



Bericht zur Lage

Dr. med. Monika Schliffke
Vorstandsvorsitzende

Abgeordnetenversammlung der KVSH
am 21.11.2018

Es gilt das gesprochene Wort.

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



sehr geehrte Herrn Spahn und Lauterbach, muss ich noch hinzufügen. Ja, wir haben es kapiert. Es geht darum, sich nach Wahlschlägen und Affären beim Volk wieder beliebt zu machen, darum, den Koalitionsvertrag wortgetreu umzusetzen, damit zumindest Gesundheitspolitik nicht einer der dünnen Fäden ist, die die Regierung zerreißen und Ihren Ruf ruinieren. Wir haben kapiert, dass die Umsetzung des TSVG momentan Ruhe an der Front Bürgerversicherung bedeuten soll, dass fachärztliche Wartezeiten heute und 20 Std Mindestsprechzeit pro Woche Zweiklassenmedizin sein sollen, dass Ihr das aber alles nicht so meint mit dem Zu-wenig-Arbeiten der Ärzte und deshalb auch Geld auslobt. Wir kapierten auch, dass es Geschwätz von gestern war, dass die TSS doch wider Erwarten ein großer Flop sei. Das interessiert nicht mehr, wenn man die Option hat, aufs Gas zu treten.

LKuK, was dieses gesundheitspolitische Duo nicht kapiert, ist die Tatsache, dass immer mehr moderne Medizin abgefordert wird, dass es demographisch bedingte Mehrarbeit gibt und zunehmende Ansprüchen der Versicherten, dass dazu ein Arzt einen freien Kopf und ausreichend Zeit braucht um das zu stemmen, die aber nicht da ist, dass wir mittlerweile in mehreren Fachrichtungen Mangel haben und dass die Budgetierung seit inzwischen 25 Jahren ein Grundübel ist, was nicht gerade Anreize schafft. Das kommt in keiner Stellungnahme oder Presseveröffentlichung vor. Stattdessen heißt es: Regt Euch mal nicht so auf, macht euren Job, von Drangsalierung kann keine Rede sein, die Selbstverwaltung hat zu liefern, schließlich gibt es mehr Geld. Und dann diese ständige Wiederholung, die KBV habe intensiv an dem Gesetz mitgearbeitet. LKuK, vor 10 Tagen, als ein Staatssekretär für Herrn Spahn dessen Rede ablesen musste und dies wieder hervorholte, hat sich Herr Gassen deutlich verwahrt gegen dieses ständige Mit-in-Haftung-Genommen-Werden. Natürlich sind alle Bundeskörperschaften in Gesetzgebungsverfahren eingebunden, genauso wie Kammern, Verbände, Patientenorganisationen und viele andere auch, das sieht das Gesetzbuch vor. Wenn aber Änderungseingaben substantieller Art beharrlich ignoriert werden, darf man das wohl nicht anschließend als Mitarbeit verkaufen. Das ist Ignoranz.

So ist die Lage, und sie ist auch mit dem Kabinettsentwurf nicht besser geworden. In allen Regionen Deutschlands ist der Protest laut und einhellig gegen derart massive Eingriffe in die Autonomie von Praxen. Marginale Dinge sind im Vergleich zum Referentenentwurf geändert, z.B. müssen Hausärzte nun keine offenen Sprechstunden anbieten, oder, Notfallziffern sollen nun doch nicht für die Akutfallabrechnung genommen werden. Stattdessen tritt man aber neu und heftig die Psychotherapeuten mit einem einzigen Satz, in der Nacht vorm Kabinettsentwurf geschrieben, ohne dass auch nur irgendjemand davon etwas ahnte. Eine gestufte und durch eine übergeordnete Stelle gesteuerte Versorgung solle entwickelt werden einschließlich, man höre, Prüfung der Anforderungen an die Qualifikation der Behandler. Nach gerade neuer Richtlinie, nach erst kurzer Einführung von Sprechstunden, Akutversorgung und TSS-Vermittlung fällt hier nun plötzlich wieder etwas vom Himmel, was völlig sinnfrei ist und das Wartezeitenproblem eher verschärfen als abbauen würde. Und schon wieder drückt sich

Mißtrauen gegen eine ganze Berufsgruppe aus und das sogar mit einem Infragestellen der ganzen beruflichen Qualifikation.

Die Realitätsferne dieses Gesetzes ist also kaum zu überbieten. Wir haben jetzt so etwas wie ein 30er Schild vor der Nase, was man nach dem Abräumen der Baustelle vergessen hat. Es macht keinen Sinn, aber die Radarfalle steht da trotzdem.

Man muss sich wirklich fassen, um sachlich auf alle Fakten zu schauen. Da kommen wir natürlich nicht drum herum. Es gibt ein paar Dinge in diesem Gesetz, die wir gut und akzeptabel finden und es gibt ein paar Dinge, mit denen wir leben können, die wir geregelt kriegen und über die wir uns nicht aufregen. Das ist ein Block von ca. 20%, was heißt, es verbleiben 80%, die man nur als Zumutung empfinden kann. Schauen wir fairerweise auf die 20%.

