

---

BERICHT AN DIE  
VERTRETERVERSAMMLUNG  
4. MÄRZ 2022:  
**SITZUNG DER ONLINE-  
VERTRETERVERSAMMLUNG DER KBV**

REDE VON DR. ANDREAS GASSEN  
VORSITZENDER DES VORSTANDS

ES GILT DAS  
GESPROCHENE WORT

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

ich begrüße Sie, hoffentlich zum letzten Mal, zu einer digitalen Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Corona ist gegenwärtig aus den Schlagzeilen verschwunden. Nicht, weil die Pandemie schon völlig vorbei ist, sondern weil Europa wieder mit Krieg konfrontiert ist. Nach 77 Jahren ist wieder Krieg in Europa. Vor wenigen Tagen war dies noch eine unvorstellbare Situation. Jetzt erleben wir, dass in einem befreundeten europäischen Land Frauen und Kinder vor dem Krieg fliehen und Soldaten und Zivilisten um Leben, Freiheit und Vaterland kämpfen. Und das nur, weil ein machtbesessener Despot seine Vorstellungen eines neuen russischen Großreichs verwirklichen will, und dies in einer Art und Weise tut, die an den Überfall Nazideutschlands auf Polen vor rund 83 Jahren erinnert.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, unsere Gedanken sind daher auch heute bei der ukrainischen Bevölkerung.

Dieser Krieg fordert Europa und Deutschland auf neue, ungeahnte Weise heraus. Bundeskanzler Scholz hat stellvertretend für alle Parteien im Bundestag am vergangenen Sonntag unter dem Begriff der „Zeitenwende“ eine einschneidende Kursänderung der deutschen Politik vorgenommen. Das war notwendig und wichtig.

Unsere europäischen und transatlantischen Partner haben diese Kurskorrektur mit großer Erleichterung aufgenommen. Denn eines müssen wir uns hier und heute klarmachen: Der Freiheitskampf der Ukraine steht derzeit stellvertretend für die Grundwerte europäischen Denkens: Freiheit, Selbstbestimmung, Demokratie und Rechtsstaatlichkeit. Dies bringen wir auch in unserer Resolution zum Ausdruck, die wir heute verabschieden wollen. Die Einigkeit Europas im gemeinsamen Kampf für diese Grundwerte ist beeindruckend und dokumentiert sich in den umfassenden Wirtschaftssanktionen gegen Russland.

Mit großer Sorge sehen wir auf die gegenwärtigen Entwicklungen. Was können wir als Ärzteschaft tun? Wir erwarten Hunderttausende von Flüchtlingen aus der Ukraine. Mit dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) sind wir im engen Austausch, wie wir flächendeckend die medizinische Versorgung für diese Flüchtlinge sicherstellen können. Neben der medizinischen Betreuung wird vor allem auch die psychologische Betreuung sehr wichtig sein. Die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen stehen bereit – jetzt muss die Bundesregierung so schnell wie möglich die Rahmenbedingungen schaffen. Ich bin überzeugt, dass wir hier als Ärzte- und Psychotherapeuteschaft entscheidend unterstützen können.

Wie wichtig die Arbeit der Niedergelassenen ist, haben wir in der Pandemie eindrucksvoll bewiesen. Diese harte Arbeit kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass unser Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen steht. In einer von der KBV organisierten Veranstaltung hat Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach gestern Abend einige dieser Herausforderungen beschrieben. Im Vorfeld des Termins haben wir Sie, die Mitglieder der Vertreterversammlung, sowie alle Niedergelassenen in ganz Deutschland um die Einsendung von Fragen an den Minister gebeten. Innerhalb weniger Tage haben uns fast 500 Fragen von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und auch von Medizinischen Fachangestellten erreicht. Dabei wurde eines schnell klar: Es ist längst nicht nur die Pandemie, die die Gemüter bewegt. Mindestens ebenso ist es die Digitalisierung, die Versorgungssicherheit im Allgemeinen, das Nachwuchsproblem und vieles mehr. Meine beiden Vorstandskollegen werden gleich näher auf diese Themen eingehen. In der Gesamtschau wurde jedenfalls schnell klar, dass die Gesundheitspolitiker nicht länger wegen Corona andere Themen liegenlassen dürfen. Zwar haben wir jetzt noch einmal eine andere Situation. Wir hoffen dennoch, dass Sie, Herr Minister Lauterbach, dieses Signal gestern mitgenommen haben, und aus dem Pandemieministerium, welches Ihr Haus in den zurückliegenden zwei Jahren zwangsläufig gewesen ist, zeitnah wieder ein „Gesundheits“-Ministerium machen – mit allen Themen, die dazugehören.

