



Bericht zur Lage

Dr. med. Monika Schliffke
Vorstandsvorsitzende

Abgeordnetenversammlung der KVSH
am 23.02.2018

Es gilt das gesprochene Wort

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

Agenda

- Koalitionsvertrag in Berlin
- Positionen der Selbstverwaltung für die neue Legislatur
- KV
 - Sachstand TI
 - Abschluss Arznei- und Heilmittelvereinbarungen
 - Innovationsfondsprojekt Dimini
 - Novelle Richtlinie Praxisnetze

Bevor ich mit der hier stehenden Agenda beginne, eine Nachricht vorweg: Wir kommen zum Ende mit der Honorarvereinbarung 2018, die Nachrichten dieser Woche dazu sind ganz gut. Dieses Top Thema hat aber heute Herr Dr. Ennenbach, so dass ich Sie noch ein bißchen auf die Folter spanne. Mein Part ist nun zunächst der außenpolitische und natürlich ist es der Koalitionsvertrag Bund, obwohl er noch unter dem Vorbehalt des SPD-Mitgliedervotums steht. Es ist fast undurchschaubar, ob Pro oder Contra in dieser Partei mehr mit Posten oder mehr mit Inhalten zu tun hat und wie es am Ende ausgeht. Insofern kann ich Ihnen heute nur mit einer gewissen, aber wahrscheinlich doch eher großen Wahrscheinlichkeit die Eckpunkte präsentieren und darstellen, welche Konsequenzen für uns zu erwarten sind. Das Kapitel Gesundheit ist in seinen Big points in der letzten stressigen Nacht der Verhandlungen geschlossen worden. Aus der CDU kommt Murren in dieser Partei allenfalls leise über und wenn, auch eher zu Posten und schon gar nicht zum Thema Gesundheit.

Die KBV hat gestern nach unserem Arbeitskreis erst eine kurze Stellungnahme veröffentlicht, sie wartet den 4. März ab. Aber ich zeige Ihnen, wie sich die KBV, und damit die KVen, unabhängig von einzelnen Inhalten dieses Vertrages strategisch für die nächsten Jahre aufstellen werden und schließe dann diese hier genannten vier KV-Themen an.

Kernsatz im Koalitionsvertrag 2018

**Stärken unseres Gesundheitswesens sind die
Freiberuflichkeit der Heilberufe, freie Arzt- und
Krankenhauswahl die Therapiefreiheit und gut
qualifizierte Gesundheitsberufe**

Im Kapitel Gesundheit eines Koalitionsvertrages suche ich immer zuerst einen Kernsatz, ein Bekenntnis zum Wert von guter patientennaher Gesundheitsversorgung und derjenigen, die es tragen innerhalb eines staatlichen

Gefüges. Diesmal besonders, weil mit den Begriffen Bürgerversicherung und Einheitsgebührenordnung es durchaus so klang, als wolle man die Grundlagen unseres Systems, das immerhin zu den besten der Welt gehört, von den Füßen heben. Man findet diesen: „Stärken unseres Gesundheitswesens sind die Freiberuflichkeit der Heilberufe, die freie Arzt- und Krankenhauswahl, die Therapiefreiheit und gut qualifizierte Gesundheitsberufe.“ Alles gut, mögen Sie sagen, umfassende Aussage, von Herzchirurg bis Heilpraktiker alle drin.

Koalitionsvertrag 2013

Die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten **ist unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung. Sie ist ein Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit und für die freie Arztwahl.**

Vor vier Jahren klang das anders, auch da war es ein CDU-SPD-Konstrukt. Da wurde die ambulante Versorgung noch genannt, die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten noch als unverzichtbares Element bezeichnet, sie seien der Garant für Diagnose- und Therapiefreiheit und für die freie Arztwahl. Sie sehen im Vergleich, hier verschieben sich jetzt Werteperspektiven. Für die kommende Koalition ist der freiberuflich tätige Arzt in der ambulanten Versorgung nicht mehr etwas Betonenswertes, nicht mehr die tragende Säule der Gesundheitsversorgung. Er ist einer unter mehreren. Und das drückt sich auch darin aus, dass der diesjährige Satz sich im Folgekapitel 5 Gesundheitsberufe findet und nicht mehr die Überschrift des Kapitels Gesundheit ist.

4. Gesundheit und Pflege

Kranke, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen müssen auf die Solidarität der Gesellschaft vertrauen können.
Wir werden sicherstellen, dass alle auch zukünftig eine gute, flächendeckende medizinische und pflegerische Versorgung von Beginn bis zum Ende ihres Lebens erhalten, unabhängig von ihrem Einkommen und Wohnort.

Die Überschrift ist vielmehr folgende: Da steht jetzt: Wir werden sicherstellen, dass alle auch zukünftig eine gute, flächendeckende medizinische und pflegerische Versorgung von Beginn bis zum Ende ihres Lebens erhalten, Der folgende Tenor des Vertrages ist nicht so, dass man die Worte „wir werden sicherstellen“ als Floskel abtun kann. Es wird hier schon deutlich, dass der Sicherstellungsauftrag in Zukunft geteilt wird in mehreren Bereichen.

Gesundheit und Pflege im Koalitionsvertrag

1. Pflege
2. Sektorübergreifende Versorgung
3. Ambulante Versorgung
4. Krankenhaus
5. Gesundheitsberufe
6. Prävention
7. E-Health / Gesundheitswirtschaft
8. Globale Gesundheit
9. Finanzierung


Dies sind alle Einzelpunkte des Gesundheitskapitels, so wie sie sortiert sind. Ich fasse die Punkte 1 und 4-9 in ihren Kernaussagen zusammen und dann schauen wir 2 und 3 gesondert an. Die Pflege nimmt einen breiten Raum ein. Es soll ein Sofortprogramm mit 8000 neuen Fachkräften geben. Die hat man nicht – und schon gar nicht sofort - aber man betont die Absicht und stellt Geld in Aussicht. Klarer drückt man sich aus mit den Begriffen Personalbemessungsgrundlagen, Ausbildungsoffensive, Weiterqualifizierung, Tarifverträge, Wegegelder. Alles Dinge, die sicher wichtig und richtig sind, und wenn man an den Fleiß des BMG in der letzten Legislatur denkt, wird eines nach dem anderen umgesetzt werden. Eine Neuerung für uns findet sich in diesem Pflegekapitel: Die KVen sollen verpflichtet werden, mit Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge abzuschließen. Mehr als dieser eine Satz ist es nicht, aber es hört sich so an, das bezöge sich das auf die jetzt möglichen Verträge nach 119b zwischen Ärzten und Heimen, die bislang privatrechtlich geschlossen werden. Warten wir ab, in welche Form man das neu gießen will. Auf jeden Fall wird wohl etwas Ordnungspolitisches dabei herauskommen.

