Fortbildungspunkten bei der LÄK durch die KV steht kurz vor ihrer Realisierung. Der Vorstand wird noch in diesem Monat einen entsprechenden Beschluss fassen. /// Die Fallsammlung Medikamentenmissbrauch auf unserer Internetseite wird leider kaum besucht. Eine von Dr. Strauß angeregte Suchfilterfunktion wurde dennoch bereits wunschgemäß programmiert. /// Hingegen soll ein digitales Prüftool für den Sprechstundenbedarf, mit dem eine Schnellinformation über die SSB-Fähigkeit einzelner Medikamente abgefragt werden könnte, nicht realisiert werden. Einzig die KV Baden-Württemberg bietet eine Seite an, auf der ein Medikament eingegeben werden kann, bei dem man sich nicht sicher ist, ob es im SSB verordnet werden darf. Aber man muss dort erst BSNR, Arztname und Mailadresse angeben, um den Dialog zu starten. Zum eingegebenen Medikament blinkt dann eine Ampel als vorläufige Information, später erhält man eine Mail mit den ggf. bestehenden Verordnungseinschränkungen. Der Vorteil gegenüber einer herkömmlichen Mailanfrage an die Hauptabteilung VW bei uns erscheint marginal, wir halten das Tool eher für die schicke Spielerei einer reichen KV, die im Ernstfall doch nicht vor Regressen schützen kann. Technisch wäre das aber machbar. /// Analog zum elektronischen Honorarbescheid gibt es auch für andere arztbezogene Dokumente das Bedürfnis, diese im KVTOP digital aufrufen zu können. Die hierzu notwendige elektronische Arztakte ist bereits in Arbeit. Es handelt sich dabei aber um ein sehr komplexes Projekt im Rahmen des elektronischen Dokumenten-Management-Systems, in das alle Hauptabteilungen unseres Hauses einbezogen werden müssen. Daher geht die arztseitige Verfügbarkeit nur schrittweise voran. Sehr viele Formulare sind bereits digitalisiert. Der weitergehende Wunsch nach automatischer Vorbefüllung mit den Stammdaten des Arztes ist nachvollziehbar und registriert, aber wegen vorliegender Priorisierungen noch nicht zeitnah realisierbar. /// Dass an Stelle des quartalsweisen Systematikausdrucks

irgendwann eine digitale Abrechnungskorrektur möglich wird, ist nicht nur ein Wunsch vieler Mitglieder, sondern auch der Verwaltung selbst. Hiermit beschäftigt sich eine Projektgruppe unter Federführung der HA Abrechnung. Allerdings planen wir nicht den Weg anderer KVen zu beschreiten und komplett auf eine elektronische Vorab-Abrechnungsprüfung umzustellen. Diese müsste nämlich ausschließlich auf das EBM-Regelwerk beschränkt werden und würde Abrechnungsfehler im Bereich DMP, Selektivverträge usw. belassen. Die Folge wäre ein erheblicher Mehraufwand durch nachlaufende Regresse, Widerspruchsverfahren usw. - den wollen wir natürlich nicht. /// Eine nachvollziehbare Anregung bezog sich auf die Digitalisierung der Vertreterversammlungen, nämlich den Einsatz der Software OpenSlides. Auf die komfortablen Funktionen dieses für Großveranstaltungen konzipierten Programms brauchen wir zukünftig nicht zu verzichten, da wir vorhaben, eine neue Konferenzanlage mit elektronischer Rednerliste und Abstimmung anzuschaffen. Der Nachteil von OpenSlides ist, dass man für jede Veranstaltung eine Lizenz kaufen muss und hochgeladene Dateien nur in dieser einen Konferenz nutzbar sind. Diesbezüglich ist unser System NextCloud, in das Sie sich inzwischen eingearbeitet haben, deutlich überlegen. Es eröffnet auch zahlreiche bisher noch nicht genutzte Optionen der Dokumentenbearbeitung, die nach und nach auch für die Arbeit weiterer Gremien der Selbstverwaltung in Thüringen zur Verfügung gestellt werden sollen.

