
BERICHT AN DIE
VERTRETERVERSAMMLUNG
13. SEPTEMBER 2024:
**SITZUNG DER
VERTRETERVERSAMMLUNG DER KBV**

REDE VON DR. SIBYLLE STEINER
MITGLIED DES VORSTANDS

ES GILT DAS
GESPROCHENE WORT

Sehr geehrte Frau Vorsitzende, liebe Petra,

liebe Kolleginnen und Kollegen,

auch von mir ein herzliches Willkommen hier in der KBV und im Live-Stream.

Nichts ist so beständig wie der Wandel. Wir alle wissen, dass wir gerade jetzt in Zeiten des Wandels leben. Ohne Frage ist Wandel notwendig, aber gleichzeitig kann Wandel auch Ängste und Unsicherheit verursachen und in falsche Richtungen führen. Darum muss Wandel bedeuten, bestehendes Gutes zu bewahren und darauf aufbauend innovativ in die Zukunft zu blicken.

Kaum jemand beherrscht den Wandel – zumindest in Form von Sinneswandel – so beständig wie unser Bundesgesundheitsminister; wie jüngst bei seinem Entwurf für ein „Gesundes-Herz-Gesetz“ (GHG) wieder einmal zu beobachten war: von der Staatsmedizin zurück zur Selbstverwaltung, von der Eminenz zurück zur Evidenz und von Expertenkreisen im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zurück zu einer breiten fachlich-wissenschaftlichen Diskussion im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). So bleiben der Ausbau von Früherkennungsuntersuchungen und die Verordnung von Lipidsenkern weiterhin durch die Richtlinien des G-BA geregelt. Die von uns und anderen ärztlichen Organisationen vorgetragene deutliche Kritik hat offenbar Wirkung gezeigt.

So weit so gut, möchte man meinen. Aber bei unserem Gesundheitsminister haben wir gelernt, vor allem auf das Kleingedruckte zu achten. Und so sieht der Gesetzentwurf neben der schon von Stephan Hofmeister erwähnten heilkundlichen Beratung durch Apotheken auch weiterhin ein generelles Lipid-Screening von Kindern und Jugendlichen auf familiäre Hypercholesterinämie vor – obwohl das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in einer aktuellen Bewertung hierfür keinen Anhaltspunkt für einen Nutzen feststellen konnte. Anhand der aufbereiteten Evidenz empfiehlt das IQWiG kein generelles, sondern ein Kaskaden-Screening. Es bleibt abzuwarten, ob wir auch hier noch den notwendigen Sinneswandel des Ministers sehen werden.

Unverändert ist im Kabinettsentwurf geblieben, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, ihren Versicherten die durch den G-BA entwickelten Disease-Management-Programme (DMP) auch tatsächlich anzubieten. Das begrüßen wir als KBV ausdrücklich.

Denn Richtlinien zu DMP im G-BA immer wieder zu überarbeiten, ohne dass sie jemals in der Versorgungspraxis angekommen wären, ist weder sinnvoll noch effizient. Ein Ende muss es auch damit haben, dass die an DMP teilnehmenden Praxen keine zuverlässige Information über den DMP-Status der Versicherten erhalten, also keine Rechtssicherheit haben, wenn sie DMP-Leistungen erbringen. Wir fordern daher dringend von den Krankenkassen, dass diese den indikationsbezogenen DMP-Status tagesaktuell im Versichertenstammdatenmanagement kennzeichnen. Das ist ein scheinbar kleines, aber wichtiges Element, um die Akzeptanz von DMP bei den Praxen zu stärken: Denn die zweite oder dritte Praxis, die aus Unkenntnis möglicherweise eine Mehrfachabrechnung auslöst, hat dann unverschuldet plötzlich ein Regressverfahren. Das ließe sich auf diese einfache Weise – auch im Sinne der Krankenkassen – vermeiden.

Mehr Verordnungssicherheit und die Abschaffung von unsinnigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen fordern wir seit Jahren auch bei Arznei- und Heilmittelverordnungen. Denn das Regress-Risiko ist und bleibt eines der größten Niederlassungshemmnisse. Immerhin soll nun mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) eine Bagatellgrenze von 300 Euro im Falle von Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei verordneten Leistungen kommen.

Aktuell sieht der Entwurf noch vor, die Bagatellgrenze auf die Betriebsstätten zu beziehen. Das würde aber dazu führen, dass größere Praxiseinheiten benachteiligt werden. Wir dringen daher auf eine Gleichbehandlung aller Ärzte und Psychotherapeuten unabhängig von der Praxisgröße. Mit der Einführung dieser Bagatellgrenze hat der Minister das Ende einer „überkommenen Misstrauenskultur“ gegenüber Ärzten und Psychotherapeuten versprochen.