Für den Kliniksektor gibt es eine Fortsetzung des Investitionsfonds des Bundes, Geld für die dringend nötige Digitalisierung schließt man hier ein. Zentrumsbildung und Qualitätsoffensive, auch Pflegepersonaluntergrenzen, sind weitere Begriffe. Es wird als zusätzliche Aufgabe der stationären Grundversorgung bezeichnet, mit örtlichen Pflegeanbietern sog. niedrighschwellige Versorgungsangebote z.B. in der Nachsorge vorzuhalten, was immer das bedeuten mag. Wesentlich für die Kliniken ist eine beabsichtigte Entkopplung von Fallpauschalen und Pflegepersonalkosten. Man bereinigt die Pflegekosten aus den jetzigen DRGs, um dann beides zukünftig getrennt entwickeln zu können. Hätten wir auch gern für Praxispersonal, kann man da sagen, mit automatischer Übernahme der Tarifsteigerungen, genauso wie unsere ambulanten Operateure sicher gern am Hygienesonderprogramm beteiligt wären, wozu es Mittel weiter nur für die Kliniken gibt.

Der Masterplan Medizinstudium 2020 soll zügig umgesetzt werden mit mehr Studienplätzen, der Neuregelung des Studienzugangs, einer weiteren Stärkung der Allgemeinmedizin und einer Landarztquote, was man aber alles nicht näher definiert. Genauso zügig soll die Psychotherapeutenausbildung novelliert werden. Für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe gibt es die Abschaffung des Schulgeldes, die Hebammenausbildung wird akademisiert entsprechend EU-Vorgaben, das Spektrum der heilpraktischen Behandlung soll im Sinne der Patientensicherheit überprüft werden und dann – jetzt bitte Achtung! „Für die zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens ist die Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe neu zu justieren“. Erinnern Sie sich zu diesem Satz bitte an den Grundtenor des Kapitels: Ärzte sind ein Gesundheitsberuf wie jeder andere. Hinter diesem Satz steht Substitution und Verlagerung ärztlicher Kompetenzen. Die Begriffe werden nicht genannt, aber gehen Sie davon aus, genau das meint man.

Im eHealth Bereich denkt man an ein nationales Gesundheitsportal, über das sich Patienten verlässlich und schnell zu Erkrankungen und zu den Strukturen unseres Gesundheitssystems informieren können. Die TI soll weiter ausgebaut werden und alle Gesundheitsberufe einschließen, eine elektronische Patientenakte eingeführt

werden. Das wissen wir schon aus e-Health 1. Bei der Prävention geht es um bessere Impfquoten, eine nationale Strategie gegen Übergewicht bei Kindern und Maßnahmen der Suchtprävention. Der Punkt Finanzierung befasst sich mit Beitragsparität, den staatlichen Beiträgen für Hartz-4-Empfänger, einer Halbierung der Bemessungsgrundlage für kleine Selbständige und dem Morbi-RSA. Es gibt in diesem Koalitionsvertrag kein Wort zu Budgets in der ambulanten Versorgung, geschweige denn das Wort Entbudgetierung.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein 


Sektorübergreifende Versorgung

Wir werden eine **Bund-Länder-Arbeitsgruppe** einrichten, die Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf

- Bedarfsplanung
- Zulassung
- Honorierung
- Kodierung
- Dokumentation
- Kooperation der Gesundheitsberufe und
- Qualitätssicherung

unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur bis 2020 vorlegt.

Unter dem Titel sektorübergreifende Versorgung geht es nun ins Eingemachte. Es erscheint eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfractionen des Bundestages, die Vorschläge machen soll zu allen hier genannten Punkten - Bedarfsplanung, Zulassung, Honorar, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung. Alle diese Punkte waren bislang in der Hand der Selbstverwaltung, nun will und wird der Staat kräftig mitmischen. Es wird beim GBA anfangen und sich bis in unsere Zulassungsausschüsse fortsetzen. Hier ist eine deutliche Hamburger Senatorinnen-Handschrift zu lesen, die seit Jahren genau dieses Ziel verfolgt.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein 

Notfallversorgung

Zur Verbesserung der Notfallversorgung wird eine gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankenhausgesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung geschaffen. Dazu sind Notfallleitstellen und integrierte Notfallzentren aufzubauen.

Notfallversorgung. Erinnern Sie sich an das Sachverständigenratsgutachten, dass ich hier ausführlich vorgestellt hatte. Zwei Inhalte werden aufgenommen, das sind die Begriffe Notfallleitstellen und integrierte Notfallzentren. Aber es gibt eine wesentliche Änderung: die Verantwortungsübernahme der INZs ist nun nicht mehr für die KV vorgesehen. Jetzt geht es um gemeinsame Sicherstellung und gemeinsame Finanzierungsverantwortung von LKG und KV. Dass dies in eine solche Richtung dreht, war zu erwarten gewesen angesichts des Widerstandes der DKG gegen das Gutachten in diesem Punkt. Wie man dieses Gemeinsame dann allerdings gestalten will, bleibt offen. Allein die Frage nach einem Rechtskonstrukt ist da schon interessant. Zusammen tun sollen sich eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und ein Verein, der auf freiwilliger Mitgliedschaft beruht und wo man ein- und austreten kann. Das klingt für so einen gewichtigen Brocken wie Notfallversorgung schon irgendwie abstrus.