TSVG – aktueller Stand

Was wir gut finden

- Die 24/7 Option für die Leitstelle, Patientensteuerung nach medizinischer Notwendigkeit
- Die Etablierung eines bundesweiten Ersteinschätzungsverfahrens
- Die Erweiterung des Strukturfonds und seine inhaltliche Definition
- Die Vorgaben für eine Vereinheitlichung der ePAs der Kassen
- Die Option der KVen, Eigeneinrichtungen in unterversorgten Bereichen auch als telemedizinische Praxen gestalten zu können
- Die selbstschuldnerischen Bürgschaften bei MVZ-Gründungen
- Die Beschränkung von Dialysekonzernen auf fachbezogene MVZs

Die 24/7 Option der Leitstelle des Notdienstes wollen wir seit 3 Jahren, jetzt kommt sie. Wir brauchen die Steuerungsoption, wir brauchen ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren in die richtige Versorgungsebene. Wir wollen einen zeitlich breiteren telefonischen Arzthintergrunddienst, um die 30% Anrufer abzufangen, die gar keines Arztes vor Ort bedürfen. Dass man dies alles nun mit TSS vermengt, zeigt die Undifferenziertheit des Gesetzes, für die weitere intersektorale Notdienstdiskussion sind diese Grundlagen wichtig. Der Strukturfonds ist auch zu begrüßen, die Kassen werden mit in die Pflicht genommen, auch wenn es an mögliche Eigeneinrichtungen geht. Der neue Mix an elektronischen Patientenakten, so von jeder Kasse eine, soll zumindest 2021 auf eine gemeinsame Basis gestellt werden, was ansonsten wohl auch weder umsetz- noch handelbar wäre. Die MVZ-Vorgaben sind ein gewisses Geradeziehen schlechter Erfahrungen.

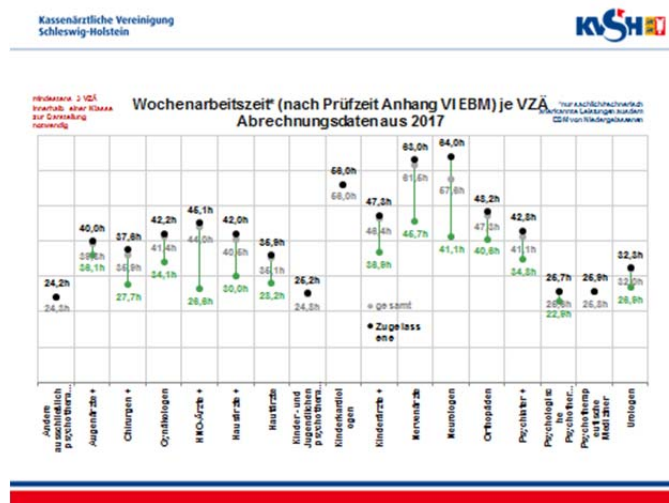
TSVG – aktueller Stand

Worüber wir uns nicht aufregen

- Die befristete Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Pädiater, Psychiater und Rheumatologen
- Die Vorhaltung einer kompletten Arztsuche auf der KV-Seite
- Die Umsetzung zulassungstechnischer und finanzieller Auswirkungen der Festlegung der Regionen „ländlicher Raum“ durch die Länder
- Die e-Akten von Krankenkassen und gematik, sofern eine vom Patienten beauftragte Datenübertragung seines Befundes auf Knopfdruck möglich ist

Das Thema der befristeten Aufhebung der Zulassungssperren für die drei Fachgruppen wird kaum ein größeres werden. Da bleiben, wenn überhaupt, vielleicht 3 Monate und für SH muss ich sagen, wir könnten diese Fachgruppen gebrauchen. Es sind die drei, die wir bereits prioritär in der fachärztlichen Weiterbildung fördern. Natürlich kann eine Freigabe auch eine Fehlverteilung nach sich ziehen, aber lieber längere Wege zu Ärzten als gar keine Ärzte. Die Erweiterung unserer Arztsuche sehe ich formal nicht als Problem, da werden wir die Restdaten erheben und die IT wird es richten. Eine andere Frage im Zusammenhang mit veröffentlichten Sprechzeiten ist dagegen: wird das benutzt von außen, im Sinne von Das-muss-ich-doch-jetzt-mal-kontrollieren? Werden wir abwarten müssen. Wie das Land sich verhalten wird in Bezug auf die Festlegung der Räume, auch in Bezug auf das Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen, warten wir genauso in Ruhe ab. Da scheint mir SH im Vorteil zu sein, weil man sich auf allen Seiten hier bemüht, die Dinge sachlich und angemessen zu regeln.

Die Prüfung der KV auf Einhaltung der künftigen Mindestsprechstunden und offenen Sprechstunden ist jetzt genau die Kante, an dem die 80% Zumutung beginnen.



Seit Jahren kennen Sie Ihre Zeitanalysen in der Honorarabrechnung, Quartal für Quartal. Grundlage dieser Analysen sind die Zeitbewertungen des EBM. Bislang wurden die gefahren, um jeden frühzeitig auf zu viel verbrauchte Zeit hinzuweisen, weil das Anlass für Plausibilitätsprüfungen geben könnte. Nun soll sich dieses Rad zweimal drehen, jetzt sollen wir auch schauen, bei wem zu wenig Zeit aufläuft und wenn ja, warum? Diese Folie zeigt die Fachgruppenübersicht zu EBM Zeiten. Die schwarzen Punkte sind die Vertragsärzte, die grünen die angestellten Ärzte. Nur eine Gruppe liegt knapp unter 25, das sind eher Hausärzte oder Internisten, die sich zurückziehen und nur noch Psychotherapie machen, was früher ihr Nebengeschäft war. Alle anderen liegen über 25 Stunden und die Zeiten sind ja nicht absolut komplett, weil es ja auch Pauschalen und Quartalszeiten gibt. Warum wir Nervenärzte brauchen, ist auch leicht zu erkennen. Bei den psychotherapeutischen Fächern sind wir seit Jahren dabei, Einzelprüfungen zu machen. Das ist nichts Neues, eine Menge von Zulassungsteilungen ist daraus entstanden. Jetzt wird die Selbstverwaltung konterkariert, das Ganze zum gesetzlichen Druckmittel, jetzt müssen wir Fragen stellen, wie, warum und wieso und ist der Grund stichhaltig und dies auch noch nach extern berichten. Ein solcher Umgang ist einem freien Beruf nicht angemessen.