Wie kann es dann sein, dass die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung die Einführung dieser Bagatellgrenzen auch für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen als „nicht sachgerecht“ bezeichnet? Ich zitiere: „Damit würden Fehlverhalten und Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen sowie

die rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln wesentlich erleichtert werden. Sehr geehrter Herr Minister, wenn Sie es ernst meinen mit dem Ende dieser überkommenen Misstrauenskultur, dann stoppen Sie diesen Blödsinn!

Einen engagierten Veränderungswillen brauchen wir auch bei den Digitalisierungsprojekten. Was kommen soll – so die Zusicherung von BMG und gematik –, ist die vollständige Digitalisierung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU). Ebenso notwendig ist die vollständige Digitalisierung des elektronischen Rezepts (eRezept). Das zeitraubende Nebeneinander von Papier- und elektronischen Prozessen in den Praxen muss ein Ende finden. Hierfür brauchen wir endlich einen klaren Zeitplan aus dem BMG.

Einen solchen Zeitplan gibt es für die Einführung der „elektronischen Patientenakte (ePA) für alle“. Wenngleich uns dieser aus heutiger Sicht – freundlich formuliert - überaus ambitioniert erscheint. Nehmen wir einmal die von BMG und gematik vorgegebene Erprobungsphase von nur vier Wochen in zwei Modellregionen in Hamburg und Franken für das bisher größte Digitalisierungsprojekt des deutschen Gesundheitswesens. Vier Wochen, um das Zusammenspiel von unterschiedlichen elektronischen Patientenakten der Krankenkassen mit über 100 Praxisverwaltungssystemen (PVS) und der damit zwangsläufig verbundenen unterschiedlichen Umsetzung der ePA-Module in unterschiedlichen Konstellationen der täglichen Praxis auszutesten und etwaige Fehler zu identifizieren... Vier Wochen: Herausfordernd für unser Gesundheitssystem!

Was dann nämlich nicht schnell genug gehen kann, ist, die festgestellten Fehler zu beheben. Denn schon ab Mitte Februar soll die ePA 3.0 bundesweit an den Start gehen. Sie muss dann in den PVS funktionieren – schnell, aufwandsarm und unkompliziert! Das BMG hat uns versichert, es werde den bundesweiten Roll-out stoppen, sollte sich die gelieferte Technik als unfertig erweisen. Dennoch wolle es an diesem politisch festgelegten Zeitplan festhalten.

Für das Anlegen der ePA für alle ihre Versicherten geben die Krankenkassen derzeit unterschiedliche Zeithorizonte an: Von zwei Wochen bis drei Monaten ist alles dabei. Trotzdem sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die KBV längst mitten in konkreten Vorbereitungen, um die Praxen bei der geplanten Einführung zu unterstützen – mit multimedialem Infomaterial, Online-Fortbildungen und Veranstaltungen.

Wichtig ist auch eine von uns gemeinsam mit der gematik organisierte Veranstaltung am 20. November, bei der die PVS-Hersteller die Gelegenheit bekommen, ihre jeweilige Lösung für die Darstellung und Bedienung der ePA zu präsentieren. Das wird ein Prüfstein für die von uns gemeinsam formulierten Anforderungen an die PVS, um die Frage der brauchbaren Umsetzung für die Praxen zu bewerten. Parallel treiben wir die Klärung wichtiger rechtlicher Fragen voran, um den Praxen größtmögliche Sicherheit im Umgang mit der ePA geben zu können.

Für all diese intensiven Vorbereitungen haben wir hausintern eine ePA-Taskforce eingerichtet, die tatkräftig und sachkundig durch Mitarbeitende aus Ihren Häusern unterstützt wird. Hierfür möchte ich Ihnen allen ganz herzlich danken. Gemeinsam begleiten wir auch den Roll-out der ePA mit Praxis-Panels und Befragungen, um stets ein aktuelles Bild der Lage zu haben.

Auf der gematik lasten hohe Erwartungen, nicht nur von unserer Seite. Man kann die Ambition des BMG nur bewundern oder sich darüber wundern: Schon fünf Monate nach dem bundesweiten Roll-Out hat das BMG den Starttermin für die nächste Ausbaustufe der ePA angesetzt.

Selbstverständlich lassen wir die Frage der Finanzierung nicht außer Acht: Diese muss – und das ist eine deutliche Forderung von uns – alle Kosten decken, die den Praxen durch gesetzlich vorgeschriebene TI-Projekte entstehen: und zwar sowohl die Kosten für die Technik als auch jene für Zeit- und Personalaufwand. Perspektivisch ist unverändert evident: Wir brauchen eine komplett neue Finanzierungssystematik!

