



## Bericht zur Lage

Dr. med. Monika Schliffke  
Vorstandsvorsitzende

Abgeordnetenversammlung der KVSH  
am 22.02.2017

Es gilt das gesprochene Wort

Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Frau Neke, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Mitarbeiter des Hauses, liebe Gäste,

heute begrüße ich zunächst die neuen Abgeordneten ganz besonders und schicke zu Ihrer Information voraus, wie ich üblicherweise den politischen Bericht zur Lage aufbaue, den Sie als TOP 3 in jeder AV und nach der AV dann auch auf der KVSH-Webseite finden.

Die bundesgesetzlichen Neuerungen und Veränderungen nehmen in der Regel den ersten Part des Berichtes ein. Davon hatten wir in den letzten Jahren reichlich. Allein 15 Gesetze zur Gesundheitspolitik hat Herr Gröhe in dieser zu Ende gehenden Legislatur auf den Weg gebracht und noch 3 oder 4 sind auf dem Weg. Viele davon haben unmittelbare Auswirkungen auf Ihre Arbeit jetzt oder in Zukunft, was wir dann entsprechend nicht nur hier, sondern natürlich auch an die Ärzte im Land kommunizieren. Auf einzelne Abschnitte, wie z.B. aus dem e-Health-Gesetz oder auch dem Präventionsgesetz, werden wir in den nächsten Jahren noch immer wieder zurückkommen müssen. Alsdann stelle ich dar, was KBV-seits geschieht. Auch hierzu gibt es jeweils die Anpassungen und Vereinbarungen zu berichten, die aus den Gesetzesvorgaben resultieren, in der Regel die Umsetzungen in Richtlinien und die Vergütungsregelungen nach Bewertungsausschussbeschlüssen. Und – wie Sie alle wissen – es gab aus der KBV auch eher weniger Gutes in den letzten Jahren. Dabei meine ich nicht nur die diversen „Affären und Skandale“, die breit und öffentlich diskutiert wurden und von denen einige noch in gerichtlicher Klärung sind. Ich meine auch - vor allem für die Hausärzte - die Probleme um die mangelnde Geriatriefinanzierung, die NäPa-Finanzproblematik, die Chronikerregelung im EBM oder jetzt zuletzt den Medikationsplan. Die KBV konsolidiert sich nun. Anfang März sind dort die Vorstands- und Gremienwahlen und wir gehen davon aus, dass in der nächsten Periode die Sachfragen wieder im Vordergrund stehen, dass der Vorstand geschlossen arbeitet und dann auch am Ende bessere Verhandlungsergebnisse zu berichten sind. In dieser kommenden Legislatur steht ja dann auch der Facharzt-EBM auf der Agenda.

Von der Landesebene berichte ich dann, wenn es Spezielles gibt. Das ist nicht immer der Fall, weil die Richtlinienkompetenzen in der Gesundheitspolitik nun einmal nicht auf Landesebene liegen. In den letzten Monaten hat das Land hat seinen Landespsychiatrieplan vorgestellt, zudem wir unseren Berufsverband der Psychiater eingeschaltet hatten und dessen Empfehlungen auch eingegangen sind, und es hat einen Krankenhausplan vorgelegt, in den wir aber nicht unmittelbar involviert sind. Wir halten engen Kontakt mit dem Ministerium, es ist unsere Aufsichtsbehörde. Im Mai sind Landtagswahlen und wir werden sehen, wer in Zukunft dann das Ressort Soziales in der Landesregierung übernimmt. In der jetzigen Besetzung mit Frau Ministerin Alheit und ihrer Staatssekretärin Frau Langner war in den letzten Jahren eine gute und sehr pragmatisch geleitete Zusammenarbeit möglich. Die hatte so gar nichts mit Parteibüchern zu tun, was wir uns auch für die Zukunft so wünschen. Ja, und natürlich erfahren Sie hier brandnah, was die KVSH tut, was sie in die Diskussion gibt und was sie abschließt. Und wenn sich hier die wichtigsten Dinge abspielen, dann kehrt sich die ganze Konzeption des Berichts zur Lage auch schon mal um oder gerät in eine andere Reihenfolge.

