

Zwischen Gestaltungsanspruch und staatlicher Regulierung

Innovative Projekte der KVSH trotz engerer Spielräume



Waren die vorherigen Abgeordnetenversammlungen durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) geprägt, so hatte die Vorstandsvorsitzende der KVSH, Dr. Monika Schliffke, in der November-Sitzung eine Reihe von Einzelthemen im Gepäck. Jedes für sich aber mit durchaus größerer Bedeutung.

Disease-Management-Programme (DMP) bleiben

Eine gute Nachricht gab es zu Beginn: Sah es zwischenzeitlich danach aus, dass die Disease-Management-Programme auf der Kippe stünden, konnte Schliffke jetzt Entwarnung geben. Das Ansinnen, die DMP-Programmpauschale zu streichen, ist aus dem Entwurf des „Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz“ wieder gestrichen worden. Dies lasse die Aussicht zu, dass nicht nur die vorhandenen DMP bleiben, „sondern auch die neuen – Herzinsuffizienz, Osteoporose, Rückenschmerz, Depression und Rheumatoide

Arthritis – überhaupt verhandelbar werden“. Die Vorstandsvorsitzende erinnerte daran, dass der Gemeinsame Bundesausschuss angekündigt habe, für die neuen DMP bis zum Frühjahr alle Anforderungen definiert zu haben. Das bedeute, dass im nächsten Jahr „Gespräche zwischen den Kassen und uns aufgenommen werden können“.

Weitere Punkte, die die KVSH kritisiert hatte, seien ebenfalls nicht mehr im Gesetz enthalten: Die bundesweite Öffnung der AOKen und damit die Verlagerung der Aufsicht auf das Bundesversicherungsamt (BVA) sei vom Tisch, es werde bei den Landesaufsichten für die AOKen bleiben. Und im Risikostrukturausgleich (RSA) werde es entgegen erster Ministeriumsüberlegungen doch keine unterschiedliche Behandlung von haus- und fachärztlichen Diagnosen geben.

Spielräume für Verträge werden enger

Kritik übt Schliffke jedoch an den im „Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz“ geplanten restriktiven Regelungen zu Diagnosen als Teil von innovativen Verträgen. Das Bundesversicherungsamt werde erneut mehr Möglichkeiten erhalten, um sich in Selektivverträge einzumischen. Die jetzt geplanten Bestimmungen würden bei künftigen Vertragsgesprächen anhaltend Probleme bereiten, da kaum zu überblicken sei, „was man denn nun darf und was nicht“. Hinter all dem stünde „dieses Gespenst, Ärzte würden für das Eintragen von Diagnosen bezahlt und nicht für Leistungen, die hinter kodierten Diagnosen stehen“, kritisierte die Vorstandsvorsitzende.

„Arztregister hoch drei“

Ein weiteres Gesetz, das „Digitale-Versorgung-Gesetz“, wurde zwar inzwischen vom Bundestag verabschiedet. Schliffke lenkte aber in ihrem Bericht zur Lage die Aufmerksamkeit auf eine Regelung, die bislang nicht im Fokus stand. So finde sich versteckt die gesetzliche Vorgabe, dass die gematik ein „neues staatliches Melderegister“, wie es Schliffke zugespitzt nannte, zu erstellen habe. Ein Verzeichnis, in dem alle „im Gesundheitswesen tätigen Personen, die in der TI verbunden sind“ erfasst werden sollen. Das Gesetz verpflichte die Ärztekammern, die KVen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Übermittlung der Daten. Hintergrund sei die künftige sichere Übermittlung von Dokumenten und die Vergabe von Zugriffsrechten für die elektronische Patientenakte (ePA) ab 2021. „Arztregister hoch drei kann man das nennen und wieder der Entzug von Kompetenz weg von der Selbstverwaltung hin zu Vater Staat“, so Schliffke. Die per Gesetz eingeführte 51-Prozent-Mehrheit des Bundesgesundheitsministeriums der gematik sei insofern „eine strategische Entscheidung“ gewesen.

Digitaler Neustart für QuaMaDi

Dass die KVSH trotz eines schwierigen politischen Umfelds gewillt ist, die Versorgung aktiv mitzugestalten, machte die Vorstandsvorsitzende anhand zweier aktueller Projekte deutlich, die jeweils Innovationen enthalten, die perspektivisch auch in anderen Versorgungsbereichen zur Anwendung kommen könnten.