Der aktuelle Mix aus TI-Pauschale und Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) ist jetzt schon überholt und nicht mehr vertretbar. Während Gesetzgeber und Krankenkassen den Praxen anfangs für jede Anwendung eine separate Vergütung zugestanden haben, halten sie nun an der Pauschale sowohl für

aktuelle als auch zukünftige Telematikinfrastruktur (TI)-Anwendungen fest. Wir müssen jedoch damit rechnen, dass den Praxen mit der ePA 3.0 zusätzliche, durch die bisherige TI-Finanzierung nicht gedeckte Kosten entstehen werden. Da eine Korrektur der Finanzierung durch die Ersatzvornahme des BMG frühestens zum zweiten Quartal des kommenden Jahres möglich ist, klafft allein dadurch eine Finanzierungslücke. Das wollen wir, das will ich nicht akzeptieren, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Das BMG muss handeln und auch der GKV-Spitzenverband muss sich bewegen. Schließlich investieren KBV und KVen bereits jetzt in die Vorbereitung der Praxen auf die ePA. Durch eine mangelnde Bereitschaft, den Praxen die notwendigen Kosten zu erstatten, werden Digitalisierungswille und Akzeptanz der Praxen kaputtgespart. Das ist angesichts der Dimension der bevorstehenden Digitalisierungsaufgaben – und vor allem angesichts der gemeinsamen Verantwortung für die Attraktivität der ambulanten Praxistätigkeit zum Erhalt der wohnortnahen Versorgung für die Menschen in diesem Land – vollkommen kurzsichtig!

Wie das IGES Institut für unser diesjähriges PraxisBarometer Digitalisierung herausgefunden hat, gehen derzeit 90 Prozent der Praxen davon aus, dass die „ePA für alle“ Zeitaufwand für die Aufklärung der Patientinnen und Patienten mit sich bringen wird. Zweidrittel der Praxen rechnen gar mit einem hohen Aufwand. Vor allem Einzelpraxen und kleinere Praxen machen sich diese berechtigten Sorgen. Und durchaus auch zu fast Zweidritteln diejenigen Ärzte und Psychotherapeuten, die jünger sind als 50 Jahre.

Das zeigt eindeutig, dass den großen Mehrwert-Versprechungen schon sehr bald die entsprechenden Inhalte folgen müssen. Ansonsten lässt sich das Ungleichgewicht zwischen Aufwand und Nutzen nicht rechtzeitig auflösen. Im Übrigen gilt das auch aus Perspektive der Patientinnen und Patienten. Bei ihnen werden Erwartungen geweckt, die ihre Praxen mit dieser ePA nicht erfüllen können. Beispielsweise informiert eine Krankenkasse ihre Versicherten folgendermaßen: „Sie haben keinen Papierkram mehr. Infos zu Ihren Impfungen haben Sie immer griffbereit. Anstehende Vorsorge-Untersuchungen sehen Sie auf einen Blick.“ Wir alle wissen, das stimmt so nicht. Daher fordern wir die Krankenkassen und das BMG auf, die Versicherten über die tatsächlichen Inhalte der ePA sowie über ihre Rechte und Befugnisse zu informieren – und zwar wahrheitsgemäß.

Gerade beim Impfpass bedauern wir, dass es noch nicht die dringend notwendige Umsetzung gibt. Das bei uns bestellte Medizinische Informationsobjekt (MIO) liegt längst vor. Aber der Fokus dieses Bundesgesundheitsministers scheint jedenfalls nicht auf der Versorgung zu liegen, sondern auf der Sammlung von Daten. Erst vor Kurzem sagte er über die ePA in einem Interview: „Wir sind das einzige große Land, das diese so aufgebaut hat, dass die Daten routinemäßig für Forschung und für das Trainieren von Künstlicher Intelligenz genutzt werden.“

So oder so: Der vorgesehene stetige Ausbau der ePA setzt zwei Dinge voraus:

1. die zügige Integration aller Akteure des Gesundheitswesens in die Telematikinfrastruktur und
2. eine störungsfreie TI, die zuverlässig läuft.

Dies ist auch endlich in der Politik angekommen und somit auch Thema im aktuellen Gesetzentwurf für das Gesundheits-Digital-Agentur-Gesetz. Demnach soll die gematik neben der Stabilität der TI auch bessere Praxistauglichkeit und Nutzerfreundlichkeit gewährleisten. Daran werden wir die gematik zukünftig messen. Noch eine weitere, seit Langem artikuliert Forderung der KBV, ist in diesem Gesetzentwurf aufgegriffen: Das Vorgeben qualitativer und quantitativer Anforderungen an die PVS hinsichtlich der TI-Anwendungen.

An anderer Stelle erfüllt der Gesetzentwurf keineswegs unsere Forderung: Die ewigen Sanktionsdrohungen und Bußgelder gegen Praxen bleiben bestehen. Wir sagen weiterhin: Sie müssen weg! Denn auch sie sind ein wichtiger Hinderungsgrund für die nachfolgende Medizinergeneration, sich für die Selbstständigkeit zu entscheiden.

Die ambulante Weiterbildung ist ein unverzichtbarer Faktor in der nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung. Im Bereich der Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten kommt noch der Aspekt einer ambulanten Pflichtweiterbildungszeit hinzu. Andreas Gassen hat das gemeinsame Finanzierungskonzept für die fachärztliche und psychotherapeutische Weiterbildung schon umrissen. Die Psychotherapeutinnen und

Psychotherapeuten haben sich ebenfalls intensiv mit der Frage und dem Vorschlagspaket befasst und unterstützen es im Schulterschluss mit den Fachärztinnen und Fachärzten. Wir können nun also die gemeinsam getragene Initiative starten.

Ein schwieriges Thema betrifft ebenfalls die Psychotherapie: das gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherungsverfahren (QS)-Verfahren ambulante Psychotherapie. Wir haben uns im G-BA intensiv und vehement für eine Erprobungsphase eingesetzt. Es ist uns gelungen, eine solche erstmalig für ein QS-Verfahren durchzusetzen. Ich kann Ihnen versichern, dass wir den Testlauf kritisch begleiten werden, und ich kann die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Region nur bitten, sich ebenfalls einzubringen. Wir müssen gemeinsam bewerten, ob Aufwand und Nutzen in einem angemessenen Verhältnis stehen und ob das Verfahren angepasst werden muss. Auch die vorgesehene wissenschaftliche Begleitung muss unter Einbeziehung der besonderen Expertise eines psychotherapeutischen Instituts erfolgen.

Noch ein weiterer kleiner Lichtblick kommt aus dem QS-Bereich: Die vom GKV-Spitzenverband avisierte Einführung eines QS-Verfahrens zum Antibiotikaverbrauch bei Infektionen der oberen Atemwege konnten wir im G-BA erneut erfolgreich abwehren. Deutschland zählt im europäischen Vergleich zu den Ländern mit einem sehr niedrigen Antibiotikaverbrauch, der zudem seit Jahren – dank des wirksamen Arzneimittel-managements in den KV-Regionen – stark zurück geht. Deshalb würde die Einführung eines QS-Verfahrens nicht zuletzt auch dem Eckpunktebeschluss des G-BA widersprechen, wonach neue QS-Verfahren nur dort zu implementieren sind, wo ein hohes Verbesserungspotential besteht.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich hatte Ihnen in der letzten Vertreterversammlung im Zusammenhang mit der Diskussion um die Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) gesagt, dass die evidenzbasierte Medizin ein Kernanliegen des KV-Systems ist und bleibt. Wir hatten uns bei unserer letzten Zusammenkunft und darüber hinaus intensiv mit der Frage beschäftigt, wie wir am besten dafür Sorge tragen, dass das NVL-Programm erhalten bleibt und gleichzeitig zukunftsfähig neu aufgestellt wird. Mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat sich nun eine renommierte und fachlich unabhängige Stiftung bereit erklärt, das NVL-Programm zu gestalten und weiterzuentwickeln. Das Zi wird gewährleisten, dass die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wie bisher in den NVL-Prozess eingebunden bleibt. Gemeinsam mit der Bundesärztekammer werden wir von Seiten der KBV das NVL-Programm als Schirmherrinnen begleiten und finanziell unterstützen. Der Bundesgesundheitsminister ist über diese Schritte natürlich bereits informiert.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, dieser Einblick in die Baustellen unserer täglichen gemeinsamen KV-Aktivitäten zeigt: Wir als KV-System stehen für den Wandel. Wir stehen für einen Wandel, der die ambulante Versorgung für Patientinnen und Patienten sichert. Das ist unser Auftrag!

Bundesgesundheitsminister Lauterbach weiß genau: Bei sinnvollem Wandel kann er immer auf die Unterstützung und Tatkraft des KV-Systems zählen. Bei allem aber, was einer evidenzbasierten und zukunftsfesten ambulanten Versorgung entgegensteht, können Kolleginnen und Kollegen sowie Patientinnen und Patienten sicher sein, dass wir nicht müde werden, uns immer wieder aufs Neue für die Beständigkeit des Bewährten und den Wandel zum Besseren einzusetzen!

Vielen Dank.