Heute werde ich mich im Wesentlichen an den Ablauf halten. Vor allem deshalb, weil ich das Wichtigste, nämlich einen Honorarabschluss, noch nicht berichten kann. Wir kommen beide, Herr Dr. Ennenbach noch ausführlicher, auf den Stand der Dinge zurück. Hier die Agenda für den heutigen Bericht. Zwei Gesetze sind gerade letzte Woche abgeschlossen. Ich berichte Ihnen zu den hier dargestellten Punkten aus der KBV und komme im 3. Teil zu dem, was uns momentan auf KV-Ebene beschäftigt.

Das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz, von Herrn Gröhe immer als Gesetz zum Schutz vor Selbstblockaden bezeichnet, hat uns seit dem letzten Sommer definitive Sorgen gemacht, weil es in den ersten Entwürfen so aussah, als wolle der Gesetzgeber kleinteilig und detailliert in die Selbstverwaltungen auf Bundesebene eingreifen und Steilvorlagen liefern, die auch auf die KV-Ebenen hätten durchschlagen können. Fachaufsicht statt Rechtsaufsicht, Anordnung und Selbstvornahme von Satzungsänderungen, Aufhebung und Ersetzung von Beschlüssen der Vertreterversammlung und regelhaft namentliche Abstimmungen aus Haftungsgründen waren die wesentlichen Kritikpunkte. Interveniert gegen dieses Gesetz wurde intensiv, nicht nur von KBV und KVZB, auch seitens der Kassen, und am Ende jetzt im Wesentlichen erfolgreich. Sie sehen auf dieser Folie, was inzwischen alles weggestrichen werden konnte und von den Dingen, die geblieben sind, war jetzt zuletzt eigentlich nur der dritte Vorstand bei KBV und KZBV noch in der Diskussion, dessen gesetzliche Verankerung eigentlich nicht notwendig gewesen wäre, da die Satzungen dies als Option eh vorsehen. Der dritte Vorstand bei der KBV soll nun möglichst ein Nichtarzt sein, zumindest jemand, der nicht einem Versorgungsbereich zugeordnet werden kann. Der Politik war der ständige Streit um die zweite Stimme eines Vorstandsvorsitzenden bei internen Vorstandsdifferenzen über, sie will nun klassische Mehrheitsentscheidungen. Und grundsätzlich mag sie damit durchaus Recht haben, auch wenn das Suchen nach einem geeigneten Dritten jetzt für die Wahl nächste Woche sehr hoppla hopp gehen muss.

Den „Entsandten“ kennen wir bei der KBV nun schon seit dem letzten Jahr. Die Politik legitimiert ihn jetzt definitiv als Berater in besonderen Angelegenheiten, nachdem er vorher diese Staatskommissar-Light-Rolle, die es eigentlich im Gesetz nicht gibt, eingenommen hatte. Der Jurist, der diese Funktion jetzt innehatte, hat zusammen mit Herrn Gassen die offenen Immobilienangelegenheiten der KBV geregelt, an denen sich „Skandale“ entzündet hatten. Die Abwicklung ist nun so, dass nach dem Verkauf des GBA-Gebäudes, der bereits abgeschlossen ist, und dem noch kommenden Verkauf eines unbebauten Grundstückes die Apo-KG aufgelöst werden kann, die KBV mit einem Plus dabei herauskommt und die Sache dann auch rechtlich bereinigt ist.

Die beiden verbleibenden Punkte sind in unserem Sinne. Natürlich ist es sinnvoll, einen VV-Vorsitzenden nicht nach Lust und Laune oder gerade aktueller Zusammensetzung einer VV abzusetzen, sondern nur dann, wenn gewichtige Gründe vorliegen und konstruktiv agiert werden muss. Ebenso bekommt natürlich ein Vorstandsvorsitzender eine besondere Legitimation, wenn er oder sie mit 2/3 Mehrheit gewählt wird.

Das Heil- und Hilfsmittelgesetz hat ebenfalls in der letzten Woche den Abschluss im Bundestag gehabt. Ich hatte hier ausführlich darüber berichtet, wir hatten intensiv diskutiert und wir werden das Thema sicher noch einmal aufnehmen, wenn in den Ländern die sog. Modellbereiche definiert sind, in denen dann die Blankoverordnungen Heilmittel ausprobiert werden sollen. Abzuwarten bleibt auch noch ein GBA-Beschluss zu Wundmaterialien. Der GBA soll im Laufe dieses Jahres festsetzen, welche der modernen Wundmaterialien fallen unter Verbands- und welche unter Arzneimittel. Sie bekommen dann auch mehr Sicherheit, was ist pro Patient zu rezeptieren, was ist Sprechstundenbedarf. An dieses Gesetz hat man nun noch einen sog. Omnibus gehängt, der mit Heil- und Hilfsmitteln so gar nichts zu tun hat. Die sog. Upcoding-Bremse. Kassenmitarbeiter dürfen Vertragsärzte nicht in der Diagnosecodierung beeinflussen – das dürfen auch KVen nicht - und Ärzte dürfen sich grundsätzlich nicht für Vergabe und Dokumentation von Diagnosen bezahlen lassen. Sie wissen, diese Thematik wurde verquickt mit manchen sog. Betreuungsverträgen, die alle damit plötzlich in einen gewissen Verruf kamen. Eine Klarstellung hierzu – insbesondere natürlich, was Besuche von Kassenmitarbeitern in Praxen betrifft – ist sicher zu begrüßen.

Für die KBV-Wahl nächste Woche tritt Herr Gassen wieder an für die fachärztliche und neu Stefan Hofmeister aus Hamburg für die hausärztliche Seite. Andere Kandidaten sind momentan nicht in Sicht oder haben bereits wieder abgewunken, was ja nicht heißen soll, dass es sie in letzter Minute nicht doch noch geben wird. Natürlich

werden wir bedauern, ebenso wie die KV Hamburg, dass Herr Hofmeister soz. aus unserer Nachbarschaft weggehen will, wir halten ja engen Kontakt zur KV Hamburg. Aber wir halten ihn für sehr geeignet, dieses Amt in Berlin zu übernehmen. Beide stellen sich jetzt als festes Team vor. Man ist sich in den wesentlichen strategischen Fragen einig und kann miteinander, was wohl das wichtigste nach den Erfahrungen der letzten Jahre ist. Beide suchen nun intensiv nach einem geeigneten Dritten und es sieht so aus, als käme jemand aus der Riege der Hauptgeschäftsführer der KVen in Frage. Inzwischen hat sich unter den KVen und auch mit den großen Berufsverbänden ein breiter Konsens zu diesen beiden Hauptkandidaten gebildet und wir wünschen uns, dass die Wahlen deutlich ausfallen, also beide mit deutlichen Mehrheiten aller Fraktionen gewählt werden. Der Neuanfang der KBV muss ein inhaltlicher sein und mit diesen beiden – oder dann dreien - kann er sichtbar werden.

Es müssen aber am 3.3. nicht nur Vorstände, es müssen zuerst am 2.3. die Vorsitzenden der KBV-VV gewählt werden. Hier ist es das Privileg der ehrenamtlichen KBV-Abgeordneten, die Kandidaten zu nominieren und hier kann die Kandidatenliste auch länger werden.

Kommen wir nun zu den momentanen Sachentscheidungen auf KBV-Ebene. Hier einmal der Zeitplan zum e-Health-Gesetz. In Kraft getreten am 1.1. ist die Vereinbarung zum e-Arztbrief, der extrabudgetär mit 55 Cent – hälftig Sender und Empfänger - bewertet ist. Es sieht so aus, als bliebe dieses Geld noch eine ganze Weile bei der GKV, denn der e-Arztbrief ist nun mal an die qualifizierte Signatur mit dem eHBA gebunden, die noch kaum jemand implementiert hat. Der zweite Schritt wurde also vor dem ersten getan. Unsere SafeMail-Kommunikation ist davon nicht tangiert, kann unverändert wie bisher fortgesetzt werden, wird allerdings seit Feststellung des leeren Topfes im November nicht mehr separat vergütet. Signatur ist auch Pflicht für die radiologischen Telekonsile. Telekonsile sind Zweitmeinungsverfahren für Röntgen-Aufnahmen. CTs sind dabei, sind ja auch Röntgenaufnahmen, MRTs sind nicht dabei. Das mag einem als Mediziner halbgar vorkommen, aber wenn der Gesetzgeber nicht Röntgen incl. Schnittbilddiagnostik sondern nur Röntgendiagnostik ins Gesetz hineinschreibt, passiert eben so etwas und die GKV muss dann auch Telekonsile für MRTs nun nicht zahlen. Telekonsile sind auch quotiert auf 3-4% aller möglichen Fälle eines Radiologen, werden also eher Einzelfälle bleiben. Zu Online-Videosprechstunden sind die Vorgaben in eine Anlage 31b des Bundesmantelvertrages gepackt worden, falls Sie diese nachlesen wollen. Bis zum 31.3. müssen nun die berechtigten Fachgruppen und die Indikationen mit der GKV definiert werden und anschließend bis zum 1.7. im Bewertungsausschuss die Vergütung. Die soll den technischen und organisatorischen Aufwand in den Praxen decken und natürlich wollen wir auch, dass der Online-Arzt-Patientenkontakt nicht einfach in der Versichertenpauschale verschwindet. Die Politik drückt fast jeden Tag deutlich aus, dass die Videosprechstunde nicht nur für dermatologische Bilder, sondern auch intensiv insbesondere in strukturschwachen Regionen zum Einsatz kommen soll. Sie könnte sogar eine intermittierende Online- Betreuung von Bestandspatienten ermöglichen, so dass diese nicht wiederholt die Praxen aufsuchen müssen und ggf. auch Hausbesuche entfallen könnten. Warten wir nun ab, wie die Bereitschaft der Kassen ist, diesem politischen Anliegen nachzukommen und das in Geld umzusetzen und wenn die Grunddaten geregelt sind, wie diese neue Technik dann zum Einsatz kommt.