Auf jeden Fall kann man schon einmal davon ausgehen, dass hier ein weiterer Regelungs- und Finanzsektor entsteht. Der Sicherstellungsauftrag wird auch hier geteilt.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

**Sofortprogramm
für die Ambulante Versorgung**

TSS-vermittelte Termine
2017
0,058%

- TSS 8-18 Uhr. Neu: Auch Haus- und Kinderärzte sind zu vermitteln
- Erhöhung des Mindestsprechstundenangebotes von 20 auf 25 Std/Woche.
- Regionale Zuschläge für Praxen in strukturschwachen Regionen
- Bessere Vergütung für Hausärzte und die „sprechende Medizin“, für Koordinierungsleitungen incl. Terminvermittlung an Fachärzte.

Der Komplex ambulante Versorgung hat in der ersten Zeile auch das Wort Sofortprogramm, wie in der Pflege. Sofortprogramm, zügige Umsetzung – diese Formulierungen tauchen mehrfach auf, als müsse man betonen, es sei ja alles so furchtbar schlimm im Gesundheitswesen und nun müsse man endlich mal was tun. Wie schlimm es ist, sehen oben in dem Kästchen. Die Zahl 0,058% errechnet sich aus 10.500 TSS-Vermittlungen und 18 Mio Überweisungen in 2017 in SH. Da bedarf es nun sicher dringend eines Sofortprogramms und das heißt: 1. Die Terminservicestellen haben von 8-18 Uhr erreichbar zu sein und sollen neben Fachärzten und Psychotherapeuten auch Haus- und Kinderarzttermine vermitteln. 2. Das Mindestsprechstundenangebot für GKV-Patienten soll statt 20 nun 25 Std pro Woche umfassen. Begründung für diese beiden Sätze ist: „Die Leistungen und der Zugang zur Versorgung für gesetzlich Versicherte sollen verbessert werden.“ Ich frage mal zurück: Wo bitte ist das Land auf dieser Welt, das einen freieren Zugang zu allen Gesundheitsleistungen und ein uneingeschränktes Leistungsversprechen für die gesamte Bevölkerung hat?

Dann sehen Sie hier auf der Folie: regionale Zuschläge für Praxen in strukturschwachen Regionen, Hausarztförderung, Förderung der Sprechenden Medizin. Was Sie vergeblich suchen werden, ist eine Antwort auf die Frage: wer soll das bezahlen?

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein


Ambulante Versorgung

- Die Bedarfsplanung soll kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler gestaltet werden.
- In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten **entfallen Zulassungssperren** für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten. Die Bestimmung dieser Gebiete obliegt den Ländern.
- Die **Länder** erhalten ein **Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen** der KV.
- Einsetzen einer wissenschaftlichen Kommission mit dem Ziel der Schaffung einer **einheitlichen Gebührenordnung** bis Ende 2019.

Noch einmal zurück zur Bedarfsplanung. Kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler soll sie werden, was immer man darunter versteht. Die Bund-Länder-AGs werden es festlegen, der GBA die Vorgaben umsetzen, die Länder werden ihre Vertreter in unsere Zulassungsausschüsse entsenden. Mitberatungs- und Antragsrecht, für die ambulante Versorgung ist es bereits klar ausgedrückt. Punkt zwei hier dürfen Sie zweimal lesen. Abschaffung der Zulassungssperren für Ärztinnen und Ärzte für die ländlichen Räume. Niederlassungsfreiheit, super, genau

richtig. Aber werden wir dafür die Ärzte haben? Ist freie Standortwahl auf dem Land Anreiz genug, unter Budgetbedingungen, bei mangelnder Infrastruktur? Hat das zur Folge, dass man in den Städten die 140er Bremse noch mehr anziehen wird? Sind Psychotherapeuten auch gemeint? Und wieder die Frage: wer bezahlt das? So toll, wie das klingt, es ist nicht zu Ende gedacht.

Der letzte Big Point hier ist auch der letzte des Kapitels. Weil man nicht mehr weiterweiß, gründet man einen Arbeitskreis. Thema Einheitsgebührenordnung. Nicht vom Tisch, am letzten Tag ins Papier gekommen. Eine wissenschaftliche Kommission soll es richten und bis Ende 2019 eine Vorlage erarbeiten. Der Text lautet: „Wir wollen ein modernes Vergütungssystem schaffen, das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet.“ LKuK, den medizinischen Bedarf der Bevölkerung zu definieren, hat noch nie jemand geschafft. Zahlen der Inanspruchnahme spiegeln ein Bedürfnis, was nicht unbedingt dasselbe ist wie Bedarf. Den Stand des medizinischen Fortschritts: den haben wir nun nach mehr als 10 Jahren Ausarbeitung durch die Fachgesellschaften in der GÖÄ, so wie es einem freien Beruf zukommt. Der diesjährige Ärztetag im Mai wäre der richtige Zeitpunkt, diese GOÄ der Politik vorzulegen, um damit der Kommission eine Grundlage zur Verfügung zu stellen, auf der sie überhaupt diskutieren kann. Aber bitte machen Sie sich zu einer GOÄ als Bemessungsgrundlage nicht zu viel Hoffnung. Die Politik scheint bereits zu ahnen, dass aus dieser Kommission nicht viel oder nicht das ihr passende herauskommen wird. Sie hat sich in einem weiteren Satz vorbehalten, ob sie Vorschläge auch annehmen will oder nicht.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein 

Zusammenfassung Koalitionspapier

- > Es gibt (noch) keine Bürgerversicherung
- > Eine Einheitsgebührenordnung ist beabsichtigt
- > Eine Zwei-Klassen-Medizin wird unterstellt
- > Der Staat greift weiter und tiefer in das Gesundheitssystem ein
- > Der Sicherstellungsauftrag wird relativiert
- > Die Eingriffe von Bund und Ländern bedeuten eine weitere Schwächung der Selbstverwaltung