So stehe das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm QuaMaDi (Qualitätsgesicherte Mamma-Diagnostik) vor einem digitalen Neustart, der ein „großer Schritt in die reale digitale Versorgungswelt“ sein werde. Sämtliche papiergebundenen Abläufe würden durch digitale Prozesse ersetzt. Im Rechenzentrum der KVSH werde eine eigene Dokumentationsplattform für den Transfer aller Bilder und Befunde angesiedelt, die von jedem Behandler eines Behandlungsvorgangs auch zusammen mit seiner Patientin eingesehen werden könne. Die Themen Datenschutz, Zugriffsrechte und Sicherheit spielten bei eQuaMaDi eine große Rolle, betonte Schliffke. Alle Beteiligten seien an die TI angeschlossen, es liege eine gematik-Zulassung vor und das KVSH-Rechenzentrum sei „ohne Zweifel verlässlich“. Die digitalen Prozesse, die für eQuaMaDi entwickelt wurden, könnten perspektivisch „eine Blaupause für weitere fach- und sektorenübergreifende digitale Fallmanagements“ sein.

Bevor das Programm starte, werde es im Januar noch Schulungstermine geben, ebenfalls im Januar werde die KVSH das neue eQuaMaDi der Öffentlichkeit vorstellen. Ausdrücklich galt der Dank der Vorstandsvorsitzenden den beteiligten Berufsverbänden und dem persönlichen Einsatz ihrer Vorsitzenden. „Wir haben in

der ersten Infoveranstaltung im September schon gesehen, wie gut vonseiten der Berufsverbände die Kollegen mitgenommen wurden. Irgendwie scheinen nun alle zu brennen, dass es endlich losgeht“, fasste sie ihren Eindruck zusammen.

Vertrag zum „Diabetischen Fuß“ jetzt mit Casemanagement

Schliffke stellte einen weiteren Vertrag vor, der wesentlich überarbeitet wurde: Den Selektivvertrag zum „Diabetischen Fuß“ mit der AOK NordWest. Was bei QuaMaDi die Digitalisierung ist, ist in diesem Fall die Schaffung eines Casemanagements zur Entlastung der beteiligten Ärzte.

Doch auch an anderen Stellschrauben wurde gedreht. Die bisher komplizierten Abrechnungsmodalitäten wurden deutlich verschlankt, zudem werden sechs bis sieben über das Land verteilte regionale Fußnetze als wesentliches Element des Vertrages geschaffen. In jedem der Netze werde es künftig ein gemeinsames Casemanagement geben. Das sei eine „praxisübergreifende Delegationsform, die es bislang – außer im Lauenburger Praxisnetz – so noch nicht gibt“, hob Schliffke hervor. Patienten würden auch künftig vom Arzt eingeschrieben, danach aber kümmern sich das Casemanagement um alle weiteren Abläufe und entlaste die beteiligten Praxen von organisatorischen Aufgaben. Erfahrungen mit der Einbindung eines praxisübergreifenden Casemanagements zu sammeln sei „ein Kern dieses Relaunchs“. Denn jeder klage über immer mehr Bürokratie, aber es sei oft nicht ganz einfach, sich davon zu trennen. Bei vielen scheine ein Gefühl zu bleiben, man verlöre mit Delegation auch Kontrolle, so Schliffke. „Das muss keineswegs so sein, es kann aber wohl nur durch Qualifikation auf der Delegationsseite und mit Vertrauen peu à peu abgebaut werden.“

Ausblick auf neue Bedarfsplanung

Mitte Dezember wird der Landesausschuss Beschlüsse zur Umsetzung der neuen Bedarfsplanung in Schleswig-Holstein treffen. Wie sich das neue Regelwerk zwischen Nord- und Ostsee auswirken wird, erläuterte die Vorstandsvorsitzende in ihrem Bericht zur Lage. Schliffke wies darauf hin, dass es in Schleswig-Holstein im Gegensatz zu anderen Bundesländern möglich ist, in der Bedarfsplanung „ohne größere politische Kontroversen zu dem notwendigen Konsens mit Kassen und Land zu kommen“. Dies sei ein Verdienst einer „sehr exakten Datenbasis“, über die die KVSH verfüge.

Insgesamt, das wurde deutlich, ändert sich an den Zahlen nicht allzu viel. Die Standard-Verhältniszahlen für verschiedene Arztgruppen werden moderat neu justiert, wodurch es einen Zuwachs an Arztstellen geben wird. Dies betreffe im Wesentlichen Fachgruppen, so Schliffke, „die bereits unsere Sorgenkinder sind“. Unter anderem würden 6 neue Kinderarzt- und 10,5 zusätzliche Nervenarztstellen geschaffen. Hinzu kämen künftig Quoten für die einzelnen Schwerpunkte der fachärztlichen Internisten, um hier zu einer gleichmäßigeren Verteilung zu kommen.

Bei der Planung der hausärztlichen Versorgung kündigte Schliffke eine größere Änderung im Hamburger Umland an. Die beiden bisherigen hausärztlichen Planungsbereiche Metropolregion Ost und West werden aufgelöst und durch die ursprünglichen Mittelbereiche ersetzt, um der Entwicklung der Teilräume besser gerecht werden zu können.

Landesweit, erläuterte Schliffke, würden rund 40 neue Stellen für Allgemeinmediziner entstehen, da die Verhältniszahl für die hausärztliche Versorgung nun auch in den ehemaligen Metropolregionen dem Landesniveau angeglichen werde. Der größere Teil der neuen Niederlassungsmöglichkeiten für Allgemeinmediziner entstünde in den künftigen Planungsbereichen Elmshorn, Geesthacht und Kaltenkirchen. Sie wies darauf hin, dass dies Gebiete seien, in denen die Versorgungslage in der Vergangenheit bereits vielfach Gegenstand von Gesprächen und Presseberichten war. Die Vorstandsvorsitzende verdeutlichte aber auch die Grenzen der Bedarfsplanung. Wo auf einen Schlag 40 neue Hausärzte herkommen sollten, bleibe offen, so Schliffke. „Neue Niederlassungsmöglichkeiten bedeuten nicht automatisch eine Besetzung dieser Stellen.“

Bereitschaftsdienstkosten Thema der Honorarverhandlungen

Dr. Ralph Ennenbach, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVSH, ging auf die Honorarperspektiven für das Jahr 2020 ein. Die rechtlichen Spielräume für regionale Kompetenzen laufen faktisch darauf hinaus, die Kassen zu einer Strukturkostenbeteiligung am Notdienst zu bringen. Durch das TSVG sei eine Grundlage geschaffen worden, die Strukturkosten für den Bereitschaftsdienst und weiterer Angebote der 116117 zum Verhandlungsgegenstand zu machen. Die KVSH habe entsprechende Forderungen an die Krankenkassen gerichtet, derzeit seien diese Gegenstand von Verhandlungen.

Die zu erwartende EBM-Reform, die am 1. April 2020 in Kraft treten soll, werde im Ergebnis punktzahl- und damit auch mittelbar nur „honorarneutral“ sein. Diese Reform ziele ohnehin zunächst nur auf die Punktzahlbemessung, während die Budgetbildung in den KVen davon nur mittelbar beeinflusst werde. Es werde daher eine Neubewertung von Leistungen und damit verbunden eine Umverteilung geben, aber keine zusätzliches Geld. Für die meisten Arztgruppen werde dies nur ein „Rauschen“ ohne größere Auswirkungen sein. Bei einigen wenigen Arztgruppen könnte die Reform spürbarer werden. Die KVSH werde, kündigte Ennenbach an, im Bedarfsfall Maßnahmen prüfen, um mögliche Auswirkungen abzufedern.

Auch die Hoffnung, die gestiegenen Kosten der Praxen in den Bereichen Hygiene und Datenschutz bei den Krankenkassen einfordern zu können, liege auf Eis. Ein Gutachten, ob die Kosten sachgerecht im EBM abgebildet seien, sei auf Bundesebene noch immer nicht vorgelegt worden.

Haushalt der KVSH verabschiedet

Wie stets im November stand der Haushalt der KVSH auf der Tagesordnung. Der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. Hans Irmer, blickte sowohl zurück auf die Zahlen des Haushaltsjahres 2018 als auch auf die Planungen für das nächste Jahr. Die KVSH konnte das Jahr 2018 mit einem Überschuss abschließen, der der Rücklage zugeführt wurde. Im Jahre 2020 sieht die Planung eine Entnahme aus der Rücklage zum Ausgleich von Aufwendungen und Erträgen vor. Dr. Ralph Ennenbach wies aber ergänzend darauf hin, dass mögliche Auswirkungen des TSVG zurückhaltend angesetzt wurden.

Die Abgeordneten honorierten die solide Haushaltsführung, fassten einstimmig die erforderlichen Beschlüsse, um das Haushaltsjahr 2018 abzuschließen, und gaben grünes Licht für die Planungen 2020.

Dank für langjähriges berufspolitisches Engagement

Zum Abschluss gab es einen Abschied. Für Doris Scharell endet mit dem Jahresende nach neun Jahren die Zugehörigkeit zur Abgeordnetenversammlung, da sie ihre vertragsärztliche Tätigkeit beendet. Der Vorsitzende der Versammlung, Dr. Christian Sellschopp, dankte der Gynäkologin aus Kronshagen, die auch im Berufsverband der Frauenärzte und im Praxisnetz Kiel engagiert ist, im Namen der Abgeordneten und unter dem Applaus der Anwesenden für ihre lange und engagierte Mitarbeit.

Ein neues Gesicht wählten die Abgeordneten in den beratenden Fachausschuss der Hausärzte. Der Elmshorner Allgemeinmediziner Dr. Tomasz Warns gehört dem Ausschuss als neues stellvertretendes Mitglied an.

DELF KRÖGER, KVSH