TSVG – zusätzliche Pflichten



Mindestsprechzeiten:

- 25/Std pro Woche, Hausbesuchszeiten sollen anrechenbar werden
- Grundversorgende Fachärzte haben 5 offene Sprechstunden pro Woche anzubieten
- Vermittlung dringender Termine durch Hausärzte
- KV hat die Einhaltung der Sprechzeiten zu überwachen und an ZA, LA und Aufsicht zu berichten

Es geht weiter mit nicht wirtschaftlich, nicht notwendig, nicht zweckmäßig. Gewisse Rahmenvorgaben, die der Selbstverwaltung Spielraum gäben, hätten völlig gereicht. Dass es inzwischen Hausarztpraxen gibt, die dicht machen für neue Patienten, ja, die gibt es und wenn wir es erfahren, müssen wir tätig werden. Das wiederum erscheint nicht einmal gerecht, denn wir wissen natürlich, dass die Kollegen eher nicht auf dem Golfplatz sind, sondern schlicht nicht mehr Kapazität haben. Golfplatz und 1500 Scheine passen nicht zusammen. Mit jedem Hausarzt weniger wird dieses Problem zunehmen und eine TSS, die zwangszuweist, lädt das Problem bei weniger Betreuung der chronisch Kranken ab.

Die 25 Std Mindestsprechzeit stehen in Zukunft nicht mehr im Bundesmantelvertrag sondern in der Ärzte-ZV, die eine Rechtsverordnung des Bundes und damit jederzeit änderbar ist. Gehen wir aber mal davon aus, dass diese jetzt getätigte Verordnung von keiner anderen Regierung je wieder zurückgenommen wird. Die Anrechnung der Hausbesuchszeiten wird im BMVÄ zu regeln sein, dazu stehen also nach Inkrafttreten des Gesetzes Verhandlungen mit der GKV an. Auch das ist eigentlich total überflüssig, denn natürlich haben Hausbesuche EBM-Zeiten, Wege sind auch berechenbar, aus jedem Wochenprofil wird so etwas ablesbar sein. Was will man da eigentlich verhandeln?

Die Vorgabe zu 5 offenen Sprechstunden der grundversorgenden Fachärzte ist wohl der größte Eingriff in die Praxisautonomie. Einige Fachgruppen haben uns inzwischen detailliert mitgeteilt, wie schwierig sich die Sache gestalten wird. Das Gesetz scherrt die Fachärzte über einen Kamm, aber sie sind keine homogene Gruppe, für die alles gleich ist, nicht mal innerhalb der grundversorgenden Fächer. Die einen sind gerätetechnisch getaktet wie Gastroenterologen, Kardiologen, andere bieten je nach Gebiet verschiedene Sprechstunden an, z.B. blockweise nur Schwangere oder nur Jugendliche bei Gynäkologen, nur Knie oder Rücken bei Orthopäden, nur Phlebologie, usw. Spezialsprechstunden zu gestalten, hat durchaus etwas mit Qualität zu tun. Ein Aspekt, den das Gesetz ausblendet. Die Folge jetzt wird sein, dass eine offene Sprechstunde entweder nur eine Sortierfunktion hat oder es folgt, dass der einzelne Patient in der Praxis lange wartet, um zwischengeschoben zu werden. Kontrollpatienten werden längere Intervalle haben. Kurz: Wartezeiten werden nicht kürzer, sondern länger. Versorgung nicht besser, sondern zwangsweise unorganisierter.

Was die KV dann demnächst zu veröffentlichen und an ZA, LA und Aufsicht zu berichten hat, wird im ersten Blick in etwa so aussehen:

Zusätzliche Pflichten für die KV

- Überwachung der Mindestsprechzeiten
- Öffentliche Information zu den Sprechstunden, gesondert zu den offenen Sprechstunden
- Überwachung der Versorgungsaufträge
 - Dazu bundeseinheitliche Kriterien
 - Insbesondere Fälle/GOP/Zeitaufwand
 - Entzug auch hälftiger oder Viertel-Zulassungen bei wiederholter Nichterfüllung

Eine arzt- oder therapeutenbezogene Statistik zu Einhaltung der Mindestsprechzeit und der offenen Sprechstunden, das wird formal über die Zeitprofile, über EBM-Markierungen mit Suffixen und ähnlichem gehen. Dies jetzt an extern geben zu müssen, das hat schon etwas sehr Überwachungsstaatliches. Das ist ein Mißtrauensvotum gegen die KVen und ein Infragestellen der Durchführung des Sicherstellungsauftrages, zu dem ich eine Berechtigung bislang nirgendwo sehe. Das BMG hat nie nach Fakten dazu gefragt. Die braucht man aber wohl auch nicht, wenn es gilt, Emotionen zu bedienen. Ich bin mir nicht sicher, Frau Neke, ob Sie Spaß haben werden mit diesen Zahlenkolonnen zu fünfeinhalbtausend Ärzten und Psychotherapeuten, die da auf Sie zukommen. Konsequenzen sehen wir – wie immer - selbst und können darüber reden. Zu den Versorgungsaufträgen soll es bundesweite Kriterien geben, kbv-seits ist das für den hausärztlichen Bereich längst fertig. Die GKV weigert sich allerdings, es zu akzeptieren. Wie das bei den Fachärzten aussehen muss, ist noch ein großes Rätsel. Die Konsequenzen für all diese Aufträge, die eine KV ziehen soll, gehen bis zu partiellen Zulassungsentzügen. Auf diese Art und Weise kann man natürlich auch Bedarfsplanung machen.