LKuK, ein Fazit. Ein Fazit als KV-Vorsitzende und als Ärztin. Frustration ist nicht zu verbergen, auch nicht ein gewisser Zynismus ob dieser an vielen Stellen geringen Professionalität des Gesundheitskapitels. Die Koalition verkauft Tafelsilber zugunsten eines Populismus, hinter dem keine tatsächlich versorgungsrelevante Realität steckt. Unprofessionell und realitätsfern die TSS-Regelungen. Genauso diese dilettantische 25 Std Vorgabe. Nichts wird sich dadurch verändern. Diese Dinge sind ausschließlich ein Mißtrauensvotum gegen die gesamte niedergelassene Ärzte- und Psychotherapeutenchaft. Dasselbe Mißtrauen richtet sich gegen alle Selbstverwaltungen, man denke an GBA und Zulassungsausschüsse, aber ganz speziell richtet es sich gegen die KVen. Wir hatten gehofft, dass das, was wir seit Jahren in den Regionen tun in Bezug auf die ländliche Versorgung, in Bezug auf Nachwuchsförderung, in Bezug auf intersektorale Versorgung, registriert und anerkannt wird. Dem ist offenbar nicht so. Im Gegenteil: Die Sicherstellung wird zerpfückt, die politisch motivierten Eingriffe in die Bedarfsplanung, das staatliche Überall-Mitreden in allen zentralen Punkten bis zum Honorar. Bund-Länder-Arbeitsgruppen bedeutet: Wir wollen bestimmen, aber Verantwortung wollen wir nicht. Man wird den KVen den HVM lassen, weil es so bequem ist, und auf ihre ordnungspolitischen Umsetzungen ein Auge haben. Auf diese Weise ist man dann selbst der Retter der Enterbten.

Kein Wort, wie man den zunehmenden Behandlungsbedarf durch die Demographie angehen will. Kein Wort, wie man das Thema Steuerung in den richtigen Versorgungssektor behandeln will. Kein Wort zur Finanzierung

zwischen dem ganzen Füllhorn angestrebter Wohltaten, weder in Bezug auf Budgets, noch zu Bedarfsplanungsänderungen, noch wie bei den Kliniken zu Investitionsstau. Kein Wort zu einer nachhaltigen Perspektive für junge Ärzte und auch nichts zum Thema Patientenmitverantwortung. Die Bürgerversicherung ist vom Tisch. Aber wahrscheinlich hat sie nur die verfassungsrechtlich bedenkliche Seite davon abgehalten. Die Einheitsgebührenordnung soll es stattdessen richten.

LkuK, so deutlich hat noch kein Koalitionsvertrag ins Mark der Freiberuflichkeit getroffen, in den Kern des beruflichen Selbstverständnisses und in den Wert von Selbstverwaltung. Anerkennung, Wertschätzung, eine gradlinige, einem freien Beruf entsprechende Finanzierungsbasis und jegliche Zukunftsperspektiven fehlen, Gestaltungshoheit bröckelt ab. Die Folgen werden nachhaltig sein, in England kann man sich das gerade anschauen. Wir haben allen Kollegen im Land den Eindruck dieses Vorstands von diesem Vertrag direkt nach Erscheinen mitgeteilt und haben sehr intensive gleichempfindende Rückläufe erhalten. Ihnen liegt heute eine von uns vorbereitete Resolution vor, über die Sie nachdenken und diskutieren, ggf. auch entscheiden mögen.

Die Herausforderungen

- Die Fehlallokation einer zunehmenden Patientenzahl im Gesundheitssystem
- Der demographische Wandel und die daraus resultierende Morbiditätsentwicklung
- Der personelle Ressourcenmangel in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung
- Der Trend zur Urbanisierung und der Abbau der Infrastruktur in den ländlichen Räumen
- Die Digitalisierung des Arbeits- und Privatlebens

Stichwort Selbstverwaltung. Reagieren oder agieren? Sicher eher Letzteres. Wir haben keinen Grund, uns zu verstecken. Als KV werden wir auch unter veränderten Bedingungen mit allen Partnern die Kooperation suchen. Je schwieriger es wird, desto mehr kommt es auf regional pragmatische und inhaltlich abgestimmte Lösungen an. In SH ist man nicht ideologisch unterwegs. Es wird eine Reihe Optionen geben, woran sich das beweisen wird, ob Notfallversorgung oder Zulassungsausschuss. Die Herausforderungen sind für alle gleich und es sind diese. Diese, die nicht im Koalitionspapier stehen. Wenn wir Selbstverwaltung systemisch für wichtig erachten, wenn wir wissen, dass wir es besser können als jedes staatliche System, dann müssen und werden wir Antworten finden, strategische Entwürfe liefern und die daraus folgenden Forderungen erheben, die zur Umsetzung nötig sind.

KBV Positionen für die neue Legislatur

- 116 117 zur Steuerungszentrale ausbauen
- Inzentivierung der Erreichbarkeiten
- Entbudgetierung der Grundleistungen
- Ressourcenhebung aus dem stat Bereich
- Facharztstatus – Facharztstandard
- Standards setzen zur e-Fallakte

Wir brauchen andere Formen von Patientensteuerung und das nicht nur aus versorgungstechnischen und gesamtwirtschaftlichen Gründen, sondern zum Schutz der Ressource Arzt. Die traditionellen Formen sind nach wie vor gut, werden aber nicht mehr für alle ausreichend sein, ganz unabhängig von TSS. Das Patientenverhalten wird sich weiter verändern, weil die Politik unverändert freien Zugang zum Nulltarif überall verspricht. Damit kommen zu viele Fälle im nicht adäquaten Versorgungsbereich an, was für alle Seiten schlicht ineffizient und teuer ist. Auch das Arztverhalten verändert sich. Work-Life-Balance ist kein Schlagwort nur für junge Ärzte. Wir sehen es an Notdienst- und gewissen Erreichbarkeitsproblemen. Die 116 117 wird zu einer effizienten Beratungs- und Steuerungszentrale ausgebaut werden müssen und sie ist so ausbauen, wie das medizinisch angemessen ist. Das entlastet unsere Praxen. Dazu gehören dann auch die in Entwicklung befindlichen Triage-Systeme, die Patienten-App für das schnelle Finden des richtigen Zugangs zur Akutbehandlung, die gesetzliche Option, die Steuerung auch tagsüber ausführen zu dürfen und der Entfall des Fernbehandlungsverbotes. Zu Letzterem hat der Vorstand unserer Kammer letzte Woche einen entscheidenden Schritt getan. Es soll eine Vorlage für die entsprechende Änderung der Berufsordnung in der Kammerversammlung am 18.4. geben. Nach allen vorangehenden Diskussionen ist wohl damit zu rechnen, dass die Kammerversammlung einem solchen Antrag zustimmt. Damit würde ein Zeichen gesetzt für den kurz darauffolgenden deutschen Ärztetag. An dieser Stelle meine Hochachtung für diesen mutigen Schritt, der uns an vielen Stellen der Versorgung hilfreich sein wird.