Einigen Wünschen haben wir – unabhängig von den technischen Hürden zur Realisierung – schon auf Grund berufspolitischer Erwägungen nicht entsprechen wollen. Dazu gehört zum Beispiel ein digitaler interaktiver Honorarbescheid, mit der Option zur Ableitung von Abrechnungsstrategien. Wir wissen, dass in größeren ambulanten Einheiten sogar Controller eingesetzt werden, um Abrechnungen digital gestützt zu optimieren. Da dies letztendlich zu Lasten der Kolleginnen und Kollegen der eigenen Fachgruppe geht, die ein herkömmliches Abrechnungsverhalten zeigen, möchten wir solche Optionen nicht unterstützen. /// Auch die Bereitstellung lückenloser digitaler Suchfunktionen für abrechenbare Ziffern und die dazugehörigen Abrechnungsregeln sehen wir nicht als Aufgabe unserer KV an. /// Zwei Wünsche hinsichtlich erweiterter Funktionalitäten des elektronischen Terminservice, nämlich die Sperrung im Quartal bereits einmal vermittelter Patienten und die Vermittlung zu Pflegediensten, Therapeuten u. ä. können wir nicht realisieren, weil sämtliche Features der TSS von der kv.digital GmbH in Berlin entwickelt werden. Dort gibt es eine sehr lange Wunschliste aus den TSSen der KVen, deren Priorisierung wiederkehrend Thema auf der Bundesebene ist. Wegen der fehlenden technischen Voraussetzungen für die beiden angesprochenen Punkte (Datenbank bzw. TI-Anbindung von Pflege und nichtärztlichen Therapeuten) besteht keine Hoffnung, dass solche Weiterentwicklungen schon in absehbarer Zeit starten. /// Dies betrifft auch den Wunsch nach Schnittstellen zwischen dem eTerminservice und den elektronischen Terminkalendern einzelner Praxisverwaltungssysteme. Hier gibt es aber die gute Nachricht, dass die Möglichkeit zur unkomplizierten Einbindung des Terminserviceportals der 116117 in die Webseiten von Praxen jetzt gegeben ist. Der Patient bekommt dort eine kurze Anleitung, wie er bereitgestellte Termine der Praxis in diesem Tool buchen kann, ohne aktiv die Seite der Praxis zu verlassen. /// Zur Delegierbarkeit der eTerminsuche auf das Praxispersonal sieht die KVT übrigens keine Notwendigkeit für gesonderte MFA-Zugänge, da die Ausstattung von mehreren Arbeitsplätzen mit TI-Anbindung ohne Arztausweis über den Account des Vertragsarztes möglich ist. Es entstehen u. E. hierbei keine relevanten Missbrauchsgefahren. /// Nicht zuletzt haben wir dem Anliegen einer digitalen Vertretungsplattform im KVTOP aus berufspolitischen Gründen eine Absage erteilt. Grund dafür ist, dass die Meldung von Vertretungen leider eine stiefmütterlich behandelte Pflicht der Vertragsärzte und -psychotherapeuten darstellt und unsere Abteilung Sicherstellung oft erst nachträglich, wenn überhaupt, erfährt, wer wann von wem vertreten wurde. Was im analogen Leben nicht klappt, lässt sich auch durch Digitalisierung nicht verbessern, so unsere Überzeugung. Mit diesem speziellen Anliegen hat sich Herr Dr. Strauß im Nachgang in Form eines Antrags an Sie als Vertreterversammlung gewandt.

Insgesamt war der Austausch zwischen den IT-affinen VV-Mitgliedern und unseren Fachleuten konstruktiv. An den Stellen, an denen Wünsche aus der Praxis durch die Realitäten ausgebremst werden, ist hoffentlich das Verständnis dafür gewachsen, dass es nicht am guten Willen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fehlt. Als Vorstand freut es uns, wenn Sie als VV aktiv mitdenken und sogar vorausdenken. Unsere Bitte in diesem Zusammenhang ist es, dass Sie alle Anregungen zum operativen Geschäft der Verwaltung immer direkt an uns als Vorstand herantragen. Wenn dabei berufspolitische Richtungsentscheidungen zu treffen sind, möchten wir erst die Vertreterversammlung darüber beraten lassen, bevor unsere knapp besetzten Fachabteilungen Zeit für die Befassung mit neuen Themen aufwenden.

## Finanzierungsverhandlungen

Ergänzend zu dem Ergebnisbericht von Frau Dr. Rommel möchte ich abschließend einmal näher darauf eingehen, welche unserer Forderungen bei den Krankenkassen nicht durchsetzbar waren und warum nicht.

Wichtung der Veränderungsdaten: In Thüringen liegt seit vielen Jahren der errechnete Mehrbedarf an Leistungen durch die Morbiditätsveränderung der Versicherten höher als der Bedarfsanstieg durch die Alterung der Bevölkerung. Vom Gesetz her ist es Verhandlungssache, wie die Morbiditäts-Rate und die Demografie-Rate gewichtet werden. Wir würden gern bei der MGV-Steigerung die Morbirate zu 100 % berücksichtigt wissen, denn MGV heißt ja „morbiditybedingte“ Gesamtvergütung. Es gibt aber leider ein BSG-Urteil aus dem Jahr 2014, nach welchem eine 50:50-Wichtung beider Raten der Regelfall ist, Abweichungen können danach nur einvernehmlich geregelt und müssen gut begründet werden. Wir argumentieren hier mit der zunehmend besser werdenden Diagnosequalität der Vertragsärzte. Die Kassen lehnen es immer und grundsätzlich ab, von der 50:50-Wichtung abzuweichen. Die Frage, ob wir uns im Schiedsamt mit unserer Position durchsetzen könnten, ist offen, wird aber bei jeder Verhandlung abgewogen. Bisher haben wir es noch nicht darauf ankommen lassen, wenn Einigungspotenzial bestand.

Weitere Anpassungsfaktoren der MGV: Gesetzlich wäre es möglich, Steigerungen der MGV auf Grund von Sozialindikatoren oder auf Grund der Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu vereinbaren. Wir betreiben einen hohen Aufwand, um mit diesbezüglichen Daten konkrete Forderungen zu unterlegen. Einmal waren wir damit sogar ins Schiedsamt gegangen, allerdings dort an den methodischen Problemen fehlender Beweiswirkung der verfügbaren Daten gescheitert. Im Gegenzug können die Kassen eine Absenkung der MGV zur Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven fordern und tun dies auch regelmäßig. Sie haben aber das gleiche Problem fehlender Daten mit Beweiskraft wie wir. Deshalb einigen wir uns am Ende oft auf den gegenseitigen Forderungsverzicht.

Abgrenzung von MGV und EGV: Die Ausbudgetierung von Leistungen ist aus ärztlicher Sicht immer dann sinnvoll, wenn eine Mengendynamik erwartet wird. Zur Abgrenzung MGV/EGV gibt es Empfehlungen des Bewertungsausschusses, an die sich die regionalen Vertragspartner in der Regel halten. Zusätzliche EGV-Vereinbarungen sind immer ein großer Erfolg der Ärzteseite, die Kassen sind dazu in der Regel nicht bereit. Thüringen hatte hier mit der PFG schon in den letzten Jahren eine Sonderlösung und konnte in diesem Jahr mit der Ausbudgetierung des augenärztlichen EBM-Kapitels 6 einen Supererfolg landen. Gefordert hatten wir aber auch die Ausbudgetierung der EBM-Kapitel 13.8 Rheumatologie, 10 Dermatologie, 34.2 konservatives Röntgen sowie einiger tagesklinischer Leistungen in der Onkologie auf Grund von realen Sicherstellungsproblemen sowie die Ausbudgetierung der hausärztlichen NÄPa-Leistungen auf Grund einer historisch bedingten Unterfinanzierung. Diese Ausbudgetierungen und ebenso die Erhöhung der Wegeguschalen für Hausbesuche lehnten die Kassen kategorisch ab. Leider gibt es keine Druckmittel, die Gegenseite zu weiteren Zugeständnissen zu zwingen. Die Angst vor einer „Kostenexplosion“, wenn der Deckel weg ist bzw. die Preise steigen, erscheint zwar irrational, verhindert hier aber das Vorankommen.

Förderungswürdige Leistungen: Nach dem Gesetz ist es möglich, Punktwertzuschläge für förderungswürdige Leistungen zu vereinbaren. Der Knackpunkt ist hier, dass die Ausführungsbestimmungen dazu festlegen, dass für solche Leistungen ein belegbarer Versorgungsmangel bestehen muss, dass konkrete Ziele zu vereinbaren sind und dass deren Erreichung vor einer Fortsetzung der Förderung belegt werden muss. Wir haben in der Vergangenheit in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden eine ganze Reihe von Förderungen verhandeln können, diese sind aber immer schwerer fortführbar. Wir stehen hier mit dem Rücken zur Wand, weil die Versorgungsverbesserung durch die Punktwertzuschläge nicht belegbar ist, wenn die geförderten Arztgruppen die vereinbarten Ziele nicht erreichen. Ein besonders drastisches Beispiel ist die Allergologie, wo unter einer jahrelangen Förderung die Leistungen kontinuierlich zurückgegangen sind, so dass wir in diesem Jahr gegen die kassenseitig geforderte Streichung der Punktwertzuschläge keine Argumente mehr hatten.

Die alljährlichen Finanzierungsverhandlungen mit den Krankenkassen sind nicht mit Tarifverhandlungen von Gewerkschaften vergleichbar, weder auf Bundes- noch auf Landesebene. Die eingeschränkten Spielräume des Sozialgesetzbuch V bieten kaum Hoffnung, dass wir den realen Finanzbedarf der ambulanten Versorgung absehbar auf dem Verhandlungsweg gedeckt bekommen. Deshalb müssen wir auch weiterhin politisch alles daran setzen, das Budget zu überwinden.