



Bericht zur Lage

Dr. med. Monika Schliffe
Vorstandsvorsitzende

Abgeordnetenversammlung der KVSH
am 22.11.2017

Es gilt das gesprochene Wort

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

mit den Fröhnachrichten am Montagmorgen kam der Zeitpunkt, alle bundesgesundheitspolitischen Zwischenäußerungen, die einzelne schon einmal gewagt hatten, kommentarlos zu lassen und buchstäblich in die Warteschleife zu schicken. Nach Wochen Sondierungen ist Berlin am Nullpunkt wieder angekommen und zum jetzigen Zeitpunkt ist es ungewiss, wann wir wie welche Regierung bekommen und wie diese sich dann positioniert. Krisenhaft ist das Ganze sicher dennoch nicht. Was die Gesundheitsversorgung anbetrifft, ist das Selbstverwaltungssystem nun erst recht ein Stabilisierungsfaktor. Alle politischen Erwartungen an eine neue Regierung sind im Vorfelde platziert, die GKV steht sogar momentan finanziell sehr gut dar. Es sind die Inhalte großer Fragen, die zu lösen sind, aber Schnellschüsse dazu werden den notwendigen Prozessen dann sicher auch nicht gerecht. Warten wir also zu, der Bericht zur Lage wird damit kürzer, die heutige umfangreiche Tagesordnung hat sicher auch ohne Regierungsvorgaben ausreichend Diskussionsstoff. Meine Agenda ist diese:

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

KVSH

Agenda


- KBV
 - Bundesschiedsamt zur Vermittlung Psychotherapie
 - Rahmenvorgaben AM/HM 2018
 - Neue Früherkennung: Bauchaortenaneurysma
- GBA
 - Grundlagen des künftigen Zweitmeinungsverfahrens
 - Stand der Entwicklung neue DMPs
- KV
 - Verträge
 - Innovationsfonds
 - Sachstand TI

Aus dem Bereich der KBV berichte ich Ihnen zu einer Entscheidung des Bundesschiedsamts, die Psychotherapeuten betreffend. Wir haben die Rahmenvorgaben Bund zum Arznei- und Heilmittelbereich und es gibt eine neue Früherkennungsuntersuchung. Der GBA hat eine Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren abgeschlossen und ist soz. auf dem halben Wege, eine Reihe neuer DMPs zu entwickeln. Zwischen KV und Kassen sind einige Vertragsoptionen unterwegs und ich gebe Ihnen den Sachstand zu Innovationsfondsprojekten und zur TI.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

KVSH

TSS und Psychotherapie



Beschluss des
Bundesschiedsamts für die vertragsärztliche Versorgung vom 07.11.2017
- BSA-Ä 4-17 -

Die Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Facharztterminen (Anlage 28 BMV-Ä) vom 16. Dezember 2015 in der Fassung vom 1. März 2017 wird wie folgt ergänzt:

Am 7.11. hat das Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung gegen die Stimmen der KBV einen Beschluss zur Tätigkeit der Terminservicestellen gefasst. Streitgegenstand war, ob die TSS Termine für probatorische Sitzungen der Psychotherapeuten vermitteln muss und damit letztlich auch für Richtlinien-Psychotherapie. Die GKV hat dies vehement gefordert und wollte auch noch die Vermittlungsfrist von 4 auf 2 Wochen verkürzen. Der Beschluss sagt jetzt, dass Probatorik vermittelt werden muss, wenn ein Psychotherapeut die Notwendigkeit als zeitnah und mittels eines neuen Formulars bestätigt.

Zwei weitere Dinge wurden dazu beschlossen: Sofern es in einem ersten vermittelten Therapeut-Patienten-Verhältnis zu keiner Arbeitsbeziehung kommt, soll die TSS soll dem Versicherten auch einen weiteren Therapeuten für probatorische Sitzungen vermitteln. Man drückt das so aus: sofern es an der persönlichen Passung fehlt. Zum zweiten: Hat ein Patient für eine Probatorik einen Platz an einer Klinik vermittelt bekommen, kann der Patient auch für eine Richtlinien-Therapie in Klinikbehandlung verbleiben.