Das relative Wartezeitenproblem ist bedingt durch Budgetierung und mangelnde Ressource. Also sind das die Ansätze, um das Problem zu verbessern. Die Budgetierung muss abgeschafft werden, damit Freiräume und Niederlassungsanreize mit Verlässlichkeit entstehen. Der Begriff Mangelnde Ressource, Ärztemangel, siedelt sich bereits im Bewußtsein von Politik und Bevölkerung ein. Entbudgetierung noch lange nicht. Schon das Wort ist zu komplex. Vielleicht könnten wir erfolgreicher sein, wenn man nun mal den Ball der Politik spielt und statt Budget Zwei-Klassen-Tarif sagt. Der vdek ist neulich mit dem Slogan nach vorn gegangen: Mit der GKV fahren Sie in der ersten Klasse. Also, die Bahn hätte sicher etwas dagegen, wenn jeder erster Klasse zum Zwei-Klassen-Tarif fährt.

Nun, wir werden Entbudgetierung sukzessive erkämpfen müssen und mit den Grundleistungen beginnen. Inzentivierung für Erreichbarkeiten ist ein weiterer Punkt. Wir werden dies heute erstmals diskutieren im Zusammenhang Brückentage. Kombiniert mit Abschaffung von Bedarfsplanung im strukturschwachen Raum, ist verlässliche Entbudgetierung ein grundlegender Ansatz – und das finanziert, nicht umverteilt.

Sie lesen hier noch weitere Punkte, die in eine inhaltliche Diskussion kommen werden in den nächsten Jahren und die man dann aufnehmen muss. Zum letzten ist in der KBV-VV eine erste Grundsatzentscheidung gefallen, die zu Aufbau und Struktur einer elektronischen Fallakte, die das e-Health-Gesetz ab 2019 will. Die VV war einhellig der Meinung, dass die Ärzteschaft sich zur inhaltlichen Struktur nichts von außen aufdrücken lassen sollte. Keiner will eine gematik dazwischen, wir wollen auch keine Krankenkassenprodukte beliefen und keine Industrieprodukte fertig kaufen, weil sich alles am Ende wie heute dann doch nicht vertragen wird. Ärzte brauchen eine verlässliche, in sich geschlossene Behandlungsakte für sich selbst und den kollegialen Austausch. Daher sollte sich die Ärzteschaft auch das Recht nehmen, dazu die Grundlage zu erstellen. Das schließt nicht aus, dass man daraus wie heute mit einer Kopie dem Patienten etwas in sein Fach bei der Kasse schickt. Aber es darf nicht sein, dass jedermann selbst beliebig mit Daten in einer Fallakte umgehen kann. Über Einsichtsrechte muss man nicht reden, das ist sogar im Patientenrechtegesetz geregelt. Über Änderungsrechte und Selektion kann man nicht reden. Alle Ärzte würden dann wieder bei Papierkarteikarten oder sonstigen geschlossenen Lösungen landen, weil sie der Fallakte schlicht nicht trauen würden. Die KBV ist jetzt beauftragt, eine arztbezogene Lösung als allgemeine und gleiche Strukturbasis zu entwickeln. Vorlagen gibt es genug, man braucht nur nach Österreich oder Dänemark zu schauen. Ich hoffe, das ist vom Grundsatz her in ihrem Sinne und läßt jedem die Option zu entscheiden, wie und was man eines Tages nutzen will.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

KVSH

Telematik-Infrastruktur Stand der Dinge 1/18

Konnektor:		Seit Dezember 17, nur CGM-Systeme
Stat. Kartenleser:		Seit Dezember 17, nur Ingenico
Mobile Kartenleser:		Keine Auslieferung, noch nicht zertifiziert
SMC-B Karten:		Seit Dezember 17, nur Bundesdruckerei
HBA:		Erst erforderlich nach Konnektor-Update für QES, Beantragung bei Kammern

Damit sind wir bei den KV Themen. Zum Stand der leidigen TI. Immer noch Tempo 30. Wir haben bis zu dieser Woche 166 fertige Installationen und bislang 641 SMCB-Karten-Bestätigungen vorgenommen, d.h. diese Menge ist demnächst dran, ausschließlich Kunden der CGM. Es werden ca. im April weitere Firmen mit Konnektoren und Lesegeräten an den Markt kommen. Einige Softwarehäuser schicken jetzt Bundle-Angebote dazu heraus und wenn man sich diese jetzt anschaut, unterscheiden sie sich nicht wesentlich von den bisherigen der CGM. Also, es ist ein Traum der Berliner Finanzverhandler, die Preise würden sinken. Warum auch sollte ein Vertrieb unter dem Preis der Konkurrenz bleiben, wenn man eine garantierte Abnahmemenge hat? Die Finanzierungsvereinbarung wird spätestens im 3.Quartal nicht mehr stimmen. Herr Kriedel ist gestern aufgefordert worden, umgehend in Nachverhandlungen zu gehen, um die Garantie der Vollerstattung aufrecht zu erhalten, damit die Praxen überhaupt installieren lassen. Das Ganze wird wohl wieder im Schiedsamt landen, also ist Zeitdruck dahinter. Für alle Nicht-CGM-Kunden gilt nun dasselbe, wie im letzten Jahr für alle. Lassen Sie sich vormerken, aber unterschreiben Sie keinen Vertrag, der Ihnen nicht eine Installation im 2. Quartal garantiert. Was für das 2. Quartal nicht gesichert ist, ist bislang nicht finanziert.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

KVSH

Arznei- und Heilmittelrichtlinie

Steigerung der Volumina

- Arzneimittel 3,625 %
- Heilmittel 3,85%

weiterhin:

- MRG-Prüfung Arznei- und Heilmittel
- Arztindividuelle Arzneimittelziele
- Regresslose Fachgruppenziele bei Heilmitteln

Änderungen in der Zielvereinbarung:

- Monopräparate bei Blutdrucksenkern kein Zielmehr, dafür Preisobergrenzen bei Kombinationspräparaten
- Streichung der Zielfelder Prostaglandine und Tiotropium und des Infziels „Anteil günstiger NOAK“
- Biosimilarziele für Adalimumab und Rituximab (auch für Rezepturen)

In der letzten AV hatte ich Ihnen bereits den bevorstehenden Abschluss der Arznei- und Heilmittelvereinbarungen, angekündigt, nun sind die Verträge unterschrieben. Sie sehen hier nochmal die Steigerungsraten um die 3,5%. Wir werden zu den Vorgaben immer arztindividueller, ausschließlich der Fachgruppenvergleich soll zugelassen sein, weil auch nur da Vergleichbarkeiten gegeben sein können. Bei den Zielvereinbarungen geschehen kontinuierliche Anpassungen, in diesem Jahr z.B. raus mit den Monopräparaten bei Blutdrucksenkern, mehr Augenmerk auf Kombinationspräparate legen.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

KVSH

Änderungen bei der MRG-Prüfung Heilmittel

Der in 2017 mitgeteilte Garantiewert für alle Heilmittelverordnungen eines Jahres wurde aus prüftechnischen Gründen in zwei Beträge aufgeteilt

2017: 100.000 € für alle HM-Verordnungen
2018: 20.000 € für Praxisbesonderheiten (bundesweiter Katalog)
80.000 € für den restlichen Heilmittelbedarf

In der Zielvereinbarung Heilmittel sind diejenigen Heilmittel pro Fachgruppe aufgeführt, in denen in SH mehr verordnet wird als in anderen Bundesländern.

Bei Heilmitteln gibt es noch eine grundsätzliche Änderung. Wir passen uns dem Bund an, indem aus dem Gesamtvolumen der Bereich Praxisbesonderheiten separat beziffert wird. Das hat aber für uns keine weiteren Auswirkungen. Ansonsten wissen Sie, wir liegen hier eher hoch. Die Zielvereinbarungen, die Sie erreichen, werden auch jeweils fachgruppenbezogen errechnet. In den nächsten Wochen werden uns zum MRG-System, das 2017 begonnen wurde, die ersten Zahlen vorliegen, d.h. wir nehmen uns vor, dass in der AV im Juni Ihnen Herr Emcke einen ersten prä-post-Vergleich darstellen kann.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

KVSH

Gesundheit ist mir wichtig!
Ich mache mit!

Sprechen Sie gleich mit Ihrem Arzt und machen Sie den Diabetes-Risikotest!

Dimini
Für meine Gesundheit

Unser Innovationsfondsprojekt zur Diabetes-Risikoerkennung, gemeinsam mit dem KV-Bereich Hessen, ist zum Jahresbeginn in die Arzt- und Patientenphase eingetreten. Schulungen für MFAs, teilweise auch Ärzte, sind in SH und auch in Hessen gelaufen, die letzten Holperwellen im eLearning für Ärzte sind aus dem Weg geräumt, die Registrierungen und Patienteneinschreibungen in Gang gekommen. Wir haben die Prozesse zwischen den Qualitätssicherungen hier und in Hessen komplettiert und die nicht eben unkomplizierten Finanzwege sind in der Reihe zwischen uns, den Konsortialpartnern und der Trägerorganisation, der DLR. Die ersten 6-Wochen-Daten sind erwartungsgemäß noch nicht hoch. 99 Praxen und 85 Patienten sind bislang eingeschrieben, ca. 2/3 in SH und 1/3 in Hessen. Wir stellen nun fest, dass das Programm noch nicht als Screening-Programm in die Köpfe der Beteiligten gedrungen ist. Es gibt einen zu deutlichen Überhang an tatsächlich kontroll- oder interventionsbedürftigen Teilnehmern, die eigentlich nur 1/4 ausmachen sollten. Daran werden wir arbeiten, z.B. in Form eines regelmäßigen Newsletters. Es ist meine größte Sorge, dass dieses Projekt trotz des immensen Aufwands, der mit solchen Studien verbunden ist, seine Teilnehmezahlen nicht erreicht und damit nicht auswertbar wird.

Novelle der Richtlinie Praxisnetze

- Beantragt werden kann Basisstufe, Stufe I oder II
- Entfall der Safenequote
 - TI wird obligatorisch
- Aufbau der Mitgliederliste
 - BSNR, Namen, Fachgruppe ...
- Jährliche Versorgungsberichte für alle Anerkennungsstufen
- Spezifizierung bestimmter Nachweise in Anlage 1

Und damit sind wir beim Thema Praxisnetze, dem letzten für den heutigen BzL. Seit der AV im September letzten Jahres haben wir Sie kontinuierlich zu einer Novelle der Praxisnetz-Richtlinie informiert incl. einer notwendigen Änderung der Netzförderung. Wir kommen jetzt langsam zum Ende unserer selbst auferlegten Denk- und Arbeitspause und ich kann Ihnen heute Textänderungen zur Richtlinie und ihrer Anlagen vorstellen. In den nächsten 2-3 Monaten soll dann die Statutsänderung formuliert werden, so dass wir Sie in der AV im Juni um Ihre abschließende Zustimmung bitten werden, um alles zusammen zum 1.7. in Kraft setzen zu können.