Zwischen KBV, KZBV und GKV-SV haben bereits 2016 Gespräche oder Verhandlungen begonnen zu dem Grundsatzthema: Wer bezahlt eigentlich was in der neuen Telematik-Infrastruktur? Schon 7 Runden sollen stattgefunden haben, aber viele Fragen sind weiter offen. Kartenterminals und Konnektoren sind wohl klar bei der GKV, eHBA wahrscheinlich bei den Ärzten, aber was ist mit den Wartungskosten aller Komponenten, der Finanzierung der Folgeausstattungen, der Finanzierung von Praxisausfallzeiten bei der Installation in den Praxen oder der Finanzierung der Implementierung und eines Zuschlags für das VSDM. Sie merken, hier ist noch ganz viel zu tun und so schnell wird es wohl auch nicht gehen, bis wir zu all diesen Punkten Klarheit und Ergebnisse haben.

Geschafft ist nun aber die neue Psychotherapievereinbarung, die auf der Basis der GBA-Richtlinie in vielen Punkten neu die Psychotherapie-Inanspruchnahme regelt und zum 1.4. in Kraft tritt. Im Fachausschuss Psychotherapie sind die Einzelheiten vor zwei Wochen ausgiebig besprochen worden und selbstverständlich geben wir ausführliche Informationen an jeden einzelnen PT heraus. Neue Leistungen sind auf der Agenda: die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akuttherapie. Auch haben sich die Vorgaben für die Kurz- und Langzeittherapie geändert und auch eine Rezidivprophylaxe wurde eingeführt. Die neue Sprechstunde soll einen Direktzugang für Patienten ermöglichen, die der Abklärung dient, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung vorliegt oder nicht. Ist das der Fall, kann sich daraus eine Akuttherapie oder auch eine Kurz- und Langzeittherapie entwickeln. Das liegt in der Verantwortung des Therapeuten, ebenso ob Einzel- oder Gruppentherapie für den jeweiligen Patienten in Frage kommt.

Psychotherapeuten haben nun feste telefonische Erreichbarkeitszeiten festzulegen. Dies ist nicht nur als Zugangsöffnung wichtig, auch soll ab 1.4. nun die Terminservicestelle für eine Vermittlung in Anspruch genommen werden können und dazu laufen die Vorbereitungen auf Hochtouren. Die TSS wird Termine für ein Erstgespräch im Rahmen der Sprechstunden vermitteln und - wenn aus der Erstabklärung erforderlich – einen zeitnahen Behandlungsbeginn einer Akuttherapie. Dazu bedarf es dann eines Codes, wie wir das aus der Facharztvermittlung kennen. Ansonsten wird es auch hier so sein, dass die TSS im üblichen Rundumverfahren zuweist und die Therapeuten über ekvsh bestätigen, dass ein Erstgespräch in der vorgegebenen Zeit stattgefunden hat. Alles Weitere bleibt dem Psychotherapeuten im Gespräch mit dem Patienten vorbehalten. Wir haben kvseits für Ende Februar/Anfang März zwei Groß-Veranstaltungen zur TSS mit den Psychotherapeuten vorgesehen, zu denen jetzt auch bereits zahlreiche Anmeldungen vorliegen.

Mit der neuen Struktur werden natürlich auch Anpassungen im EBM erforderlich. Es geht um die Vergütung der neuen Leistungen, der Sprechstunde und der Akutbehandlung. KBV und GKV verhandeln hier noch, der Bewertungsausschuss muss zum 1.4. die Vergütung festgelegt haben. Bis heute liegt aber noch kein Ergebnis vor.

Es gibt eine weitere Richtlinienänderung. Das Präventionsgesetz 2015 hat nicht nur den Kassen auferlegt, mehr Geld für z.B. betriebliche Prävention aufzuwenden, es schreibt auch Änderungen in den Vorsorgeuntersuchungen vor. Seit 1.1. fertig und in Kraft sind die neuen Inhalte der Kinderuntersuchungen U1-U9. Die Untersuchungsabläufe wurden weiter standardisiert, neue Inhalte wie Mucoviszidose-Screening, Hörtest mittels Audiometrie oder Beratung der Eltern zur psychosozialen Kindesentwicklung wurden aufgenommen. Die gelben Hefte haben ein neues Layout und die Vergütung ist neu gestaltet. Sie ist für die Untersuchungen ist im Schnitt um erfreuliche 10 € jeweils angestiegen, was dem Mehraufwand auch entspricht. Alle Ärzte, die U-Untersuchungen vornehmen – und das sind nicht nur Pädiater – sind von uns entsprechend zum Jahresbeginn informiert worden.

Die Probleme im hausärztlichen Bereich mit vergangenen Beschlüssen habe ich vorhin schon angedeutet. Nun gibt es Anträge an die KBV, z.B. die leidige Chronikerregelung wieder auf die Agenda zu nehmen. Ich weiß nicht, ob hier noch etwas zu machen ist, aber ein Versuch wird immerhin gestartet. Frau Feldmann hatte leider 2013 den Zug abfahren lassen. Damals hätte man den sozialgerichtlichen Weg gehen müssen, um die Analogie mit der Zuzahlungsermäßigung aus der GBA-Chroniker-Richtlinie für die Kassen, die sich auf „vier Quartale rückwärts schon chronisch krank“ bezieht, für die medizinische Definition einer chronischen Erkrankung nicht gelten zu lassen. Nun will man darüber neu verhandeln, alternativ ist in der Diskussion ggf. die Bindung an eine spezifische ICD-Liste oder die Aufnahme eines Multimorbiditätszuschlages.

Ein Anlauf ist auch gemacht worden, über den Bewertungsausschuss das Geld dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuführen, dass 2015 für die NÄPas verhandelt, aber mangels ausgebildeter Kräfte nicht genutzt werden konnte. Diejenigen von Ihnen, die in der letzten AV-Periode bereits dabei waren, wissen, wie intensiv Herr Sturm dieses Thema verfolgt hat. Was ist nun geschehen? Im erweiterten Bewertungsausschuss hat Herr Wasem im Dezember tatsächlich mit seiner Letztstimme zunächst festgesetzt, dass zumindest 50% dieser nicht ausgezahlten Gelder dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuschlagen sei für strukturelle Zwecke. Er hat aber keinen sofortigen Vollzug angeordnet und so hat die GKV umgehend die Chance genutzt, Klage gegen diesen Beschluss einzureichen. Inzwischen hat jetzt auch das BMG dem Beschluss widersprochen. Insofern muss man wohl sagen: Machen Sie sich keine Hoffnungen, dass hier auf gerichtlichem Wege noch einmal etwas herausgeholt wird. Aus extrabudgetären Töpfen kann immer nur leistungsbezogen abgerufen werden. Das hätten damals die Verhandler schon wissen können. Wenn man, wie hier geschehen, zwar eine offene Grenze nach oben aber nichts für nach unten verhandelt, wird man solche Ergebnisse produzieren. Dennoch hat sich in Bezug auf die NÄPas Positives getan. Zum 1.1. sind die Grenz-Fallzahlen nach unten korrigiert worden, die Besuchsvergütung ist gesteigert und der Zeitraum, in dem Berechnungsfähigkeit parallel zur Ausbildung einer NÄPa besteht, ist nochmal um zwei Jahre verlängert worden. Auch das verbessert die Vergütung und sollte der Ausbildung und Einstellung von NÄPas noch einmal Schub geben.

Der dritte Punkt: Medikationsplan. Auch hier wird nach dem Dilemma um den Software-Lizenzkauf neu nachgedacht und zwar bis hin zu einem Vorstoß von Herrn Gassen zur Entwicklung einer KVEigenen Praxissoftware, womit er natürlich auf den heftigen Widerstand der Industrie trifft. Der Medikationsplan soll mindestens ein vertragsärztliches Formular werden, was jedes Softwarehaus wie eine AU-Bescheinigung oder ein Rezept zu implementieren hat. Viele Softwarehäuser praktizieren das auch so, einige große allerdings nicht – und zum 1.4. tritt die Umsetzungspflicht in Kraft.

Was tut sich im fachärztlichen Bereich? Vom EBM noch nichts Neues. In dieser ersten Jahreshälfte sollen die letzten Fachgruppen bearbeitet sein, erst danach werden wir wohl eine Endaufstellung zu sehen bekommen, um die herum dann gerechnet werden wird. Sobald dazu etwas bekannt wird, werde ich berichten.

So, kommen wir zu den KV-Internen: Stichwort Verhandlungen. Stichwort Honorar. Es zieht sich hin, und das ist überall in der Republik so, weil man nicht mehr mit einzelnen Kassen oder Kassenkooperationen verhandelt, sondern mit dem Gesamtpaket aller Kassen, die sich in ihren Forderungen oder in der Abwehr von KV-Forderungen vorher einig sein müssen. Wo früher Verhandlungen in 5 Wochen möglich waren, kann es jetzt auch 5 oder mehr Monate dauern. Die Übertragung der Verhandlungsergebnisse der Bundesebene zum OPW und zur Veränderungsrate ist unstrittig, das große Thema dieses Jahres ist die Konvergenz. Konvergenz bedeutet einmalige basiswirksame Sockelanpassung in die MGV und für uns Nachholbedarf. Und den machen wir selbstverständlich geltend. Der Bundesgesetzgeber hat ins SGB V geschrieben, dass die MGV pro Versicherten im ganzen Bundesgebiet einheitlich zu sein hat. Er hat auch hineingeschrieben, dass Konvergenzgeld für strukturelle Maßnahmen vorzusehen sei. Das Basisjahr für eine Berechnung ist 2014 und gegenüber diesem hat SH insgesamt ca. 2 % Nachholbedarf. In den letzten Jahren haben wir davon schon einiges angeglichen durch unser Verhältnis Morbidität zu Demographie von 80:20, was ansonsten bundesweit regelhaft mit 50:50 bewertet wird, was wiederum die Kassen auch für uns jetzt für die Zukunft als gesetzt wissen wollen. Es fehlt nun aber noch ca. 1%, auf das wir u.E. Anspruch haben. Wir sagen Anspruch, die Kassen sagen, das müsst ihr erstmal beweisen. Mittlerweile sind die Arbeitsebenen dazu in Gesprächen und es zeichnet sich so langsam ab, dass Konvergenz als Sockelanpassung überhaupt zu einem Thema der Kassen wird. Das bedeutet schon einmal Bewegung. Strukturforderungen sind ebenso benannt, Geriatrie, rheumatologische Versorgung, Schmerztherapie, PFG. Wir selbst haben eine gewisse Deadline eingezogen, unter der wir nicht abschließen können und wollen. Eine akzeptable Größenordnung muss erreicht werden, ggf. auch mit einer Streckung auf 2 Jahre, aber ein Ergebnis muss stimmig sein. Kommt das auf dem Verhandlungswege nicht

zustande, werden wir nach langen Jahren der Einigungen ansonsten den Gang zum Schiedsamt antreten müssen. Alle weiteren Einzelheiten zum Thema Honorar folgen dann gleich im TOP 4 von Dr. Ennenbach.

Laborreform ist ein Thema, was bundesweit seit dem letzten Jahr lebhaft und teilweise emotional unter Zuhilfenahme HA-FA-Konflikt andiskutiert wurde und nun ausgearbeitet wird. Ungleiche Verteilung der Ausnutzung des Vorwegabzuges Labor zu Lasten der Hausärzte wurde politisch argumentiert. Nicht mehr angepasster Wirtschaftlichkeitsbonus, um den sich jüngere Kollegen kaum kümmern, ist eine Realität, ebenso die Ausnahmekennziffern. Realität ist auch, das Labor steigt mengenmäßig in den letzten Jahren pro Jahr um ca. 5%. Nicht pro Patient, sondern die Zahl der Fälle, bei denen überhaupt Laboruntersuchungen veranlasst werden, geht hoch, und das quer durch alle Fachgruppen. Ungeachtet der politischen Implikationen ist also Handlungsbedarf gegeben, da natürlich alles, was über den Vorwegabzug vorweg weg geht, in den Versorgungsbereichen nicht mehr zur Verteilung ankommt. Was im Einzelnen jetzt zu berücksichtigen ist, was für Vorabberechnungen wir vornehmen und welche Richtung das Ganze im Laufe des Jahres voraussichtlich nehmen wird, auch darauf wird Dr. Ennenbach gleich in aller Ausführlichkeit eingehen.

LKuK, die QuaMaDi-Diskussion mit den Kassen hält an, zuletzt vorgestern. Sie ist in der Art, wie sie momentan geführt wird, äußerst unerfreulich. Mehrfach besprochene und bereits konsenterte Punkte werden gebetsmühlenartig ständig wieder aufgewärmt. Neue finanzielle Forderungen werden gestellt, in Bezug auf Geschäftsstellen- und Evaluationskosten, in Bezug auf Fallkonferenzen, selbst in Bezug auf Infrastrukturkosten, wohl wissend, dass eine KV dazu gar keinen Topf hat. Mit der Rechtsform eines möglichen Vertrages kann man Stunden verbringen, obwohl nur 63c oder 140a in Frage kommen, das könnte man auch auswürfeln. Ebenso mit dem Datenschutz, dessen Vorgaben unsererseits längst geklärt waren und auch umzusetzen sind. Aber man glaubt uns auch da nicht. Die neueste Verzögerungstaktik heißt ein eigener Termin mit dem ULD. Die Diskussion ist ein Eiertanz, erweckt von Mal zu Mal mehr den Eindruck, bestimmte Kassen wollen QuaMaDi nicht mehr, wobei aber keiner aus der Höhle kommt. Sie verstecken sich voreinander und hintereinander, es gibt aber auch keine, die vorpreschen. Man traut sich offenbar aber auch nicht, politische und öffentliche Verantwortung für eine Kündigung zu übernehmen, weil eben die medizinischen Ergebnisse einfach zu gut sind. Und deshalb sucht man jede Stecknadel gegen uns bis hin zu Vorschlägen, von denen man genau weiß, dass sie rechtlich nicht haltbar sind. Bis Ende März muss Klarheit geschehen, um überhaupt noch eine Option für 2017 zu haben.

Jetzt habe ich zum Abschluss noch einiges soz. quer Beet zu berichten. Die neue Prüfvereinbarung, zu der wir in der 2. Jahreshälfte 16 in allen Gremien diskutiert haben und die Ihnen auch hier vorgestellt wurde, ist nun abgeschlossen. Wir sind bislang die einzige KV, die den neuen Weg der MRGs vollzieht, der morbiditätsbezogenen Patienten- und Arztgruppenbetrachtung, und sind natürlich gespannt, ob die so positiv aussehenden Vorausberechnungen sich dann bewahrheiten. Damit rechnen wir fest. Herr Emcke schrieb neulich so schön im Nordlicht, versuchen Sie nicht, die Materie in der Tiefe zu verstehen. Das wäre in etwa so, als wenn Airlines ihren Passagieren die Verdrahtung eines Flugzeuges vor jedem Abflug erklären würden. Aber kurz gefasst noch einmal: Jeder Patienten mit Verordnung wird entsprechend seiner Leitsubstanz einer Morbiditätsgruppe zugeordnet. Danach erfolgt ein Abgleich mit den Patienten in der gleichen Fachgruppe, bei denen auch das gleiche Krankheitsbild mit dem entsprechenden Schweregrad vorliegt. Dies ist dann der Vergleichswert und bedeutet für Sie, dass die Vergleichswerte auf den tatsächlichen Verordnungen der Fachgruppe beruhen. Sog. Verdünner spielen damit keine Rolle mehr. Die Ihnen mitgeteilten Werte haben somit auch keine Vergleichsmöglichkeit mit bisherigen Richtgrößen. Lassen Sie sich jetzt einmal drauf ein, wichtig ist, haben Sie ihre Zielvereinbarung im Auge, den Vergleich ihrer Verordnungskosten und die wirtschaftliche Verordnung im Einzelfall. Damit sollten Sie auf der sicheren Seite sein und wir werden, sobald es die Datenlage zulässt, die Sache engmaschig beobachten.

Das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin befindet sich auf einem sehr guten Weg. Zum Jahresende 16 ist die sog. Anlage 4 zur Weiterbildung Allgemeinmedizin erschienen und sie gibt nun vor, wie das Kompetenzzentrum zu gestalten ist. Beteiligt werden müssen die KV, die Ärztekammer, die Landeskrankenhausgesellschaft und die Lehrstühle für Allgemeinmedizin. Die drei Organisationen sind in SH bereits die Träger unseres Institutes für Ärztliche Qualität und so wird das Institut nun also die organisatorische Aufgabe von Kompetenzzentrum und Koordinierungsstelle übernehmen und die Lehrstühle die inhaltliche. Die Curricula sind ausgearbeitet, auch bereits in Gang, der Lehrplan ist fertig, der Finanzierungsplan steht und wird zum 15.4. gemeinsam eingereicht. Wirksam wird dann alles zum 1.7. Erfreulich ist die Nachfrage der Weiterbildungsassistenten bereits jetzt und sie wird wahrscheinlich noch größer, wenn erst einmal alle Assistenten, die jetzt noch in der Klinikzeit sind, auch erfasst sind und dabei sein werden.

Arztzahlentwicklung, Probleme im ländlichen Bereich, Erwartungen junger Ärzte an das Berufsbild waren Themen des 2. Versorgungsforschungstages, den wir gemeinsam mit der KV Hamburg am 8.2. durchführten. Ambulante Sicherstellung und die Erwartungen der nachwachsenden Arztgeneration in Einklang zu bringen, erfordert große Flexibilität und neue Gestaltungsräume. So kann man den Tag zusammenfassen und es war auch der Kern der Aussage unserer Ministerin Alheit. Die Hamburger Senatorin Prüfer-Storcks betonte – einer Stadt-KV entsprechend – den Ausbau sektorübergreifender Strukturen. Mit ca. 140 Teilnehmern war der Tag gut besucht, quer durch alle Interessengruppen, Studenten, Niedergelassene, die Wissenschaft, Klinikärzte, die Körperschaften, die Politik. Erhalt der ambulanten Versorgung durch freiberufliche, überwiegend selbständige Ärzte ist Konsens. Sie bedarf im politischen Umfeld aber immer wieder der Betonung, was solche Tage letztendlich auch bewirken sollen.

Tags drauf war dann für zwei Stunden Herr Gröhe in Segeberg Gast seiner Partei und wie das dann so ist, Podiumsdiskussion oder neudeutsch Panel mit Körperschaften und Kassen. Im Vitalia sprach er Zusammenarbeit mit Gesundheitsberufen, Prävention, IT, auch mehr Studienplätze an. Es blieb aber – wie bei Wahlveranstaltungen dieser Art nicht anders zu erwarten – bei bekannten Statements.

Zum Abschluss ein Highlight. Für alle unsere Notdienstambulanzpraxen haben wir im Januar ein QEP-Zertifikat erhalten, unterschrieben vom Auditor und von Herrn Gassen persönlich. Ich finde, das ist ein gewaltiger Erfolg nach jahrelanger Vorarbeit, der einen Applaus wert sein sollte. Ich beglückwünsche Herrn Paquet und die Notdienstabteilung, die Kollegen und MFAs an den Standorten, die mitgearbeitet haben und nenne beispielhaft dazu Herrn Dupas. Seit 2008 haben wir beide, Herr Dupas, gemeinsam mit drei anderen Notdienstbeauftragten in einer kleinen QM-AG das Qualitätsmanagement auf den Weg gebracht. Die Unterschiedlichkeit an den einzelnen Standorten machte es nicht leicht, aber mit der Zeit fand man zu einer gewissen Standardisierung von Strukturen und Verfahrensanweisungen, die gleichartig, weil qualitätsbewiesen ablaufen sollen. Als ich 2012 in dieses Amt kam, bat ich Herrn Paquet, diesen Prozess bis zur Zertifizierung fortzusetzen – und nun ist es geschafft. LKuK, dieses Zertifikat ist nicht nur ein Beweis, dass gut gearbeitet wird, von Ärzten, MFAs, Leitstelle und Organisation. Es wird uns sehr helfen in den sektorübergreifenden politischen und fachlichen Diskussionen der nächsten Jahre, da es uns die erforderliche Augenhöhe gibt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.