Andere Länder machen es vor: Wir dürfen uns nicht länger von einem Virus, das nachweislich immer weniger gefährlich geworden ist, unser ganzes Leben diktieren lassen. Die Infektionszahlen sinken stetig und suggerieren, der Scheitelpunkt der Omikronwelle sei überwunden. Die Positivrate von rund 46 Prozent bei den PCR-Tests und das mangelnde Vermögen vieler Schnelltests, Omikron nachzuweisen, macht aber jedem klar, dass die echten Infektionszahlen deutlich höher sein dürften. Wahrscheinlich haben wir immer

noch Infektionen in Millionenhöhe jede Woche. Dass die Zahl der Intensivpatienten trotzdem kontinuierlich sinkt, bestätigt die Vermutung, dass Omikron – nicht zuletzt in seiner neuesten Ausbaustufe – zwar sehr ansteckend ist, aber viel weniger gefährlich. Leider heißt viel weniger gefährlich nicht ungefährlich. Es gibt nach wie vor Menschen, die auch bei einer Omikroninfektion schwer erkranken oder gar versterben können. Deshalb ist die Impfung, die zwar nicht vor einer Infektion, dafür aber sehr gut vor schwerem Verlauf schützt, unverändert sinnvoll.

Wir haben mit den Impfungen vorgesorgt, so gut es geht. Fakt ist aber auch: Die Menschen, die sich impfen lassen wollen, haben es zum allergrößten Teil bis heute getan, es kommen nicht mehr allzu viele Impfungen dazu. Möglicherweise kann der proteinbasierte Impfstoff von Novavax, der mit einem herkömmlichen Verfahren hergestellt wird, noch weitere Menschen, die den mRNA-Impfstoffen nicht trauen, überzeugen, sich impfen zu lassen. Ich glaube allerdings leider nicht, dass es sich hierbei um eine Größenordnung von mehreren Millionen Menschen handeln wird, die derzeit noch ungeimpft sind. Und ich habe ebenso Zweifel, ob eine Impfpflicht den Trend noch einmal nach oben reißt – jedenfalls zum jetzigen Zeitpunkt und unter den aktuell herrschenden Rahmenbedingungen. Ob eine solche Impfpflicht rechtssicher wäre, ist ohnehin völlig offen.

In einer Mitte Februar durchgeführten Blitzumfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zu den Auswirkungen der Omikron-Welle in den Praxen haben von 11.200 Antwortenden 88 Prozent angegeben, ihre gesonderten Impfsprechstunden zurückgefahren zu haben, weil das Interesse der Patienten zu gering sei. Gleichwohl bieten weiterhin 57 Prozent Spezialsprechstunden zur COVID-19-Impfung an. Das Angebot ist also immer noch da, auch wenn die Nachfrage sinkt. Dabei sind die Niedergelassenen und ihre Teams selbst ein Vorbild in Sachen Immunitätsstatus. 94 Prozent der Ärztinnen und Ärzte verfügen über einen aktuellen Immunitätsnachweis (95 Prozent im hausärztlichen und 93 Prozent im fachärztlichen Bereich). Bei den nichtärztlichen Praxismitarbeitenden in den Hausarztpraxen haben fast 93 Prozent einen vollständigen Impf- oder Genesenenschutz, bei den Mitarbeitenden in Facharztpraxen sind es 90 Prozent. Bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beträgt die Quote 81 Prozent.

Zum 15. März greift die einrichtungsbezogene Impfpflicht und wirft schon vor der Inkraftsetzung erhebliche organisatorische Probleme auf. Immerhin hat die Runde der Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten der Länder am 16. Februar in ihrem Beschluss festgehalten, Sanktionsmaßnahmen gegen nicht geimpfte Beschäftigte lägen im Ermessen der Gesundheitsämter. Ein Betretungsverbot für Arbeitnehmer könne nur die „letzte Stufe“ sein. Zur Erinnerung: Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) hat schon zu Beginn der politischen Debatte betont, dass die Ämter vielerorts nicht in der Lage seien, die einrichtungsbezogene Impfpflicht zu überwachen. Und nun sollen sie auch noch über die Angemessenheit der Maßnahmen entscheiden, die ja wiederum kontrolliert werden müssten? Wir werden sehen, wie sich die Dinge in der Praxis darstellen.

Wir als KBV haben jedenfalls schon sehr früh auf genau diese Umsetzungsschwierigkeiten hingewiesen – welche bei einer allgemeinen Impfpflicht sogar in erhöhtem Umfang auftreten werden – sowie auf die Notwendigkeit, die Zuständigkeiten vorher klar zu regeln. Deshalb muss unabhängig davon, ab welcher Altersgruppe eine Impfpflicht eingeführt werden sollte, die von der Politik getroffene Entscheidung rechtssicher und gut begründet sein. Sie darf außerdem keine Unklarheiten in der Anwendung aufweisen und die Umsetzung muss praktikabel sein.

Diese Anmerkungen hat man uns teilweise als Impfgegnerschaft ausgelegt. Dieser Vorwurf ist absurd. Wir haben fortwährend – und tun dies auch weiterhin – den Nutzen der Impfung betont. Es ist aber genauso unsere Pflicht, auf mögliche Folgen hinzuweisen, wenn es am Ende des Tages um die Sicherstellung der Versorgung geht. An dieser Stelle sei noch mal betont: Es gibt eben nicht nur COVID-19.

Omikron hat – Gott sei Dank – die Bedrohungslage grundsätzlich verändert. Es gibt deutlich mehr Ansteckungen, auch bei Geimpften und durch Geimpfte, aber die Schwere der Krankheit hat stark abgenommen, was sich auch an der Intensivbettenbelegung der Kliniken zeigt. Der Öffnungsfahrplan der Ministerpräsidentenkonferenz (MPK) für den März ist die logische Schlussfolgerung hieraus.

Omikron hat aber auch zusätzlichen Diskussionsstoff für die Abstimmung im Bundestag über Details einer allgemeinen Impfpflicht gebracht, die noch im März stattfinden soll. Studien aus Israel zeigen, dass mit den aktuellen Impfstoffen – in diesem Fall von BionTech-Pfizer – der Schutz gegenüber der Omikronvariante durch eine vierte Impfung für die Allgemeinbevölkerung recht gering ausfällt. Am ehesten profitieren wohl ältere und immungeschwächte Menschen von einem zweiten Booster, was auch die Ständige Impfkommision (STIKO) zu einer entsprechend eingeschränkten Empfehlung veranlasst hat, während jüngere gesunde Menschen kaum Vorteile von einer erneuten Auffrischung haben. Und genau hier zeigt sich eines der Probleme in Bezug auf eine allgemeine Impfpflicht: Es gibt kein einheitliches Impfschema, das für alle funktioniert. Hinzu kommt, dass die zusätzliche Schutzwirkung durch eine Auffrischung immer nur für einen begrenzten Zeitraum anhält. Schriebe man die Dreifachimpfung mittels Impfpflicht fest, bliebe der Impfschutz für einen Teil der Bevölkerung auf Dauer unzureichend. Wenn es allerdings für bestimmte Personengruppen einer wiederkehrenden Impfung bedarf, dann wären wir bei einer Regelimpfung, ähnlich wie bei Influenza. Und eine solche wäre wohl kaum über eine allgemeine Impfpflicht zu regeln. Alle sonstigen Kriterien, die man bislang an eine Impfpflicht legte, wie Viruseradikation, Herdenimmunität und ein lebenslanger Individualschutz, sind bei SARS-CoV-2 nach heutigem Stand ohnehin nicht gegeben.

Bleibt zu hoffen, dass unsere Bundestagsabgeordneten in dieser Sache klug entscheiden und alle mittlerweile sattsam bekannten Vor- und Nachteile gegeneinander abwägen. Vor allem erhoffe ich mir ein Ende der ständigen politischen Kommunikationsvolten in all diesen Fragen. Es spricht schon für sich, dass in den zwei Jahren der Pandemie die deutschen Gerichte so viele politische Entscheidungen bemängelt oder gleich ganz außer Kraft gesetzt haben, wie nie zuvor in der jüngeren Geschichte. Das sorgt für Frustration und eine wachsende Politikverdrossenheit, die uns als Bürger und Bürgerinnen nicht zufriedenstellen kann. Das ist Wasser auf die Mühlen der AfD und anderen, die sich dank dieser oft unverständlichen Entscheidungen in der Vergangenheit mittlerweile als Hüter der Grundrechte gerieren. Das darf nicht sein!

Unabhängig davon, wie in Sachen Impfpflicht entschieden wird, sollten wir zum Herbst ein Impfangebot für Corona und Influenza konzipieren. Die Adressaten einer solchen Impfkampagne sind die gleichen, nämlich ältere Menschen und bestimmte Risikogruppen. Ein solches Impfangebot durch die ärztlichen Praxen ist medizinisch sinnvoll und begründet. Hierzu werden wir uns mit Minister Lauterbach abstimmen um Impfstoffverfügbarkeit, Durchführung und Vergütung rechtzeitig zu regeln.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenig überraschend ist die Digitalisierung ein weiteres Gebiet, welches die ärztlichen und psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen besonders beschäftigt. Tatsächlich gibt es kaum ein anderes Thema, das die Emotionen so hoch kochen lässt. Eine Wortmeldung aus den vielen Zuschriften fand ich so schlicht wie umfassend in ihrer Aussagekraft, nämlich: „Wir fliegen auf den Mond, aber eine Chipkarte kann den Computer meiner Praxis abstürzen lassen?“ Tatsächlich ist es ja noch absurder: Wir fliegen nicht nur auf den Mond, sondern sind technisch sogar in der Lage, ein Weltraumteleskop in 1,5 Millionen Kilometern Entfernung – das ist vier Mal weiter als der Mond – zu steuern und zu bedienen. Aber eine störungsfreie digitale Kommunikation zwischen Praxen und Krankenkassen oder Apotheken – das ist augenscheinlich eine viel größere Herausforderung.

Nun ist es zugegebenermaßen nicht ganz adäquat, die gematik mit der National Aeronautics and Space Administration (NASA) zu vergleichen. Die NASA blickt schließlich auf eine lange Erfolgsgeschichte zurück. Aber die größtmögliche Sorgfalt, bei dem was sie tun, sollte man von beiden Institutionen erwarten dürfen. Wir verlangen nicht mehr, aber auch nicht weniger, als nutzenbringende, ausgereifte und in der Praxis funktionierende technische Lösungen. Thomas Kriedel wird gleich hierauf zurückkommen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich habe eingangs gesagt, dass es dringend Zeit ist, sich auch mal wieder anderen wichtigen Versorgungsthemen zu widmen. Deshalb komme ich jetzt zu einem Thema, das das Potenzial hat, die Zusammenarbeit von ambulant und stationär zumindest in einem Segment nachhaltig zu verändern. Ich spreche von der Reform des Paragraphen 115b, Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V), ambulantes Operieren im Krankenhaus. Wie Sie wissen haben wir als KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband vom Gesetzgeber den Auftrag erhalten, auf Basis eines wissenschaftlichen Gutachtens

einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen sowie sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und Behandlungen (AOP-Katalog) zu definieren. Für die Leistungen in diesem Katalog soll es eine einheitliche Vergütungssystematik auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für Krankenhäuser und Vertragsärzte geben, differenziert nach Schweregrad. Dieses Gutachten liegt seit Ende Februar vor. Es sieht eine substantielle Erweiterung des Leistungsspektrums vor, neben den operativen gehören auch konservative Leistungen dazu. In einem Stufenkonzept sollen zunächst unproblematisch überführbare Leistungen in den AOP-Katalog aufgenommen werden, im nächsten Schritt dann weitergehende neue Leistungen. Dazu gehören nach unserer Auffassung auch solche mit einer verlängerten Nachbeobachtungszeit, was perspektivisch auch Übernachtungen für Patienten in einem vertragsärztlichen Setting ermöglichen kann, im Sinne unseres Konzepts einer erweiterten ambulanten Versorgung. Bei all dem stimmen wir uns eng mit den Berufsverbänden und auch der DKG ab. Ich bin optimistisch, dass wir hier auf einem guten Weg sind, die Schranken zwischen den Sektoren niederzureißen. Im Grunde ist der Paragraph 115b neu SGB V das einzige wirklich sektorenübergreifende Projekt der vorigen Legislaturperiode, das konsequent von der ambulanten Versorgung her gedacht wird und eine Erweiterung ambulanter Leistungserbringung um ehemals stationäre Leistungen ermöglicht. Wie viele Leistungen am Ende aufgenommen werden, wird sich nach Abschluss der dreiseitigen Verhandlungen mit DKG und GKV-Spitzenverband zeigen.

Die Frage nach der Gestaltung eines einheitlichen Vergütungssystems für Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, wird derzeit in einem entsprechenden Innovationsfondsprojekt untersucht, an dem auch das Zi beteiligt ist. Ziel des Projektes, welches noch bis Mitte 2022 läuft, ist, einen konkreten Vorschlag für ein solches Vergütungssystem vorzulegen. Im Rahmen des Projekts hat das Zi gemeinsam mit dem Deutschen Krankenhausinstitut eine Befragung unter operativ tätigen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt, um Anforderungen an ein mögliches sektorengleiches Vergütungsmodell zu erheben. Die Ergebnisse sollen bei der Ausarbeitung des Vorschlages für ein einheitliches, sektorengleiches Vergütungssystem berücksichtigt werden.

Die Reform des Paragraphen 115b hat natürlich auch Implikationen für weitere Honorarthemen, etwa die Hygienekosten. Hier gibt es ja seit dem 1. Januar einen für alle ärztlichen Fachgruppen mit direktem Patientenkontakt einheitlichen Hygienezuschlag. Da bei speziellen Leistungen – unter anderem auch beim ambulanten Operieren – sehr viel größere Aufwendungen nötig sind, verhandeln wir hierüber separat mit den Krankenkassen. Im Rahmen der Verhandlungen zum Paragraphen 115b setzen wir uns als KBV für eine Neukalkulation der Aufbereitungskosten ein, differenziert nach Aufwand und abgebildet in eigenständigen Gebührenordnungspositionen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

gelegentlich wird der KBV im Allgemeinen oder auch uns als Vorstand im Besonderen vorgeworfen, dass uns der Bezug zu Basis fehlen würde beziehungsweise wir deren Anliegen nicht deutlich genug vertreten würden. Gestern haben wir diese Anliegen nicht nur direkt dem Bundesgesundheitsminister vorgebracht, sondern die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen konnten auch für sich selbst sprechen. Natürlich ließe sich auf diese Weise eine tagesfüllende Veranstaltung abhalten. Möglicherweise kann dieses Townhall-Format die Grundlage für eine neue, unmittelbarere Form des Austauschs bilden. Hierzu werden wir beraten.

In jedem Fall können wir konstatieren, dass der Austausch sowohl mit dem Bundesgesundheitsministerium als auch innerhalb des KV-Verbands in und durch die Notwendigkeiten der Pandemie noch enger geworden ist. Die KBV findet im politischen Raum Gehör – und nicht nur das: Wir werden auch gefragt. In dieser Hinsicht war die Pandemie möglicherweise ein Augenöffner für jene, die es vorher nicht sehen wollten. Nämlich, dass man die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die Praxen und alle dort Tätigen wirklich braucht. Diese Erkenntnis darf nach der Pandemie nicht wieder in Vergessenheit geraten. Dafür werden wir sorgen.