Wir haben sehr viel gelernt in den letzten fünf Jahren, wir als KV und ebenso die Netze. Lerneffekte gehen bekanntlich auf allen Seiten mit positiven und negativen Erfahrungen einher, und so war es auch. Diskutiert wird sicher auch weiter werden, aber momentan können wir auch mal innehalten und uns vergegenwärtigen, dass wir Meilensteine gesetzt haben, dass in fünf Jahren Wesentliches erreicht worden ist. SH hatte schon eine lange Netztradition und nicht zuletzt diese hat 2013 die KV dazu gebracht, mit viel Vertrauen, aber auch auf gut Glück und sogar mit viel Geld, sich auf dieses Thema einzulassen. Wenn Sie sich jetzt 2018 in Deutschland umsehen, gibt es überhaupt nur in 11 von 17 KV-Bereichen anerkannte Netze. Neulich hatte ich aus KBV-Daten einmal ausgerechnet, wie das Verhältnis von Netzärzten zu Nicht-Netzärzten in den Ländern ist. SH führt diese Liste an, gefolgt von WL, schon mit großem Abstand kommt Bayern als Drittes und alles andere ist zahlenmäßig weit weg. Die Zahlen sagen grundsätzlich nicht viel, aber was sie sagen ist: es gibt in diesem Land sehr viel mehr Kooperationskultur als anderswo. Die zeigt sich auch an vielen anderen Stellen, nur können wir es da so schlecht an Zahlen festmachen. Es lohnt sich, dies zu erhalten, auszubauen und in jede Richtung weiter zu pflegen.

Es geht um den Richtlinientext und um die Anlagen 1 und 3. Anlage 2 ist der Teil, den wir als KV an die KBV zu melden haben und wird durch die Rahmenrichtlinie festgelegt. Im Richtlinientext selbst muss nicht viel geschehen. Wir werden etwas genauer in der Wortwahl die Stufen unterscheiden, entfallen kann vollständig die Safenetquotenvorgabe, denn alle Praxen werden in absehbarer Zeit an der TI sein und damit auch im Safenet. Mit den Mitgliederlisten haben wir nicht immer die besten Erfahrungen gemacht. Genauer wird nun definiert, wie diese auszusehen haben, damit man erkennen kann, wer gehört zu wem in einer BAG, wer ist z.B. haus- wer ist fachärztlicher Internist. Die jährlichen Versorgungsberichte gelten für alle Anerkennungsstufen, auch das war etwas undeutlich ausgedrückt in der alten Form, wie sich gezeigt hat. Der letzte Punkt hier bezieht auf Anlage 1. Hier haben wir noch besser formulierte Konkretisierungen aus WL bekommen, die übrigens in 2017 ihre Richtlinie novelliert haben, indem sie unsere so gut wie wörtlich und bis aufs Schriftbild übernommen haben. Also ein wechselseitiger Austausch findet hier statt, der nun am Ende zu so gut wie gleichen Konditionen in diesen beiden KV-Bereichen führt.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

Veränderungen im Antragsverfahren

- Antragstellung mittels eines einheitlichen Formulars für neue Netze und Netze, deren erster 5-Jahreszeitraum ausgelaufen ist
- Durch die Einheitlichkeit der Antragstellung wird gewährleistet, dass
 - Ein Antrag komplett ist
 - Alle geforderten Items der Richtlinie bearbeitet sind
 - Eine Differenzierung nach Basisstufe, Stufe I und II erfolgen kann
 - Die Beurteilung von Anträgen erleichtert ist und nachvollziehbarer wird
- Der Vorstand entscheidet über Anträge nach Anhörung des Ausschusses Praxisnetze
- Neue Anträge innerhalb einer Anerkennungszeit von fünf Jahren sind nur dann erforderlich, wenn ein Netz eine höhere Anerkennungsstufe erreichen will.

Um solchen Konkretisierungen nachzukommen, um die Bearbeitung durch die Netze und auch um die Beurteilung durch die KV zu erleichtern, wird es ein komplett neues Antragsverfahren als Anlage 3 geben. Ein Formular mit vorgegebenen Überschriften hat den Vorteil, dass man sofort sieht, ob ein Antrag komplett ist in Bezug auf alle geforderten Items. Bei einer Antragstellung kann man sich von vorn nach hinten durcharbeiten, man sieht auch gleich, was gehört zu welcher Stufe. Das bedingt natürlich auch, dass wir KV-seits in der Beurteilung eine Vergleichbarkeit zu jedem Item haben und damit die Nachvollziehbarkeit erreicht wird, die in den letzten Jahren immer wieder bemängelt wurde. Wir haben viel gelernt aus Innovationsfondsanträgen und deren fester Struktur, sogar dass solche Anträge niemals mehr als 20 Seiten haben dürfen. Vielleicht können die Kollegen aus dem Ausschuss Praxisnetze ja gleich noch einmal etwas dazu sagen, wie schwierig große Prosaanträge zu lesen und zu beurteilen sind. Selbst wenn man ein selbstgebasteltes Auswerteschema benutzt, wie ich das immer getan habe, bleiben freie oder total verschachtelte Zuordnungsfelder. Am Ende war es manchmal dann eher ein Gesamtgefühl als eine rein sachliche Vollständigkeits- und Vergleichbarkeitsprüfung und das wollen wir nicht so lassen.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein


Neues Antragsverfahren

1 Synopse	
Träger des Antrags	
Träger des Antrags (Name)	
Träger des Antrags (Adresse)	
Träger des Antrags (Telefon)	
Träger des Antrags (E-Mail)	
Träger des Antrags (Webseite)	
Träger des Antrags (Fakultät)	
Träger des Antrags (Stufe)	
Träger des Antrags (Stufe I)	
Träger des Antrags (Stufe II)	
Träger des Antrags (Stufe III)	
Träger des Antrags (Stufe IV)	
Träger des Antrags (Stufe V)	
Träger des Antrags (Stufe VI)	
Träger des Antrags (Stufe VII)	
Träger des Antrags (Stufe VIII)	
Träger des Antrags (Stufe IX)	
Träger des Antrags (Stufe X)	
Träger des Antrags (Stufe XI)	
Träger des Antrags (Stufe XII)	
Träger des Antrags (Stufe XIII)	
Träger des Antrags (Stufe XIV)	
Träger des Antrags (Stufe XV)	
Träger des Antrags (Stufe XVI)	
Träger des Antrags (Stufe XVII)	
Träger des Antrags (Stufe XVIII)	
Träger des Antrags (Stufe XIX)	
Träger des Antrags (Stufe XX)	

- 4 Inhaltliche Vorgaben: Versorgungsziel
Patientenzentrierung
- 4.1 Patientensicherheit
- 4.1.1 Nachweis Anzahl Medikationschecks mit Darstellung der Prozessdurchführung
- 4.1.2 Festlegung interner Grundsätze zur Arzneimitteltherapie
- 4.1.5 Anwendung des Bundeseinheitlichen Medikationsplanes (fak.)
- 4.1.6 Netzintern abgestimmte Medikationspläne zu bestimmten Versorgungsbereichen (Stufe I)
- 4.1.8 Darstellung des IT-gestützten Zielprozesses zum Medikationsmanagement (Stufe II)

Das sieht dann so aus. Links: hier nicht lesbar klein das Deckblatt mit allen Strukturmerkmalen. Rechts ein Auszug: Die großen Überschriften der Richtlinie, die Kriterien, dann die Einzelpunkte. So ergeben sich in sich geschlossene Themenkomplexe. Geschrieben wird direkt unter die einzelnen Zeilen und das möglichst kurz und pointiert. Die Vorlage hat 9 Seiten, 20 dürfen nur herauskommen, aber nicht alles ist auch beantwortungspflichtig. Sie sehen bei diesem Beispiel, dass gewisse Items schon gekennzeichnet sind mit Stufe I oder II oder auch fakultativ sein können. Letzteres sind Fragen, die über die Vorgaben der Richtlinie hinausgehen, die aber in der Beurteilung interessant sind, hier z.B. die Frage: wird der BMP genutzt und wenn ja, in welcher Menge. Solche Fragen nur hier zu verorten und nicht der Richtlinie zuzusetzen, wozu wir ja die Freiheit hätten, hat den Vorteil, dass wir nicht die RiLi ändern müssen, wenn z.B. Themen wie BMP irgendwann nicht mehr interessant sind, weil sie längst zum Alltag gehören. Einen Antrag kann man unkompliziert aktualisieren. Den Dachverband der Netze

hatte ich dazu inzwischen um eine Stellungnahme gebeten. Er hat Zustimmung signalisiert. Ein Punkt wurde angemerkt: Im Ablehnungsfalle solle ein Bescheid mit Begründung ergehen und Nacharbeitung eröffnen. Das wollen wir nicht. Ein körperschaftlicher Bescheid hat eine Rechtsqualität, die wir im Zusammenhang mit Praxisnetzen noch nie gewollt haben. Im Gegenteil: Im Statut ist sogar bestimmt, dass ein Rechtsanspruch nicht besteht. Wir brauchen eine Bescheidform aber auch gar nicht. Durch die Übersichtlichkeit und vorgegebene Vollständigkeit dieses Antragsverfahrens ist jetzt ausdrücklich gewährleistet, dass ein unvollständiger Antrag die KV gar nicht erst erreicht. Und wenn doch, würde er nicht bearbeitet, sondern zurückgesandt.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

Veränderungen in der Netzförderung
Vorstandsvorschlag zur Statutsänderung 6/18

- Für alle anerkannten Netze läuft die bisherige Förderungshöhe zum 30.06.18 aus
- Zukünftig erhalten anerkannte Netze jährlich eine Grundförderung in Höhe von 20.000 € sowie zusätzlich 20.000 €, wenn das interne Verhältnis von Haus- zu Fachärzten mindestens 2:1 oder 1:2 beträgt.
- Diese Förderungshöhe gilt ab dem 01.07.18 für bereits anerkannte und für neue Netze und ist stufenunabhängig.
- Eine darüber hinausgehende Förderung ist nur möglich als Projektförderung durch Kassenfinanzierung
- Förderungszeiträume sind grundsätzlich 5 Jahre, ohne dass jährlich ein neuer Antrag gestellt werden muss.

Kommen wir zu den neuen Förderungsbedingungen. Sie kennen diese bereits und so werden wir vorschlagen, sie im Statut zu verankern. Die Interdisziplinarität von Netzen ist uns wichtig. Wenn nicht mindestens das 1/3 zu 2/3-Verhältnis erreicht wird, kann es auch nur eine Basisförderung geben. Mögliche Projektförderung ist neu, hier auch bereits vorgestellt. Wir haben den Kassen unterschiedliche Projekte aufgearbeitet und vorgelegt und hören heute von Dr. Ennenbach, was sich da bewegt hat. Kassen registrieren anerkannte Netze sehr wohl und bevorzugen sie auch inzwischen als mögliche Kooperationsträger. Bestimmte Verträge werden Casemanagement erfordern, was dann den Netzen, die so etwas organisieren können, Optionen aufzeigt.

Und nun zuletzt: Wir wollen keine jährlichen Folgeanträge aus anerkannten Netzen mehr. Dazu haben wir jetzt 5 Jahre Lerneffekt gehabt und das war auch richtig so. Wer die RiLi-Vorgaben erfüllt, erhält seine Anerkennung für 5 Jahre und jedes Jahr wird die Förderung überwiesen. Man muss nur neu beantragen, wenn eine höhere Stufe erreicht werden soll oder eben nach fünf Jahren und natürlich müsste man melden, wenn Voraussetzungen entfallen. Ansonsten sind jährlich Versorgungsberichte zu erstellen und diese sollen, wie in all den Jahren schon gesagt, dem Sinne nach der Selbstdarstellung des Netzes dienen, ihre besondere Versorgung- auch zahlenuntermauert - darstellen, auch im Sinne von Marketing.

Und damit bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit.