

7. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen 2023-2028

am 20. März 2024 in Weimar

Bericht des Vorstandes

Teil II

Berichterstatter:

Dr. med. Thomas Schröter

Intersektorale Versorgung

Das politische Gezerre zwischen Bund und Ländern um die **Krankenhausreform** nimmt immer skurrilere Züge an. Der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministers hängt in einer stark deformierten Version des ursprünglichen Reformprojektes, die Herr Lauterbach weiterhin als „revolutionär“ apostrophiert, seit dem Wochenende in der vorparlamentarischen Kabinettsabstimmung. Vorfahrt hatte das Krankenhaus-transparenzgesetz bekommen, das vom Bundesrat allerdings in den Vermittlungsausschuss expediert wurde, weil die knappe Mehrheit der Landesgesundheitsminister schnelle Finanzhilfen für ihre Krankenhäuser sehen wollte und die Vergleichbarkeit der Qualität von Kliniken scheut. Mit dem Lockmittel eines 50 Mrd. Euro schweren Transformationsfonds ist es Karl Lauterbach im Vermittlungsausschuss gelungen, die knappe Mehrheit zu seinen Gunsten zu drehen, wobei das Votum der Thüringer SPD-Finanzministerin Heike Taubert – im Widerspruch zu ihrer linken Amtskollegin Heike Werner - das Zünglein an der Waage war. Bevor dieses Tauziehen zur nächsten Plenarsitzung des Bundesrates am 22. März entschieden wird, hat die Thüringer Landeskrankenhausgesellschaft unseren Ministerpräsidenten Bodo Ramelow in einem Brandbrief aufgefordert, das Transparenzgesetz dort abzulehnen. Parallel wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Plakatkampagne unter ihrem Motto „Alarmstufe Rot“ vorbereitet. Die Aktion besteht aus mehreren Motiven mit den einleitenden Worten „Wenn Lauterbach so weitermacht ...“ und passenden Fotos und Texten zu den Folgen eines Krankenhaussterbens. Der Minister erfuhr davon und bezeichnete das geplante Vorgehen der DKG auf der Plattform X (vormals Twitter) als „unseriöse Hetzkampagne“. Damit argumentiere die DKG nicht differenzierter als die AfD. Zwei Tage später hatte er einen offenen Protestbrief der Vorsitzenden aller 16 Landeskrankenhausgesellschaften auf dem Tisch. Und in Hessen versucht das erste Krankenhaus, auf dem Klageweg gegen das BMG Schadenersatz wegen existenzgefährdender Gesetzgebung durchzusetzen.

Unter diesem Druck hat der Minister zum „Befreiungsschlag“ ausgeholt. Er erfüllt der Krankenhauslobby und ihren Fürsprechern in der Gesundheitsministerkonferenz der Länder den ewigen Wunsch nach breiter Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung durch Institutsambulanzen. Anders als in der bisherigen Gesetzgebung trifft es diesmal die Hausärzte besonders hart. In ca. 80 % aller Mittelbereiche Deutschlands können Kliniken bald Institutsambulanzen für die hausärztliche Versorgung eröffnen. Auf Grund geringer Hürden wird dabei faktisch jedes Krankenhaus vom Staat zur Sektorübergreifenden Versorgungseinrichtung nach § 115g SGB V bestimmt werden können, entweder ausschließlich oder neben seinem originären stationären Versorgungsauftrag. Hausärztliche Sitze in Klinik-MVZ mit arztbezogenen Qualitätsanforderungen werden dann nicht mehr benötigt, um Zugang zur Grundversorgung einer unausgelesenen Patientenklientel zu bekommen. Der Wert von Hausarztpraxen wird in der Folge abstürzen. Allgemeinärzte/innen aus einem Klinik-MVZ oder auch Ärzt/innen aus einer Inneren Klinik können dann nebenbei Leiter/in einer hausärztlichen Ambulanz des Krankenhauses sein. Dort werden die

Sprechstunden - wie heute schon in den Notaufnahmen - durch Ärzt/innen in Weiterbildung abgehalten werden können, denn der Facharztstatus gilt bei Institutsermächtigungen nicht. Statt der angekündigten Ambulantisierung wird es eine hausärztliche „Stationärisierung“ durch Dramatisierung der Fälle geben, weil die §115g-Krankenhäuser alle Patienten über Nacht aufnehmen dürfen, „wenn für die Versicherten eine ambulante ärztliche Behandlung auf Grund ihrer individuellen Verfassung, der persönlichen Lebenssituation oder wegen bestehender Vor- oder Begleiterkrankungen nicht ausreichend ist, weil neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein besonderer pflegerischer Bedarf besteht.“ Die Hausärztinnen und Hausärzte unter Ihnen werden nicht viel Phantasie brauchen, um sich vorstellen zu können, wie zukünftig jedes überzählige Krankenhausbett „sektorenübergreifend“ zu 100 % belegt werden wird. Denn das Gute für die Krankenhäuser ist, dass sie für jeden Patienten im „sektorenübergreifenden“ Bett neben der unbudgetierten Hausarztvergütung nach EBM den vollen Tagespflegesatz erlösen und der Medizinische Dienst keine fallbezogenen Prüfrechte mehr hat. Fachärztliche Institutsambulanzen mit Pflegebetten sind analog vorgesehen, allerdings vorerst nur in schlecht versorgten Planungsbereichen, für welche der Landesausschuss Fördermaßnahmen beschlossen hat. Alles ist aber gesetzestechnisch so vorbereitet, dass zu gegebener Zeit ein Federstrich genügt, um auch die ambulante fachärztliche Versorgung vollumfänglich ins Krankenhaus zu holen.

Es ist davon auszugehen, dass dieser Teil des Krankenhausreformpaketes schon mit dem 8. Thüringer Krankenhausplan im kommenden Jahr seine Wirkungen in unserem Bundesland entfaltet. Das wird weitere Insolvenzen von Krankenhausketten in Thüringen verhindern! Sie erinnern sich vielleicht: vor fünf Jahren hatte es die DRK-Krankenhausesellschaft Thüringen-Brandenburg mit den drei Häusern in Sömmerda, Sondershausen und Bad Frankenhausen getroffen. Aktuell hat die Klinikgruppe Regiomed mit ihren Häusern in Sonneberg, Neuhaus am Rennweg und Hildburghausen sowie diversen Einrichtungen in Oberfranken eine Insolvenz in Eigenverwaltung zu überstehen. Solche Verfahren enden häufig mit dem Verkauf der Krankenhäuser an Investoren, die sie nach ein paar Jahren gewinnbringend weiter verkaufen. Wir hatten in beiden Fällen vor der Insolvenz in Arbeitsgruppen mitgewirkt, die eine Ambulantisierung von konkreten Standorten zum Ziel hatten, welche zu klein für den wirtschaftlichen Betrieb eines Krankenhauses sind. Leider sind diese Bemühungen jedes Mal gescheitert, aus unserer Sicht vor allem wegen des fehlenden Mutes der Landesregierung, angesichts lokaler Proteste gegen Krankenhaus-schließungen ernsthaft an den Transformationsprozessen mitzuwirken. Die Krankenhausreform von Lauterbach wird nun die Probleme des Thüringer Gesundheitsministeriums lösen. Die Kliniklandschaft wird – anders als von deren Vertretern vorhergesagt - ohne Bettenabbau gerettet werden. Weniger Betten hätten eigentlich aus der Zuordnung von Leistungsgruppen im Qualitätswettbewerb – dem Kern der Krankenhausreform - resultieren sollen. Nun werden die stationär leistungsschwachen Häuser aber zur Kompensation wegbrechender Fälle die ambulante Versorgung an sich ziehen können, deren Sicherstellung wegen des demografisch bedingt zunehmenden Vertragsärzte- und Fachkräftemangels für uns immer schwieriger wird. Die nötigen Personalressourcen für die neuen Institutsambulanzen müssen natürlich erst aus dem ambulanten Bereich abgeworben werden – woher sonst? Das wird den Umbauprozess des Gesundheitswesens in einem Teufelskreis beschleunigen. Leider ist dieses Szenario keine Worst-Case-Spekulation, sondern offenbar das verdeckte Ziel der aktuellen sozialdemokratischen Gesundheitspolitik in Berlin.

Die im Entwurf zum KHVVG (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz) erkennbare Ausrichtung lässt uns auch wenig Erfreuliches im angekündigten Reformgesetz zur Notfallversorgung erwarten, für das es immer noch keinen Entwurf gibt, sondern nur die Eckpunkte. Aber wir haben inzwischen ein **Urteil des Bundessozialgerichtes**, das nach juristischer Auslegung **zur Sozialversicherungspflicht der Honorare im KV-Bereitschaftsdienst** führt, wenn dieser in KV-eigenen Dienstzentralen organisiert ist und mit Stundenpauschalen vergütet wird. Die Einzelfallentscheidung des BSG ist insbesondere für sogenannte Pool-Dienstärzte relevant, die in manchen KVen den größten Teil der Dienste übernehmen. Deshalb werden in mehreren Bundesländern derzeit größere Umstrukturierungen des regionalen Bereitschaftsdienstes angeschoben - ohne dass schon Klarheit besteht, was dazu im Gesetz stehen wird. Die KV Thüringen wartet im Hinblick auf die Bereitschaftsdienstregularien zunächst ab, was sich gesetzgeberisch tun wird. Für ca. 70 freiwillig am Bereitschaftsdienst teilnehmende Ärztinnen und Ärzte haben wir die Abführung von Beiträgen an die Träger der Sozialversicherung ab 01.04.2024 vorbereitet. Dies war keineswegs trivial, weil zunächst von allen Betroffenen der SV-Status auf Grund sonstiger Beschäftigungsverhältnisse erfasst werden musste. Freiwillige Dienstteilnehmer/innen, die hierzu keine Auskünfte gaben, können zukünftig nicht mehr eingeteilt werden. Für die zugelassenen und angestellten Vertragsärztinnen und -ärzte ändert sich vorläufig nichts.

Die an dieser Stelle schon mehrfach besprochenen **Hybrid-DRG** sind nun an den Start gegangen. Seit letzter Woche können ambulante Operateure in Thüringen, deren Leistungen bereits im sogenannten Startkatalog enthalten waren, die KV mit der Abrechnung dieser sektorengleich vergüteten Leistungen beauftragen. Grundlage ist ein förmlicher Dienstleistungsvertrag mit der KV Thüringen, der einmalig abzuschließen ist. Danach bekommt man Zugang zu dem verpflichtend einzusetzenden Grouper, in den die Falldaten online eingetragen werden. Im Übergangsjahr 2024 erfolgt die Vergütung der abgerechneten Hybrid-DRG noch parallel zur Quartalsabrechnung, ab 2025 reicht die KV dann fortlaufend die Honorare durch, die von den Kassen innerhalb von 21 Tagen zu zahlen sind. Alles Nähere ist den betroffenen Operateuren über unsere beiden letzten kv-ticker und die KVT-Internetseite bekannt gegeben worden.

Ambulante Versorgung - Bundesebene

Beim Thema **Digitalisierung** der Praxen kann ich nahtlos an frühere Berichte über Pleiten, Pech und Pannen anschließen. Die verpflichtende Einführung des eRezeptes zum Jahresbeginn verlief nicht weniger holprig als die der eAU im Herbst zuvor. Mit dem eArztbrief ist zum 01.03.2024 die vorletzte digitale Anwendung Pflicht geworden, bevor dann im nächsten Jahr noch die elektronische Patientenakte dazu kommt. Bei der eAU und dem eRezept lässt sich mit gutem Willen zwar schon ein potenzieller Mehrwert für die Praxisabläufe erkennen, der sich aber nur dann einstellt, wenn technisch alles einwandfrei funktioniert. Leider vergeht kaum eine Woche ohne Störungen im Betrieb der Telematikinfrastruktur. Bis vorgestern konnten viele Praxen, aber auch Apotheken, mit der SMC-B-Karte der Firma *medisign* über zwei Wochen lang zu Hochlastzeiten die TI nicht erreichen.

Im Dezember 2023 wurden unter dem Thema „IT-Infrastruktur in Arztpraxen – (Daten-)Autobahn oder Schotterpiste?“ die Ergebnisse einer zentralen Online-Umfrage des Zi vorgestellt. Daraus ist ersichtlich, dass bei 44 % der befragten Praxen mehrfach im Monat Prozesse im PVS nicht funktionieren, bei knapp 75 % der Teilnehmenden Probleme beim Auslesen der eGK und der Nutzung von TI-Anwendungen auftraten und bei ca. 65 % Fehler nach Systemupdates. Auch wurden von 51 % die schlechte Erreichbarkeit der Hotlines und von 60 % die zu hohen Kosten kritisiert. Die Zusammenfassung dieser Daten, die noch vor (!) dem Zwang zum eRezept erhoben wurden, ist auf der Webseite des Zi einsehbar.

Das BMG hat seine Festlegung zur Finanzierung der Telematikinfrastruktur überarbeitet. Danach können bei den Nachweisen zu verpflichtend vorzuhaltenden Anwendungen durch die KVen Ausnahmen für bestimmte Fachgruppen festgelegt werden. Dies haben wir auch genutzt, um sinnlose Honorarkürzungen z. B. bei Psychotherapeuten oder ohne Patientenkontakt arbeitenden Fachgruppen abzuwenden. Laut BMG können Sanktionen auch dann ausgesetzt werden, wenn IT-betreuende Firmen bestellte Software nicht fristgerecht installieren können. In diesen Fällen benötigen wir weiterhin Selbsterklärungen der Betroffenen. Von der KBV wurde eine Rahmenvereinbarung mit IT-Firmen ausgearbeitet, die alle für die Praxen wichtigen Erfordernisse an PVS enthält. Durch Beitritt zu dieser Vereinbarung sollen „gute“ Praxisverwaltungssysteme zukünftig einen Vorteil am Markt erlangen können. Wechselwillige Praxen erkennen demnächst die empfehlenswerten Partner an diesem Logo (Präsentation) oder finden sie auf der KBV-Internetseite.

Die beiden Digitalisierungsgesetze, über deren Entwürfe ich an dieser Stelle früher schon geschimpft hatte, sind mit einigen Änderungen im Februar in Kraft getreten. Die gravierendste Änderung betrifft die Umstellung der Sicherheitsarchitektur der ePA von einer Ende-zu-Ende-Verschlüsselung auf die sogenannte Vertrauenswürdige Ausführungsumgebung. Dies bedeutet einen Datenschutzverzicht im großen Stil, allerdings wird die ePA dadurch besser handhabbar - sowohl für Praxen als auch für die Sekundärdatennutzung. Die Pflichten der Ärzte im Zusammenhang mit der ePA wurden noch einmal erhöht. Widerspruchsrechte der Patienten sollen nur über die App oder über einzurichtende Ombudsstellen der Krankenkassen wahrgenommen werden können. Immer noch ausstehend ist die Abstimmung des EU-Parlaments zum Europäischen Gesundheitsdatenraum, die für Ende April erwartet wird. Immerhin wurde in der Vorwoche ein Kompromiss mit dem EU-Rat und der EU-Kommission erreicht, dass die Länder im Europäischen Gesundheitsdatenraum ihren Bürgern nationale Opt-out-Regelungen einräumen dürfen. Allerdings soll ein Widerspruch gegen die Datenverarbeitung dann nicht möglich sein, wenn diese dem öffentlichen Interesse, der Politikgestaltung, der Statistik oder der Forschung im öffentlichen Interesse gilt. Ein Gummi-Paragraf, der es EU-Bürger/innen schwer machen wird, ihre Persönlichkeitsrechte einzuklagen!

Digitalisierungsthemen waren auch erneut Gegenstand von Beschlüssen der beiden **KBV-Vertreterversammlungen**, die am 6. Dezember und am 1. März stattgefunden haben. Neben dem Protest gegen Sanktionen und Bußgelder bei fehlerhaftem Umgang mit der ePA wurden nochmals die Anforderungen der Ärzteschaft an eine anwenderfreundliche Digitalisierung der Praxen adressiert. Hierzu konnten wir auch einen Thüringer Antrag platzieren, in welchem wir forderten, dass Ärzte bestimmte eingeschränkte Ansprüche der Patienten beim Praxiskontakt erkennen können müssen (z. B. DMP-Ausschreibungen, Teilnahme an der HzV, gynäkologische Schwangerschaftsbetreuung nur in einer Praxis, Bauchtauchenscreening nur einmal im Leben, ebenso Beratung zum Darmkrebscreening und Antikörper-Check auf Hepatitis B und C). In einem anderen Antrag wurde der Gesetzgeber aufgefordert, für den KV-Bereitschaftsdienst eine analoge Ausnahme von der Sozialversicherungspflicht zu regeln wie sie für Notärzte im Rettungsdienst besteht sowie die Finanzierung der Vorhaltekosten im KV-Bereitschaftsdienst (einschl. 116117-Services, Fahrzeugen, Zentralen) durch die Krankenkassen zu regeln. Sowohl für den hausärztlichen als auch für den fachärztlichen Versorgungsbereich wurde erneut die Entbudgetierung gefordert. Bei den Fachärzten fand es Konsens, dass in einem ersten Schritt der Entbudgetierung die überweisungsgesteuerten Fälle in der Grundversorgung und die nicht überweisungsgebundenen Fälle der Augen- und Frauenärzte aus der MGV ausgegliedert werden sollten. Auch die Begleitleistungen zu ambulanten Operationen, für welche nach und nach Hybrid-DRG eingeführt werden, sollen budgetfrei vergütet werden. Zu diesem Themenkomplex gab es einen ergänzenden Antrag aus Thüringen, wonach im EBM unterfinanzierte Operationen, insbesondere die Kinderoperationen in der HNO, in den Katalog der Hybrid-DRG Eingang finden sollen. Dieser Antrag wurde mit Mehrheit, alle anderen einstimmig angenommen.

Es gab auch den Antrag, dass die aktuellen Tariferhöhungen der MFA in die Verhandlungen des Orientierungswertes gleich für 2025 aufgenommen werden sollen und nicht erst mit einem Zeitversatz von 2 Jahren. Dies ist glücklicherweise bereits Beschlusslage des Erweiterten **Bewertungsausschusses** aus dem letzten Jahr. Allerdings muss beachtet werden, dass die vereinbarten 7,4 % Steigerung nur mit dem Anteil in die OW-Steigerung einfließen können, den die Personalkosten an den Praxiskosten haben – und dies auch nur für den sogenannten technischen Leistungsanteil der Kostenkalkulation.

Leider kann ich heute keine wegweisenden aktuellen Beschlüsse aus dem Bewertungsausschuss mitteilen. Das Warten auf die Hygienezuschläge, mit denen die bereits vereinbarte Summe von 60 Mio € bundesweit verteilt werden kann, hält immer noch an. Der GKV-Spitzenverband würde das Geld gern nach OP-Dauer verteilen, die KBV drängt auf eine aufwandsbezogene Verteilung nach dem STABS-Kalkulationssystem. Wenn endlich weißer Rauch aufsteigt, werden wir die Einigung über den kvticker bekannt geben.

Eine aktuell aufgeflamte Diskussion, die Sie schon kennen, ist das Ringen um eine stärkere **Regulierung von Medizinischen Versorgungszentren**. Die Bundesärztekammer und die Gesundheitsministerkonferenz der Länder haben dazu Vorschläge unterbreitet und Minister Lauterbach hat zugesagt, diese heiße Kartoffel im angekündigten Versorgungsstärkungsgesetz tatsächlich anzufassen. Es gibt aber auch Gegenwind und der kommt nicht zuletzt aus einigen Kassenärztlichen Vereinigungen in Westdeutschland und vom KBV-Vorstand, wo man Nachteile für die MVZ in vertragsärztlicher Trägerschaft befürchtet. Hintergrund der Diskussion ist ja, dass renditeorientierte Investoren ohne intrinsisches Interesse am Versorgungsauftrag zunehmend die MVZ-Landschaft prägen. Negative Effekte für die Sicherstellung gehen insbesondere von Rosinenpickerei bei den Standorten und den angebotenen Leistungen aus. Nun haben die Lobbyvereine BBMV und ALM ein Gutachten vorgelegt, welches als Gegenbeweis dienen soll. Die KVn werden aufgefordert, ihre Argumentation mit Abrechnungsdaten zu belegen. Diese Herausforderung, liebe Kolleginnen und Kollegen, nehmen wir an. Inzwischen häufen sich Beschwerden und Probleme durch fehlende Präsenz auf Arztsitzen, die durch Kauf von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen an MVZ verlagert wurden. Wir werden keine Schwierigkeiten haben, ein entsprechendes Dossier für Thüringen mit einer Fallsammlung zu füllen.

Ambulante Versorgung - Landesebene

Aus dem Maschinenraum unserer KV möchte ich Ihnen berichten, dass ein sehr ehrgeiziges und sehr aufwändiges, mehrjähriges Projekt seinem ersten vorläufigen Höhepunkt zustrebt: das **Informationssicherheitsmanagementsystem (ISMS)** befindet sich in der externen Zertifizierung. So lang und so zäh wie der Begriff sind auch die Prozesse, die dahinter stehen. Wenn wir das Ziel erreichen, können wir

sagen: Alle Daten sind bei uns sicher. Nur wer von Ihnen das QM in der Praxis ernst nimmt, kann vielleicht ungefähr ermessen, was ISMS in einer Kassenärztlichen Vereinigung bedeutet. Ich muss das hier mal hervorheben, damit wenigstens Sie als VV informiert sind, was hinter den Kulissen alles geleistet werden muss, ohne dass unsere Mitglieder eine Ahnung davon haben. Im November 2023 wurde unsere IT von einem groß angelegten Hackerangriff heimgesucht. In kurzer Zeit liefen 45 harte Cyberattacken gegen die KV Thüringen, denen unsere Abwehrmaßnahmen glücklicherweise standhielten. Sie kennen sicher aus den Nachrichten die Fälle, in denen Konzerne, große Kliniken oder ganze Stadtverwaltungen über Monate lahm gelegt wurden. Davor sind wir dank unserer Fachleute anscheinend gut genug geschützt. Um diese Sicherheit zu gewinnen, hatten wir übrigens die Hacker selbst beauftragt, das KV-Netz zu knacken. Es war ein sogenannter Penetrationstest, von dem die Belegschaft nichts wusste. Seitdem hat sich die Sensibilität für Gefahren aus dem Internet nach meiner Wahrnehmung noch einmal erhöht. Dazu gehört auch das Verständnis für Unbequemlichkeiten, ohne welche Datensicherheit nicht zu bekommen ist. Verstehen Sie das bitte als Appell, sich auch in Ihren Praxen um das Thema Datensicherheit zu kümmern.

Ein anderes Feld, in dem wir einem Sicherheitsanspruch unserer Mitglieder gerecht werden wollen, ist die Kapitalanlage. Wie Sie wissen, verwalten wir Rückstellungen in einem zweistelligen Millionen-€-Bereich. Auf Grund der Meldungen über Wertverluste von Anlagen in Immobilienfonds aus der KV Westfalen-Lippe hat der Vorstand eine Sondersitzung des Finanzausschusses mit dem Vorstandsausschuss initiiert, in welchem proaktiv über die **Vermögensanlagen** der KV Thüringen informiert wurde. Die in Ihrem Auftrag als ehrenamtliche Prüfer tätigen Kolleginnen und Kollegen haben sich dabei vergewissern können, dass das Geld der Thüringer Vertragsärzteschaft sicher angelegt ist.

Zur **Honorarsituation** der Thüringer Vertragsärzte möchte ich zunächst hervorheben, dass nach dem in der Vorwoche eingegangenen Honorarbericht der KBV für das Gesamtjahr 2022 im Vergleich zu 2021 die KV Thüringen mit + 1,9 % den höchsten Honorarzuwachs aller KV-Bereiche in Deutschland hatte. Beim durchschnittlichen Fallwert standen wir mit + 0,45 % an dritter Stelle der positiven Veränderungsraten, die meisten KVen mussten hier Rückgänge verzeichnen. Eine wichtige Benchmark im Vergleich der KVen ist die MGV je Versichertem. Hier hat sich die KV Thüringen in den vergangenen Jahren von einer unterdurchschnittlichen Position auf Rang 2 hochgearbeitet. Die Thüringer Hausärzte stehen nach wie vor an der Spitze der Republik beim KV-Honorarumsatz und gehören zu den fünf KV-Bereichen mit einem mittleren hausärztlichen Fallwert über 72 €. Die Summenwerte je Versorgungsbereich werden seit einigen Jahren nicht mehr ausgewiesen, bei Interesse an den Daten Ihrer Fachgruppen möchte ich Sie daher auf die Internetseite der KBV verweisen.

Wir hatten auf Grund von Honorarverlusten im Jahr 2023 Gespräche mit den Berufsverbänden der Pathologen, Onkologen, Radiologen und Kinderärzte. Darauf werden wir unter den TOP 4, 5 und 6 noch zu sprechen kommen. Hervorheben möchte ich an dieser Stelle nur die Erkenntnis, dass bei unserer Fixierung auf die Forderung nach Entbudgetierung bisher vielleicht nicht genug darüber gesprochen wurde, dass beim Ausstieg aus der Welt des HVM auch die versorgungsbereichs- und fachgruppeninternen Subventionen wegfallen. So haben die Umverteilungen innerhalb der ausbudgetierten kinderärztlichen Leistungen dazu geführt, dass es trotz eines Honorar-Plus im Fachgruppentopf einige Verlierer gibt. In der EGV-Welt verteilt sich das Geld eben ausschließlich nach EBM-Leistungspunkten. Dies wird ab dem 1. Quartal 2024 auch bei den Augenärzten und in absehbarer Zeit auch bei den Hausärzten zu sehen sein.

Aus dem Bereich Versorgungsverträge ist die wichtigste Neuigkeit seit der letzten Vertreterversammlung eine Erhöhung der Vergütungen in der Onkologievereinbarung. Diese sind ja nicht systematisch an die Entwicklung des Orientierungswertes gekoppelt. Für 2024 ist es nun gelungen, den OW-Anstieg auch für die onkologischen Leistungen von den Kassen zu bekommen. Außerdem wurde ein Abrechnungsausschluss für die internistischen Hämatonkologen gestrichen. Dieser Erfolg wurde vom Team der Vertragsabteilung und den Onkologen im Vertragsausschuss selbst erzielt, ohne dass der Vorstand in die Verhandlungen eingreifen brauchte – das möchte ich hier besonders würdigen.

Bei unserem Innovationsfondskandidaten DIVA - Digitale Vernetzung in der konservativen Augenheilkunde - erklimmen wir derzeit die schweren Hürden der Einigung auf ein Evaluationskonzept mit dem Lehrstuhl für Versorgungsforschung des UKJ. Außerdem wird die technische Umsetzung des Datenaustauschs zwischen den geplanten Fundoskopie-Screening-Einheiten und den Augenarztpraxen herausfordernd sein. Hier liegt noch ein Wegstück vor uns bis zum Abgabetermin des Vollertrages Ende Mai.

Hingegen fährt das Innofonds-Projekt WATCH mit dem UKJ als Konsortialführer inzwischen im Mietbus über Land, um Post-COVID-Patienten wohnortnah mit spezifischen Interventionen zu versorgen. Die an diesem Projekt Beteiligten nehmen gerade schmerzhaft wahr, dass der während der Coronapandemie aufgekommene Ungeist von Faktenignoranz und Verschwörungstheorien nachwirkt. So haben fünf Landkreise in Thüringen die Unterstützung des Projektes mit Stellplätzen für den PoCo-Bus versagt. Und es gibt betroffene Patienten mit anhaltenden schweren Symptomen, deren Hausärzte die WATCH-Teilnahme und Einschreibung ablehnen, weil sie die Existenz eines Post-COVID-Syndroms leugnen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der Vorstandsbericht enthält heute eine Menge Diskussionsstoff. Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und stehe Ihnen nun gemeinsam mit Frau Dr. Annette Rommel für Fragen und zum Meinungsaustausch zur Verfügung.