Ob dieser Beschluss noch gesetzeskonform ist, ist jetzt die Frage. Die KBV meint nein und wir können da nur zustimmen. Die KVen sind verpflichtet, Termine für ein Erstgespräch sowie die – so der Text - sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine zu vermitteln. Was ist zeitnah und wodurch wird zeitnah bedingt? Zeitnah kann eigentlich nur Sprechstunde und Akutbehandlung sein und das ist bereits geregelt. Und ergibt sich in Konsequenz aus dem Beschluss, dass nun die TSS sich mit unterschiedlichen Methodiken der Psychotherapie befassen soll, um den Patienten in die richtige Probatorik zu leiten? Diese Fragen werden nicht beantwortet. Sobald nun der endgültige Beschluss vorliegt, wird die KBV überlegen, diesen mit einer Klage anzufechten und auch eine sofortige Umsetzungsnotwendigkeit zu verhindern. Ohne Änderung der Psychotherapie-Vereinbarung wäre zudem nichts schiedsspruchgemäß umzusetzen und das neue Formular für „zeitnah“ muss auch erst entstehen. Mit der GKV müßte auch diskutiert werden, ob akut, zeitnah, dringlich nicht alles Begriffe sind, die eigentlich zum stationären Behandlungsbedarf gehören. Im ambulanten Bereich sind jedenfalls die Kapazitäten nicht da, um dieses Wunsch-Dir-Was der Kassen zu befriedigen.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

KVSH

Ausgabenvolumen 2018

Arzneimittel	+ 3,2%
Heilmittel	+ 3,9%
+ regionale Anpassungen	



Sondervolumen Hepatitis C mit 450 Mio €
unverändert

Neues Heilmittel: Ernährungstherapie

Zum Arznei- und Heilmittelvolumen 2018 ist auf Bundesebene abschließend verhandelt worden, insgesamt wird das Volumen im Arzneimittelbereich um 3,2 und im Heilmittelbereich um 3,9% erhöht. Hinzu kommen regional festzulegende Anpassungsfaktoren wie Zahl und Alter der Versicherten und ggf. regionale Besonderheiten, die wir dann zu vereinbaren haben. Das Sonderausgabenvolumen für die Hepatitis-C-Medikamente wurde mit 450 Mio € beibehalten und auch im Wesentlichen die bisherigen Leitsubstanz- und Arzneimittelgruppen für die Vereinbarung von Mindest- und Höchstquoten. Ernährungstherapie ist jetzt ein neues Heilmittel, ansonsten ergibt sich der Steigerungsbedarf in diesem Bereich im Wesentlichen aus den Verhandlungen von Kassen mit Heilmittelerbringern. Die neuen Modellregionen im Heilmittelbereich – wir sprachen im Rahmen der Gesetzesänderungen der letzten Legislatur schon einmal davon – seien im Rahmen dieser Verhandlungen einmal bedacht worden, mehr aber noch nicht. Konsequenzen hat das noch keine, weil noch nirgendwo die Kassen solche Modellregionen etabliert haben. Vielleicht möchten sie diese inzwischen schon gar nicht mehr, aber Gesetz ist Gesetz und lange können sie das wohl nicht mehr hinauszögern.

Neue Präventionsleistung

Einmaliger Ausschluß Bauchortenaneurysma mittels
Sonographie bei Männern > 65 Jahre

01747	Aufklärung zum Screening	57 Pkte
01748	Ultraschallscreening	148 Pkte

Möglich ergänzend zu GU 01732

Kombination mit 33042: Abschlag von 77 Punkten von
der 33042 (verbleiben 80 Pkte) wegen partieller
Leistungsdopplung

Zum 1.1.18 wird eine neue Früherkennungsuntersuchung implementiert. Das ist ein Screening zur Früherkennung von Bauchortenaneurysmen mittels Sonographie bei Männern ab 65 Jahre und umfasst eine Beratungsleistung und die diagnostische Sonographie. Nur einmalig darf so ein Screening vorgenommen werden. Dazu gibt es zwei neue Präventionsziffern, eine Beratungsleistung und die Sonographieleistung. Beraten dürfen Hausärzte, Urologen, Internisten, Chirurgen und Radiologen und sonographieren dürfen alle diese dann, wenn sie im Besitz einer Ultraschallgenehmigung Abdomen sind. Dieses Screening kann mit Gesundheitsuntersuchung gekoppelt werden, als Präventionsleistung ist auch dies extrabudgetär. Man kann es natürlich auch koppeln mit einer aus anderen Gründen vorgenommenen, also kurativen Abdomensonographie, wobei dann allerdings die Punktvergütung einberechnet wird.

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine
Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren:
Erstfassung

Vom 21. September 2017

F 94 508 IV

Anlage XX Anforderungen an
das strukturierte
Behandlungsprogramm für
Pfeisersinnen und Pfeisersen mit
chronischem Rückenschmerz
Behandlung nach dem
aktuellen Stand der
medizinischen Wissenschaft
unter Berücksichtigung von
evidenzbasierten Leitlinien
oder nach der jeweils besten,
verfügbaren Evidenz sowie
unter Berücksichtigung des
jeweiligen Versorgungsektors
(§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB
V)

Osteoporose
Rheumatoide Arthritis
Depression

Beschlussentwurf



des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die ~~X~~ Änderung der DMP-Anforderungen-
Richtlinie (DMP-A-RL):
Änderung der Anlagen 2 und 5, Ergänzung der
Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz) und Anlage 14
(Herzinsuffizienz Dokumentation)

Der GBA hat eine Richtlinie zu den Grundsätzen eines Zweitmeinungsverfahrens herausgegeben, eine Verpflichtung, die sich aus dem Versorgungsstärkungsgesetz ergeben hat. Sie werden erinnern, dass lange bereits darüber gesprochen wurde. Am Anfang hatte man eher die häufigen operativen Eingriffe wie Gelenke oder Spinalkanalstenosen im Blick, geworden ist es nun zunächst die Tonsillektomie und die Hysterektomie. Es gibt nun also Vorgaben, wer unter welchen Voraussetzungen Zweitmeiniger sein darf und es gibt die Vorgabe, dass auch Klinik- oder Privatärzte, sofern sie Zweitmeiniger sein wollen, einem Genehmigungsverfahren der KV unterliegen. Innerhalb der nächsten 6 Monate muss der Bewertungsausschuss nun die Finanzierung beschließen. Wir werden also noch wieder darauf zurückkommen, wenn die Sache in die Umsetzung gehen kann.

Die Reihe der DMPs wird 2018 ergänzt werden, das erste Mal seit 2005. Es wird kommen zunächst ein neues DMP Herzinsuffizienz, dazu ist man bereits in der Beschlussentwurfsphase. Das frühere Modul dazu, dass an

das DMP KHK angegliedert und auch nicht überall vereinbart war, z.B. bei uns, wird nun herausgelöst und als selbständiges DMP in Zukunft geführt werden. Liegen bei einem Patienten beide Erkrankungen vor, Herzinsuffizienz kann ja auch Folge einer KHK sein, soll man entscheiden, von welchem DMP der Patient am meisten profitieren würde. Ca. auf halbem Wege ist das DMP Rückenschmerz und erst im Vorverfahren sind die DMPs Osteoporose, Rheumatoide Arthritis und Depression. Insgesamt tut sich also eine Menge, grundsätzlich ist dies eine weitere Verstärkung hin zu einer strukturierten Diagnostik und Therapie. Das mag man gut oder nicht gut finden, die ärztliche Freiheit einschränkend oder nicht einschränkend finden, aber die bisherigen etablierten DMPs haben unzweifelhaft Nutzen gezeigt.

Verträge

- Beitritt der KKH zum DAK-Vertrag Spätkomplikationen des Diabetes
- Rahmenvertrag mit BARMER zur qualitätsgesicherten Verordnung von Biologica und Biosimilars
 - Einsatz bei Morbus Crohn und Colitis
- Rheumatoide Arthritis – in Vorbereitung
- „EVI“ – Elektronische Visite

Zu seitens der KV abgeschlossenen Verträge eine kleine Meldung und eine interessante. Die kleine ist, dem DAK-Vertrag Diagnostik der Spätkomplikationen des Diabetes ist jetzt auch die KKH beigetreten. Das bringt allerdings noch nicht viel mehr Potential. Die interessante: Wir haben im Sommer mit der Barmer einen Rahmenvertrag zur qualitätsgesicherten, evidenzbasierten und wirtschaftlichen Verordnung von Biologica und Biosimilars abgeschlossen und nun setzt sich dies als erstes für die Gastroenterologen um. Es geht um Morbus Crohn und Colitis und den Einsatz dieser Medikamente bei diesen Erkrankungen und eine dazu gehörende extrabudgetäre Strukturpauschale. Wir hoffen, dass mehrere Kassen sukzessive kommen und auch andere Krankheitsbilder, die diese doch auch recht teuren Medikamente benötigen, folgen werden.

Der Vertrag zur rheumatoiden Arthritis ist in Arbeit, noch keineswegs fertig und auf dem Tisch liegt ein Angebot bzgl. Telemedizin-Nutzung insbesondere in Pflegeheimen. Dies zur Info, auf beides komme ich zurück, wenn wir da weiter sind.

Innovationsfonds Projekt Demand

Weiterentwicklung des Patientenmanagements in der ambulanten Notfallversorgung.
Implementierung und Evaluation von Instrumenten zur Steuerung von Notfallpatienten in adäquate ärztliche Versorgungssettings.

Zielpopulation sind Patienten mit akutem Beratungs- und Behandlungsbedürfnis, die verschiedene Erstkontaktstellen (im Krankenhaus und telefonisch) der Notfallversorgung aufsuchen bzw. kontaktieren.

Intervener: wird mit einem standardisierten Instrument zur Ersteinschätzung des **Behandlungsbedarfs** von Patienten mit einem akuten Beratungs- und **Behandlungsbedürfnis**, dass der Inanspruchnahme einer ärztlichen Notfallversorgung vorgeschaltet wird.

Thema Innovationsfonds: Am 20.10. hat der Innovationsausschuss zum Projekt Demand positiv entschieden. Ich hatte Ihnen bereits einmal berichtet, Demand wird die Thematik Patientenmanagement in der Notfallversorgung

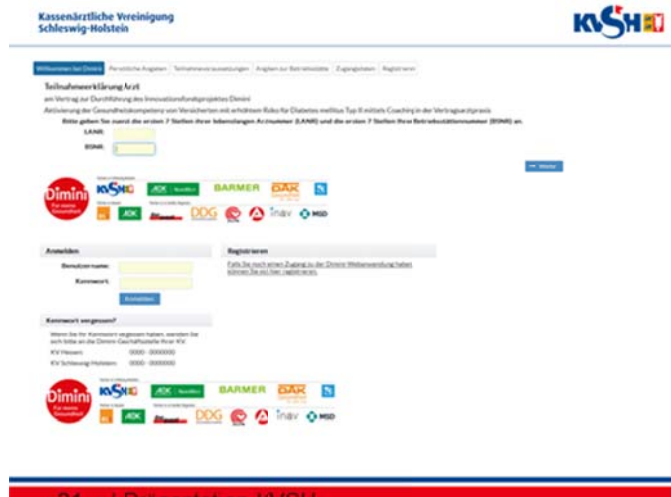
untersuchen. Die KVSH ist natürlich dabei, es ist ein ganz wichtiges Thema. Projektziel ist die effiziente Nutzung der von den KVen und Kliniken bereitgestellten Ressourcen der Notfallversorgung. Unterschiedliche Steuerungsaspekte werden beleuchtet. Es geht um die richtigen Instrumente zur Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs, um Algorithmen, die man in der Ersteinschätzung einsetzen kann. Was ist Behandlungsbedarf und was Behandlungsbedürfnis? Federführend ist das Aqua Institut in Göttingen, mehrere KVen, einige Kliniken, AOK-Kassen, das ZI sind beteiligt. Wer im Notdienst tätig ist, wird von Patienten- und auch Mitarbeiterbefragungen möglicherweise tangiert sein. Aber das dauert noch. Beim Innovationsfonds gibt es immer eine erste Phase, wo alle ihre geltend gemachten Finanzansprüche erst einmal nach unten korrigieren müssen und dann braucht es in der Regel erst eine 6-9-monatige Vorbereitungsphase, in der man die Konzeption abschließend und für drei Jahre plant.



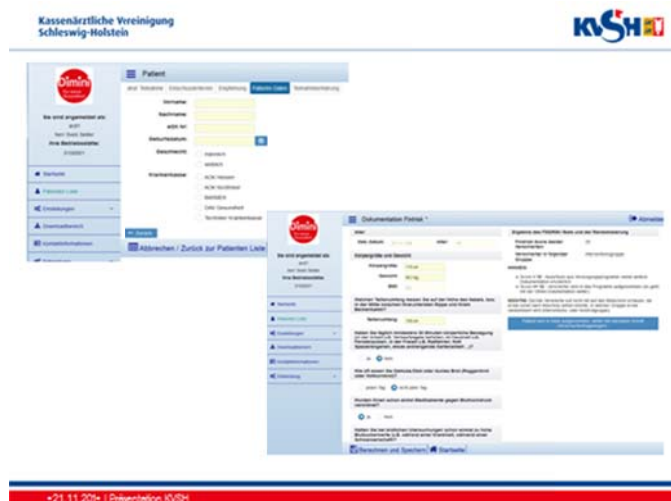
Zu unserem Projekt Dimini- Früherkennung des Diabetes und Ende März genehmigt - sind Ende Oktober alle Hausärzte im Land informiert und zur Teilnahme gebeten worden und die Informationsreihe wird fortgesetzt werden. Ich möchte auch heute und hier dafür werben, denn nur mit breiter Teilnahme ist das Studienziel zu erreichen. Wir brauchen in 2018 in SH und Hessen zusammen 5000 potentiell mit einem Risiko behaftete Menschen, die sich mittels Fragebogen screenen lassen. Das hört sich viel an, auf viele Praxen verteilt ist es überschaubar. Anfang Dezember jetzt werden die Gynäkologen, die Orthopäden und die Kardiologen angeschrieben, weil auch diese ab 1.1. Patienten, die sie für potentielle Risikopatienten halten, den hausärztlichen Praxen zuweisen können. Also ein Überweisungsweg mal umgekehrt, von Facharzt zu Hausarzt, und mit 9 € gut bezahlt, rein formal ein Empfehlungsweg mit Empfehlungsformular, was den Fachärzten zugeht. So sieht das aus.



Dimini ist das erste Projekt, das wir dann als KV fast vollständig digital, nämlich webbasiert, umsetzen werden. So etwas ist natürlich nur mit Safenetanschluss möglich – noch sind wir ja nicht alle in der TI - und deshalb sind auch die Hausärzte in den zertifizierten Netzen, die ja nun nach drei Jahren Netz-RiLi alle Safenetanschlüsse haben, die Hauptzielgruppe. Es beginnt mit einem zertifizierten e-learning auf der KV-Webseite, was übrigens jeder machen kann, zudem schon einmal automatisch ein Kammerzertifikat mit 2 Punkten generiert wird.



Dann folgt eine webbasierte Teilnahmeerklärung und Registrierung der Praxis. Im Hintergrund wird daraus eine Arztliste der teilnehmenden Praxen, die dann von Patienten, aber auch von Fachärzten, von Rehakliniken und Jobcentern, die auch zuweisen können, stets aktuell eingesehen werden kann. Unsere Qualitätssicherung sieht auch die Registrierung und schickt von sich aus – man bemerke, erstmals ohne weiteren Papierantrag - eine Genehmigung heraus. Fondsprojekte haben immer einen Selektivvertrag als Basis, so dass Einschreibung unumgänglich ist.



Die Behandlungserfassung geschieht ebenso webbasiert auf einem Server, der hier in der KV steht und aus diesem werden dann auch die Evaluationsdaten generiert. Im Dimini-Programm können ca. 80% der Leistungen allein von den MFAs erledigt werden. Diese kennen sich ja bereits ganz gut mit KV-Portalen aus, so dass wir da ganz zuversichtlich sind, was die Umsetzung betrifft. Die ersten inhaltlichen Schulungen haben begonnen, alle technischen Abläufe werden noch einmal in einer gesonderten Schulungspräsentation aufgezeigt, die Anfang Dezember herausgeht.

Heute ist mir wichtig, dass Sie in ihre Regionen die Botschaft zur Beteiligung an ihre Kollegen mitnehmen. Vielleicht auch die Botschaft „endlich mal Entbürokratisierung“, denn unsere IT hat es tatsächlich möglich gemacht, den Ablauf in den hausärztlichen Praxen so zu gestalten, dass in 15 Monaten nicht mehr als drei Bögen

Papier übrigbleiben, wovon der eine die Teilnahmeerklärung des Patienten am Anfang und die anderen beiden Evaluationsfragebögen für Patienten am Ende sind, die nur in einen Umschlag zu stecken sind

Und so digital, dazu noch mit Radiologie-Bildern und in Interaktion mit Kliniken, wünschen wir uns das dann nach wie vor auch bei QuaMaDi. Es wird eine zweite Runde mit dem BVA geben, da es den Kassen im ersten Anlauf nicht gelungen ist, das neue modellhafte an e-QuaMaDi deutlich zu machen. Sie haben uns die erste Antwort des BVA zur Kenntnis gegeben, darin wird die grundsätzliche Richtigkeit eines Modellvorhabens in Frage gestellt, weil zwischen 2000 und 2005 QuaMaDi schon einmal ein Modellvorhaben war. Jetzt muss nochmal deutlich gemacht werden, dass der Modellcharakter sich damals auf die Erstetablierung eines radiologischen Zweitmeinungsverfahrens und die auch erstmalige Einbindung von Referenzzentren bezog. Dieses damals Bahnbrechende hat inzwischen jeder vergessen, weil es auch im Mammographiescreening ab 2007 Routine wurde. Jetzt aber ist das Modellhafte nicht der Diagnostikweg, sondern dessen Umsetzung in eine digitale Welt. Ich kann die potentiell Beteiligten erst nur weiter vertrösten.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

KVSH

Telematik-Infrastruktur Stand der Dinge

Konnektor:		Voraussichtlich ab September, zunächst nur für Medietar, Turbomed, Albis, Peyprax, Elefant (CGM-Praxen ab Dezember)
Stat. Kartenleser:		Keine Auslieferung, noch nicht zertifiziert (CGM-Praxen ab Dezember)
Mobile Kartenleser:		Noch nicht zertifiziert, vorhandene können noch weiter genutzt werden
SMCB-Karten:		Keine Auslieferung in Kürze, Trustcenter noch nicht zertifiziert
HBA:		Erst erforderlich nach Konnektor-Update für QES

In Arbeit: Zertifizierung des KVSH-Portals und des SafeMail-Dienstes

Ein Blick auf die TI. Das Dauerthema noch bis mindestens Ende 2018. Dies ist das bekannte Bild bis zur letzten Woche. Jetzt tut sich etwas. Passend zur Medica hat die CGM nun alle Zertifizierungen durch und läßt im Eiltempo Konnektoren produzieren. Zumindest für diese Praxen wird es also bald losgehen. Bleibt noch ein Haken, die SMCB-Karten, die Praxisausweise, die in die Lesegeräte kommen. Die Bundesdruckerei hinkt hinterher. Sie hat sie wohl fertig für die Zahnärzte, aber noch nicht für die Arztpraxen. Aber auch hier wird mit Hochdruck gearbeitet. Wer nicht ein CGM-System hat, darf noch länger warten. Die Telekom schickte neulich rund, dass sie evtl. ab April Konnektoren liefern kann. Offiziell mit Rechtsverordnung des Bundes ist inzwischen die Fristverlängerung bis 31.12.18 unter Dach und Fach, nicht geregelt allerdings die weitere Finanzierung nach dem 1.7.. Es scheint aber eher unwahrscheinlich, dass man vor April/Mai dazu Näheres hört, weil wohl dann erst andere Konnektoren auf dem Markt sind und damit andere Preise bekannt sein werden.

Zum Abschluss heute: Sie haben druckfrisch den neuen Honorarbericht an Ihren Plätzen. Wie seit 2012 sind Sie immer im November die ersten, die ihn erhalten. Ein Dank an Herrn Becker und sein Team, die wieder viel geleistet haben, und an Frau Totzauer für das Layout. Mit dem heutigen Tag wird er dann auch veröffentlicht.

Und damit bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit und stehe für Ihre Fragen zur Verfügung.