Too smart to fail

Die Termin-
servicestellen
sind ein Flop!



... rund um die Uhr. Damit
wird die Termin-
servicestelle zukünftig zu
einer Servicestelle mit
erweitertem
Aufgabenspektrum
weiterentwickelt.



Ja, diese beiden Herren haben das Thema TSS für sich entdeckt. Das Geschwätz von gestern kann sehr schnell zur politischen Top-Idee von heute werden, wenn man an der Macht ist.

TSVG – zusätzliche Pflichten

TSS:

- Terminvermittlung auch zu Haus- und Kinderärzten sowie Unterstützung bei der Suche nach dauerhaft versorgenden Haus- und Kinderärzte
- In Akutfällen werden Patienten auch während der Sprechzeiten an Praxen oder Notfallambulanz vermittelt (ohne Code)
- Die TSS vermittelt auch in die offene Sprechstunde
- Die TSS muss auch online/per App erreichbar sein
- Die TSS wird mit 116 117 zusammengelegt 24/7

Die TSS hat für alle Fachgruppen demnächst innerhalb einer Woche Termine zu vermitteln, in die psychotherapeutische Akutbehandlung innerhalb zwei Wochen. Daran ändert sich nichts, Haus- und Kinderärzte kommen nur dazu. Für Patienten, die einen neuen Hausarzt suchen, hat die TSS Unterstützung zu geben, in Akutfällen ist – dann natürlich ohne Code – in die richtige Versorgungsebene zu steuern. Das bedeutet: kurzfristige Anrufe, Nachfragen, Einschleusen. Für Hausärzte ist das nicht ungewohnt, bei Fachärzten durchaus problematisch. Die offenen Sprechstunden jedes Facharztes stehen nicht nur im Internet, sie werden bedient sowohl mit Überweisungen anderer Ärzte als auch von der TSS. Die TSS hat 24 Std erreichbar zu sein, nicht nur telefonisch, auch online oder per App. Wo der Sinn einer nächtlichen Vermittlung liegt, hat auch noch keiner gefunden. Nicht wirtschaftlich, nicht notwendig, nicht zweckmäßig.

LKuK, als erstes bedeutet das wahrscheinlich vier neue Leute in der TSS, die aus Ihren Verwaltungskosten zu zahlen sind, was das Gesetz mit geringem finanziellen Aufwand bei den KVn abtut. Das schließt noch keine Nachtzeiten ein, dafür muss dann Personal der 116 117 mit herankommen. Wir können nur hoffen, dass Anrufer eben nicht Anrufer sondern zunehmend Onlinemelder werden, damit die Dinge sukzessive abgearbeitet werden und wir unsere Systematik der Onlineweitergabe so fortsetzen können wie bisher. Es macht auch anders viel weniger Sinn – und zwar weder für Patienten noch für Praxen.

Beabsichtigte Honorarfolgen

Ort, Art oder Zugang des Patienten	Von Vergütung betroffene Gruppe	Was ist extrabudgetär?	Bereinigung (jeweils nach einem Jahr)	Voraussetzung
Akutfälle (via 116117)	Alle	Fall	teilweise	Triage
TSS	Alle	Fall	ja	Code (außer Haus-, Kinder-, Frauen- und Augenärzte, PP-Sprechstunde)
Dringende Fälle	Hausarzt	Zuschlag („mind. 5 €“)	ohne	Hausarzt vermittelt Termin
Dringende Fälle	Alle Fachärzte	Fall	eher ja	Hausarzt hat vermittelt
Neue Patienten	Grundversorg. Fächer (Haus- u. Fachärzte)	Zuschlag 25 % VP/GP	ohne	4 Jahre ohne Praxiskontakt
Offene Sprechstunde	Grundversorg. Fachärzte	Zuschlag 15 % VP	ohne	mit ÜW HA (außer Frauen- und Augenärzte)

Wie stellen sich nun die Geldversprechungen dar? Wir haben Ihnen das tabellarisch in eine Übersicht gestellt, die Berufsverbände und Fachausschüsse haben das bereits erhalten. Akutfälle von der 116 117 müssen vom Fachpersonal eingeschätzt und verteilt werden, gehen grundsätzlich an alle, wobei geschätzt 80% bei Hausärzten landen werden. Diese Behandlung ist dann in diesem Quartal extrabudgetär. Wahrscheinlich ist, dass ein Jahr später eine Bereinigung erfolgen muss, denn der Patient ist evtl. schon einmal in der MGV aufgelaufen. Das wird noch zu regeln sein. TSS-vermittelte Patienten an Haus- und Kinderärzte plus die, die mit

Überweisung und Code an Fachärzte gehen, sind ebenso extrabudgetär, sind ebenfalls in der Regel im System nicht neu und wohl sicher zu bereinigen. Vermittelt ein Hausarzt einen dringenden Termin, erhält er mindestens 5 € Zuschlag. Das Gesetz sagt tatsächlich mindestens 5 €, ein Schelm, der denkt, es könnte in GKV-Verhandlungen auch mehr werden. Der annehmende Facharzt rechnet den Fall extrabudgetär ab, auch hier nur im laufenden Quartal, mit späterer Bereinigung ist zu rechnen. In allen möglichen Bereinigungsfällen bleibt also nur der Gap zwischen Budget und OPW, d.h. wir reden hier vielleicht von Summen zwischen 2,50 und 10 €.

Als neue Patienten gelten solche, die entweder noch nie oder mindestens vier Jahre nicht in dieser oder derselben Praxis gewesen sind. Für alle Fachrichtungen ist hier ein Aufschlag von mindestens 25% auf die VP vorgesehen, zu mindestens: siehe oben. Zuschlag ist aber Zuschlag, da gibt es nichts zu bereinigen. Zu diesem Punkt hätte die KV die Option zur automatisierten Abrechnung. Das Regelwerk stellt fest, ob ein Patient vier Jahre nicht da war und vergibt dann den Zuschlag. Die offene Sprechstunde hat den fixen Aufschlag von 15% auf die VP. Nur dieser Aufschlag ist freies Geld, alles andere ist in der MGV und dafür dürfen Sie nun Ihre Praxisorganisation drehen und wenden.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

KVSH

Verwirrend! Aber was macht man nun damit?

- Ist es für den Hausarzt sinnvoll, „ständig“ Termine zu vereinbaren?
 - dringend soll laut Erfindern „TSS nicht zumutbar“ heißen
 - dynamisches Vorgehen steigert Mentalität der Inanspruchnahme weiter
- Fragliche Optimierungsanreize für Fachärzte
 - für Altpatienten (u.a. Chroniker) wirken Negativanreize
 - Budget füllen und darüber hinaus Patienten nur per TSS oder Sprechstunde?
 - Gibt es **doppelte** Vorteile per TSS?
 - eher fraglich: Aufschläge **additiv** zum extrabudgetären Fall
 - andernfalls ist Zuschlag für Neupatienten trotz PZV von Vorteil
- Soll die KV aktiv die konkrete Terminzuweisung für Praxen übernehmen oder passiv bleiben?



Wie geht man nun um mit diesen Geldversprechungen? Ist es Anreiz für Hausärzte, nun ständig selbst den Hörer in die Hand zu nehmen und zu vermitteln? Die Gesetzesbegründung sagt 1: die Vermittlung muss auch erfolgreich sein, 2. Der Fall muss dringlich oder sehr dringlich sein, was auf der Überweisung zu belegen ist, und 3. Eine Vermittlung über die TSS ist für den Patienten aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalles nicht angemessen oder zumutbar. Was heißt das? Dringlich, Besonderheit des Einzelfalles, angemessen, zumutbar – lauter dehnbare Begriffe. LKHÄ, sehen wir das klassisch medizinisch, dann sind dringlich die Fälle, zu denen man sich fragt, kriege ich zum Ausschluss einer schwerwiegenden Sache noch heute eine Untersuchungsmöglichkeit beim Facharzt oder muss ich diesen Patienten stationär schicken? Das ist die eine Seite, die auch ohne Geld schon immer funktioniert hat. Und danach kommt Gummiband. Je weiter das Gummiband dann gedehnt wird, desto schneller wird sich das herumsprechen, bis hin zu: „Mein Doktor macht das immer gleich und selbst, wenn ich zum Orthopäden muss“. Die Spirale wird sich drehen.

Was machen die Fachärzte? 1: je mehr Akutfälle sie in eine offene Sprechstunde oder von der TSS nehmen, desto mehr müssen Sie die Chroniker und Kontrollpatienten schieben. Das ist Fakt, auch wenn die Politik es nicht einsehen will. Aber das rechnet sich. 2: Sollte man die TSS und seine umliegenden Kollegen anrufen und absprechen, in den letzten 14 Tagen des Quartals alle Fälle zu mir? Was früher das Stigma Budgetferien hatte, wird nun Service sofort? Ich glaub´s nicht. 3: Wie rechnet sich das überhaupt, wenn über die TSS ein ganz neuer Patient kommt? Gibt es dann den Aufschlag zusätzlich zur extrabudgetären Vergütung? Zu allen Punkten gibt es ganz viel zu diskutieren. Alles kann noch nicht endabgestimmt werden, bei der letzten Frage wird sicher der BWA noch mitreden. Am Ende läuft es auf eine entscheidende Frage hinaus, die Sie uns beantworten müssen: Soll unser Verteilungsmechanismus in der TSS mit den Rädern um den Anrufer und der gleichmäßigen Verteilung an die einzelnen in den Fachgruppen so bleiben wie er ist oder soll das System aufgemacht und individualisiert werden?

Terminvereinbarung „nach Wunsch“ durch TSS?

- die Tür geht einmal auf aber nicht mehr zu
- Schwelle für Terminvereinbarung sinkt
- KV kann keine Bewertung der Notwendigkeit durchführen

- Wäre eine Stelle anzustreben, in der Ärzte für Patienten Termine vereinbaren könnten, sofern dies auch eine Kurzbeschreibung des Anlasses abfordert?
 - quasi eine TSS, die **in doppelter Hinsicht in ärztlicher Hand ist?**

- Unsere Auffassung ist
 - **Erstmal „kein Gas geben“**
 - **Optionen diskutieren**



Terminvereinbarungsübernahme für die Praxis durch die TSS auf Wunsch? Diese Tür geht sicher nur einmal auf und danach nie wieder zu. Im Prinzip könnte es bedeuten, der Praxisterminplan wird online, z.B. für 10 oder auch 25 Std die Woche, nicht von Ihrer MFA sondern von der TSS geführt, wobei aber die TSS aus der Ferne sicher nicht so genau die Notwendigkeit abschätzen kann wie Ihre MFA. Absurd ist der Gedanke trotzdem nicht, wäre wohl allemal deutlich besser als das, was Herr Spahn vorschwebt, dass Sie nämlich alle Ihre Terminkalender zur Onlinebebuchung für die Patienten freizugeben haben, die dann doch nicht kommen. Auf die KV und die TSS haben Sie immerhin Einfluss. Ein Portal hätte sogar die Möglichkeit, jemanden zu sperren, der unentschuldig fortbleibt, das bieten externe Terminplattformen heute schon an. Ich sehe jetzt mal nicht die Juristen an, weil ich gar nicht weiß, ob es dazu überhaupt momentan Optionen gäbe, schätze aber, wenn es sie gäbe und viele Ärzte die TSS als Plattform benutzten, dann würden jameda, doctena, doctolib oder wie sie alle heißen in absehbarer Zeit ziemlich baden gehen. Also: Hier ist ein riesengroßes Feld, was sich mit der Digitalisierung auftut, aber - wollen Sie das? Diese Frage müssen Sie heute nicht beantworten. Uns wäre es erst einmal am liebsten, Sie würden sagen, ja, wir diskutieren darüber, aber erst nächstes Jahr oder 2020, wenn wir erst einmal wissen, was das TSVG so anrichtet, und bis dahin lassen wir erst mal alles wie es ist. Den Fuß in der Tür sollte man allerdings behalten.

Spezifische neue EBM-Vorgabe

- Technische Leistungen
 - regelmäßige Neukalkulation
 - Mengen-Abstaffelung
 - Konzept: **Drei Monate nach Inkrafttreten**
 - Beschluß: **Neun Monate nach Inkrafttreten**

- Ziel Förderung sprechende Medizin



Der vorletzte Punkt zum TSVG: Die Neukalkulation des Facharzt-EBM wird dringlich. Unter der Voraussetzung, dass das TSVG zum 1.4. in Kraft tritt, hat dem BMG im Sommer ein Konzept zur Umsetzung vorgelegt zu werden, um dann 2020 in Kraft zu treten. Das ist für so ein großes Ding ein enger Zeitrahmen. Wir werden Sie auf dem Laufenden halten.

Fazit

- Wartezeitengesetz gegen Fachärzte
- Hände weg von neuen Psychotherapie-Regularien
- Freiberuflichkeit im Abwärtstrend
- Lasten gesellschaftlicher Veränderungen
- Keine Rechtssicherheit der Notdienstfinanzierung
- Akutversorgung zu Lasten anderer
- Service contra WANZ
- Aus Zweiklassen- wird Dreiklassenmedizin

LKuK, ich fasse in Statements zusammen:

- Die Rolle und Bedeutung des hausärztlichen Versorgungsbereichs ist außer in der Regelung für Neupatienten und der dringlichen Überweisung nicht berücksichtigt. Koordinierende Tätigkeiten, die zu Wartezeitenabbau führen, wie z.B. mit der qualifizierten Überweisung in unserem Rheumavertrag realisiert, sind nicht einmal angesprochen. Das TSVG ist primär ein Gesetz gegen die Fachärzte und steht allein unter dem Thema Wartezeiten.
- Die Psychotherapeuten sollte man in Ruhe alle veränderten und neuen Aufgaben der letzten 1-2 Jahre tun lassen und die Auswirkungen beobachten. Jeder weitere neue regulatorische Eingriff ist Aktionismus und absolut kontraproduktiv. Die Qualifikation einer Berufsgruppe in Frage zu stellen, steht dem Gesetzgeber schon gar nicht zu.
- Der dirigistische Ansatz des Gesetzes zeigt sich für alle in den Mindestsprechzeiten, in der offenen Sprechstunde für die Fachärzte, den Überwachungsvorgaben für die KV und in neuen Mitspracherechten anderer ohne deren finanzielle Mitverantwortung.
- Die freiberufliche und selbständige Tätigkeit eines Arztes ist nicht mehr der Kern sondern eine Variante des deutschen Gesundheitswesens. Fremdbestimmte Einflüsse untergraben zunehmend die Autonomie des freien Berufs.
- Es gibt grundlegende gesellschaftliche Phänomene wie Landflucht, demographische Entwicklung, gestiegene Versorgungsaufgaben und Mentalitätsveränderungen im Anspruchsverhalten an das Gesundheitssystem. Gleichzeitig nimmt die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung trotz eines Überangebots an Informationen ab. Diese komplexen Probleme legt die Politik allein auf die ambulante Versorgung bei fortgesetzter Budgetierung.
- Der Gesetzgeber öffnet Optionen in der Notfallversorgung bei der 116 117 und unterstützt ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren. Gleichzeitig stellt er immer noch nicht sicher, dass es Rechtsicherheit zu Notdienststrukturen wie unserer und deren Finanzierung geben muss.
- Die angeblich so großzügigen finanziellen Versprechungen des Gesetzes relativieren sich und werden mit erheblichen innerorganisatorischen Umstellungen und Verwerfungen in den Praxen einhergehen müssen, um überhaupt realisiert werden zu können. Je mehr Augenmerk auf Akutpatienten gelegt wird mit schneller, besser, weiter, desto mehr fallen die wirklich Kranken und die chronisch Kranken herunter. Das bringt Geld, löst aber keine Versorgungsprobleme. Wahrscheinlich bringt es nicht mal Geld, weil die Zeit nicht da, die Organisation zu komplex ist oder auch weil die Konditionen in den noch kommenden BWA-Verfahren an anderer Stelle unterlaufen werden.
- Medizinische Dringlichkeit und subjektive Dringlichkeit sind nicht immer kongruent und auch keine kommunizierenden Röhren. Die Betonung des Befriedens subjektiver Dringlichkeit kann eine innere Entfremdung im Arztberuf zugunsten ökonomischer Prioritäten auslösen. Die Balance zwischen Arztberuf, Arztberufung und Vergütung gerät politikunterstützt zugunsten schnellen Geldes schlimmstenfalls aus dem Gleichgewicht.

- Wenn wir das zulassen, landen wir nicht bei der so verteufelten Zweiklassenmedizin sondern bei einer Dreiklassenmedizin: privat, gesetzlich, TSS-getriggert. Innerhalb der 90% GKV-Versicherten haben gewisse Sonderbehandlungen schon immer stattgefunden, aber bislang hatten diese einen Versorgungshintergrund wie Sonderverträge, DMP etc. Jetzt gibt es die Klasse der Bevorzugten ohne wichtigen medizinischen Grund.

LKuK, ich bin nach wie vor überzeugt, dass es ein eher kleiner Prozentbereich von Ärzten bleiben wird, die sowohl ihre Organisation total umkrepeln als auch ihr ärztliches Verhalten verändern, um die finanziellen Anreize dieses Gesetzes in toto auszunutzen. Dass der Gesetzgeber das überhaupt als ausgleichenden Anreiz in Erwägung zieht, ist die Zumutung und Respektlosigkeit des Gesetzes an sich.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

KVSH

Offener Brief
an den Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, MdB,
und die Abgeordneten des Deutschen Bundestages aus Schleswig-Holstein

**Online-Abstimmung
auf eKVSH vom
22.11. – 13.12.18**

Sehr geehrter Herr Minister,
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

wir, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeuten und
Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein, lehnen das Terminservice- und
Versorgungsgesetz (TSVG) in seiner vorliegenden Form ab.

Den Patienten verspricht das Bundesgesundheitsministerium plakativ
„schnellere Termine, mehr Sprechstunden, bessere Angebote für
gesetzlich Versicherte“ – für jene, die dies durch ihre tägliche Arbeit
sicherstellen sollen, bedeutet das Gesetz jedoch erneut staatliches
Hineinregieren in Praxis- und Selbstbestimmung und insgesamt mehr
Reglementierung des freien Arztberufs.

Sprechstundenkürzungen, pauschale offene Sprechstunden,
widersprüchlichen Vergütungsregelungen und der Ausbau der bisher
schon kaum genutzten Terminservicestellen führen zu Unmut,
Unsicherheit und Demotivation.

In allen Diskussionen der letzten drei Monate haben wir als Vorstand den Eindruck gewonnen, dass wir uns mit den Berufsverbänden und mit unseren Gremien in der Bewertung dieses Gesetzes im Wesentlichen einig sind. Aber wir haben noch nicht diese Frage an alle Kollegen in den Praxen weitergegeben. Wir wollen das jetzt tun und zwar in Form einer Online-Abstimmung auf ekvsh. Es wird morgen eine Seite geschaltet, die einen offenen Brief an Herrn Spahn und unsere Bundestagsabgeordneten beinhalten wird, der alle wesentlichen Kritikpunkte zum Gesetz aufzeigt. Mit einem Häkchen setzen erklärt man sein Einverständnis zu den Inhalten und zu der Tatsache, dass man seinen Namen – ähnlich wie bei einer Petition – auf eine Liste setzt. Wir möchten wissen, sind es 100 oder 1000, die unsere Kritik teilen. Bis zum 13.12., dem Tag der 1. Lesung im Bundestag, wird das Portal geschaltet sein, zwischendurch werden wir mit Newsletter erinnern. Wir nehmen auch noch persönliche Gespräche mit Abgeordneten wahr.

So, mDuH, das TSVG dominiert uns momentan und damit auch den BzL. Drei Dinge gilt es aber noch hier zusätzlich anzusprechen.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

KVSH

Notdienstverpflichtung
Flensburg

189 freiwillige
Meldungen

Die „Zwangssituation“ im Notdienstbezirk Flensburg mit potentieller Losoption hat sich durch eine sehr positive Beteiligung der Kollegen vor Ort aufgelöst, gelöst werden musste gar nicht. Nach der ersten Abfrage waren es schon 120, am Ende sogar 189 Ärzte, die ihre Bereitschaft erklärt haben, so dass in der zweiten Runde dies schon mit vergebenen Diensten der ersten kollidierte. Zwischendurch war es manchmal etwas schwierig so mit sich überkreuzenden Schreiben, aber Ende gut, alles gut. Die Diskussion um die neue Notdienstvergütung hat wahrscheinlich auch zur Bereitschaft beigetragen, die Sie in der Endfassung ja hier heute noch einmal vorgestellt bekommen.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

Telematik-Infrastruktur | Aktueller Stand

- 877 Praxen haben Erstattung erhalten
- 1660 SMC-B Karten sind beantragt
- Der dritte Konnektor ist zugelassen

▪ Erstattungshöhen ab 4/18	
▪ Konnektor	1.547 €
▪ Lesegerät	435 €
▪ Starterpauschale	900 €
▪ Mobilgerät	350 €
▪ Betriebskostenpauschale/Q. 5J.	248 €
▪ SMCB Karte 60 Monate á	23,25 €
▪ eHBA pro Quartal	11,63 €

Die liebe TI. Sie haben es wahrscheinlich vernommen, die Refinanzierung hat mit 1547 € für den Konnektor nun ihre Endsumme erreicht, alle anderen Komponenten sind preislich unverändert. Nach wie vor ist undurchschaubar, ob alle Softwarehäuser sich daranhalten. Drei Konnektoren sind nun als Auswahl auf dem Markt, einer soll noch dazukommen. Die Telekom mußte einen Chip zwischendurch entsorgen und einen anderen zulassen, eigentlich sollten die Installationen nun ordnungsgemäß weiter über die Bühne gehen. Wir hören nur sehr vereinzelt von Problemen. Irritationen kamen dagegen mal wieder aus dem Hause Spahn. Die sanktionsbefreiende Frist wurde zwar auf den 1.7.19 verschoben, gleichzeitig wollte er aber ins Pflegesetz schreiben, man müsse bis zum 31.12.18 bestellt haben, um die Honorarsanktion zu verhindern. Das war ziemlicher Schwachsinn. Man kann nicht in einem Gesetz, dass am 1. Januar in Kraft tritt, etwas regeln, was im Jahr zuvor zu geschehen hat. Irgendwie hat es ein aufmerksamer BMG-Beamter dann wohl gemerkt und den 31.3.19 daraus gemacht. Wir hatten nicht massiv, wie z.B. die KV Hessen, die Pferde scheu gemacht, weil das Ganze eh absurd war, wir halten Sie natürlich mit Newslettern auf dem Laufenden zu dieser Thematik. Momentan gilt also: Bitte bestellen Sie bei Ihrem Softwarehaus bis zum 31.3.19. Irgendwann kommt der Zeitpunkt, wo Sie uns gegenüber Ihre Bestellung beweisen müssen.

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

Diese Praxis gleicht die Daten Ihrer elektronischen Gesundheitskarte online mit Ihrer Krankenkasse ab. Was müssen Sie beachten?

Wichtig ist Ihnen Ausdruck „G2“ oben rechts auf Ihrer Gesundheitskarte.

Was ist, wenn es Probleme bei Einlesen der Gesundheitskarte gibt?

Sollten Sie weitere Fragen zum Datenaustausch oder zur Gesundheitskarte haben, ist Ihre Krankenkasse der richtige Ansprechpartner.

Auf G2 kommt es an

Was ist, wenn es Probleme bei Einlesen der Gesundheitskarte gibt?

In manchen Fällen erhält unsere Praxis beim Einlesen die Meldung „Karte ungültig“. Sollte das bei Ihnen der Fall sein, haben Sie eventuell eine alte Gesundheitskarte vorgelegt. Sie wundern sich vielleicht, dass bei Ihrem letzten Arztbesuch noch alles funktioniert hat. Das kann daran liegen, dass noch nicht in allen Praxen der Online-Abgleich Ihrer Daten möglich ist. Sollten Sie noch keine neuere Gesundheitskarte mit dem Ausdruck G2 besitzen, nehmen Sie bitte Kontakt zu Ihrer Krankenkasse auf und bestellen Sie dort eine neue.

Sollten Sie weitere Fragen zum Datenaustausch oder zur Gesundheitskarte haben, ist Ihre Krankenkasse der richtige Ansprechpartner.

KVSH
Eine Initiative der Ärzte aGK Schleswig-Holstein

Gut angekommen in den ausgestatteten Praxen ist dieses Plakat, das wir im Sommer schon mit den Zahnärzten zusammen entworfen haben. Die Zahnarztpraxen haben dann Spiegel und Bohrer abgebildet. Wir waren früh von TI-Praxen aufmerksam gemacht worden, dass es immer wieder unangenehme Diskussionen mit Patienten gäbe, die nicht ihre G2-Karte mitbrächten, ja diese sogar manchmal entsorgt hatten, weil die alte eben noch zwei Jahre im Gültigkeitsdatum war. Außerdem hieß es: ich komme doch gerade vom Augenarzt, da ging doch meine Karte und nun soll sie falsch sein, das gibt's doch nicht, usw. Ohne G2 geht in der TI nichts. Nun kann man kurz auf das Plakat hinweisen, in dem Kasten, hier rechts nochmal größer dargestellt, wird genau erklärt, warum und wieso alles so ist, wie es ist. Den Kassen war unsere Eigenaktion zuerst gar nicht recht, denn es nimmt sie in die Pflicht. Inzwischen haben sie es akzeptiert, weil sie ja das VSMD wollen und inzwischen hat auch die KBV die Idee kopiert. Ihr Plakat ist aber nur halb so gut und der Ton ihres Textes ist auch nicht so glücklich. Jede Praxis, die uns ihre abgeschlossene Installation meldet, bekommt nun nicht nur ihr Geld, sondern auch dieses Plakat.



Auf Ihren Tischen finden Sie den neuesten Honorarbericht, diesmal mit dem Schwerpunkt Labor, natürlich noch Labor vor der Reform des 1.4.18. Labor nach dem 1.4.18 wird dann gleich im nächsten Jahr aufgegriffen, wenn wir valide Zahlen haben, so dass man dann die unterschiedlichen Systematiken, ihre Veränderungen und Folgen vielleicht noch besser beurteilen kann. Dann haben Sie nun auch die gebundene Form von Honorarbescheid endlich verständlich. Ein großes Dankeschön wieder an Herrn Becker und sein Team, die alle Zahlen zusammentragen, dem Ganzen eine lesbare Form und ein Layout mit Chic gegeben haben. Die Honorarbescheidbroschüre wird sich hoffentlich herumsprechen, sollte vielleicht demnächst auch jeder Neuzugelassene gleich erhalten.



Und nun zum Schluss: Sie finden auch auf Ihren Tischen diese kleine, quadratische Broschüre KVSH auf Kurs. Diese Broschüre ist von Mitarbeitern des Hauses für die Mitarbeiter gestaltet worden und wir geben Sie Ihnen zur

Kenntnis. Sie fasst die Wertediskussion, die wir seit 2 Jahren hier im Hause führen, auf maritime ansprechende Art zusammen. Die Prioritäten sind gemeinsam erarbeitet worden und finden ihre jeweiligen Überschriften in den 6 Begriffen, die Sie in der Broschüre finden. Sie sind gleichzeitig Meßplatten für alle, die in diesem Hause arbeiten und diese Werte auch nach außen zu den Praxen leben wollen und leben sollen. Danke an Frau Siemers und Frau Roy und das ganze Team um die beiden herum. Die hier genannten 6 Wertbegriffe sind genau die, die dem TSVG fehlen.

Und damit bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit.