

## Bericht zur Lage Dr. Spelmeyer VV 18.11.2023

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

wir haben heute eine besondere Vertreterversammlung. Nach unseren Protesten am 18.8. in Berlin, der Sonder-VV am 28.9. und dem gemeinsamen Protesttag mit den Apothekern am vergangenen Mittwoch in Dortmund bewegt sich etwas. Die Kolleginnen und Kollegen zeigen deutlich die Missstände auf. Nahezu alle Berufsgruppen sind auf der Straße und protestieren gegen die Gesundheitspolitik von Minister Lauterbach und das Gebaren der Krankenkassen gegenüber den Ärzten und Psychotherapeuten.

In meinem heutigen Vorstandsbericht werde ich die Aktionen zum #Praxenkollaps aber bewusst ausklammern. Darüber werden wir gleich noch intensiv mit Herrn Dr. Gassen diskutieren.

Ich möchte daher mit einigen grundlegenden Überlegungen beginnen.

Wir setzen uns zu Recht gegen die mangelnde finanzielle Ausstattung unserer Praxen und die nicht ausreichenden Honorare zur Wehr. In der Zukunft der ambulanten Versorgung warten m.E. nach aber noch ganz andere Herausforderungen auf uns alle. Wir sollten unseren Fokus deshalb nicht zu eng ausrichten.

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist in den nächsten Jahren massiv bedroht. Das gilt für den ambulanten und stationären Sektor gleichermaßen. Eine nie dagewesene Versorgungslücke entsteht. Demografischer Wandel, steigende Morbidität, Work-Life-Balance, Überalterung der Kollegen und der Patienten. Die Stichworte sind alle hinlänglich bekannt.

Wir müssen einen Masterplan entwickeln, um diesen Herausforderungen zu begegnen und die Versorgung der Bevölkerung so gut wie möglich sicherzustellen. Dafür müssen wir uns von jahrzehntelang festgefahrenen Strukturen in der Patientenversorgung lösen.

Durch Vorgaben, Regeln, Sanktionen, Budgetierungen und von Misstrauen geprägten Prüfverfahren ist das derzeitige Gesundheitswesen bankrott und hat sich in eine Sackgasse

manövriert. Darüber hinaus hat sich eine Art Industrialisierung im Gesundheitswesen breit gemacht. Die Patientenzentriertheit hat mehr und mehr der Mengenzentriertheit und dem Profit Platz gemacht. Das sind die Gründe, warum die bisherigen Leistungsträger frustriert dem System den Rücken kehren und die neue Generation nicht mehr bereit ist, ein solches System künstlich am Leben zu erhalten und in dieser Form fortzusetzen.

Wir müssen ganz neu anfangen. Wir müssen festgefahrene Strukturen aufbrechen und innovative, an der Zukunft ausgerichtete Konzepte für die ambulante Versorgung kreieren. Hierzu müssen wir uns von Denkverboten freimachen. Als KVWL möchten wir in diesen Fragen vorangehen und Treiber dieses Fortschritts sein. Unsere Überlegungen betreffen die Bereiche:

- Innovative Sicherstellungskonzepte und Patientensteuerung (bis hin zur Eigeneinrichtung als Modellpraxis einer modernen Patientenversorgung)
- Digitalisierung zur konkreten Versorgungsverbesserung
- Weiterentwicklung unserer Praxen zu Teampraxen
- Neue Honorarsystematik

Diese und weitere Punkte werden eingebettet in ein Gesamtkonzept der KVWL, mit dem wir die Weichen stellen wollen, damit die Patientinnen und Patienten auch in den nächsten Jahren die bestmögliche medizinische Versorgung erhalten und unsere Mitglieder gut und gerne nachhaltig und zufrieden in ihren Praxen arbeiten können. Wir werden das nur zusammen mit Ihnen, den Berufsverbänden, den Krankenkassen und den Politikern bewältigen können.

Aufgrund der heutigen, vollen Tagesordnung und des Besuchs von Herrn Gassen haben wir heute nicht die benötigte Zeit, um diese Überlegungen angemessen zu vertiefen. Die genannten Missstände treiben uns drei im Vorstand gleichermaßen um. Wir werden die nächsten Wochen intern dazu nutzen, Konzepte zu weiter auszuarbeiten. Und werden Sie in den nächsten Vertreterversammlungen detailliert über unsere Überlegungen informieren und Sie zur aktiven Mitarbeit aufrufen. Es ist dringend an der Zeit, dass wir gemeinsam für Veränderungen in unserem Sinne kämpfen.

Nun möchte ich mich auf zwei Sachthemen fokussieren:

- Unseren ärztlichen Bereitschaftsdienst inklusive des Themas der Sozialversicherungspflicht bei Poolärzten
- Und die regionalen Honorarverhandlungen

### Sozialversicherungspflicht bei Poolärzten

Ich beginne mit dem drängendsten Thema. Unter dem Antrag 3.1 werden wir noch einmal ausführlich über den ärztlichen Bereitschaftsdienst in Westfalen-Lippe diskutieren. Zunächst möchte ich Sie über die aktuellen Entwicklungen in Bezug auf die drohende Sozialversicherungspflicht bei Poolärzten informieren.

Wie Sie alle wissen, ist der ärztliche Bereitschaftsdienst in Westfalen-Lippe seit der großen Notfallreform im Jahr 2011 zentral organisiert. Wesentliche Merkmale der ärztlichen Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten sind die 90 Bereitschaftsdienstpraxen und der aufsuchende ärztliche Fahrdienst. Ein besonderer Erfolgsfaktor für die Durchführung des Bereitschaftsdienstes war in den vergangenen Jahren der Einsatz von Poolärzten, die Dienste der dienstverpflichteten Vertragsärzte übernommen haben. Dabei waren bzw. sind die sog. Poolärzte nicht bei der KVWL angestellt und beziehen kein Festgehalt. Sie rechnen das Honorar im Rahmen des Bereitschaftsdienstes, wie auch die Vertragsärzte, auf eigene Rechnung ab. Das hat zu einer enormen Entlastung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte beigetragen.

Im Rahmen der Zentralisierung haben wir hohe Qualitätsstandards an den ärztlichen Bereitschaftsdienst angelegt und daher alle Poolärzte eingehend überprüft. Nur mit denen, die eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung gewährleisten, haben wir eine sog. „Poolarztvereinbarung“ abgeschlossen, die zur eigenverantwortlichen Übernahme von Diensten in der Notfallversorgung berechtigt.

In Westfalen-Lippe listen wir derzeit 607 Poolärzten. Im Jahr 2023 haben bisher ca. 350 Poolärzte Dienste übernommen. Gemeinsam mit den Privatärzten hat diese Gruppe von freiberuflich tätigen Ärzten ca. 36% aller Bereitschaftsdienste in Westfalen-Lippe übernommen (27% Poolärzte und 9 % Privatärzte).

Damit hat der Einsatz der Poolärzte zu einer echten Entlastung der dienstverpflichteten Ärztinnen und Ärzte geführt. Ohne diesen Einsatz hätten wir sicher große Probleme, die Notfallversorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten aufrecht zu erhalten. Weitaus wichtiger aber ist, dass die Dienstbelastung unserer Mitglieder ohne Poolärzte deutlich ansteigen würde. Eben diese Dienstentlastung war aber der ausschlaggebende Punkt, vor über 10 Jahren die Zentralisierung des Bereitschaftsdienstes umzusetzen. Wenn wir dies in Frage stellen, wird es zu großen Sicherstellungsproblemen kommen, wenn unsere Mitglieder aufgrund einer hohen Dienstbelastung ihren Versorgungsauftrag vorzeitig zurückgeben.

Die freiberufliche Vertretungsmöglichkeit für unseren Notdienst ist also inzwischen nicht mehr wegzudenken. Wenn die Möglichkeit einer solchen Entlastung der KVWL-Mitglieder aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen nicht mehr gegeben ist, wird es zu Einschränkungen im Angebot der bisherigen Notfallversorgung in den sprechstundenfreien Zeiten kommen müssen.

Genau diese freiberufliche Vertretungsmöglichkeit ist nun aber durch ein Urteil des Bundessozialgerichtes vom 24.10.2023 und einige Statusfeststellungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung bedroht.

Das BSG hatte über die Sozialversicherungspflicht eines nicht niedergelassenen Zahnarztes, der freiwillig und mit einem Festgehalt am zahnärztlichen Notdienst in Baden-Württemberg teilgenommen hat, zu urteilen. Das Festgehalt schien hierbei den Hauptgrund für ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis und damit eine Sozialversicherungspflicht nahe zu legen. Dem folgte das BSG auch prompt.

In der mündlichen Urteilsbegründung war aber besonders bemerkenswert, dass die Eingliederung in die organisierten Abläufe des Bereitschaftsdienstes mit festgelegtem Ort, Dienstplan und festangestelltem Personal als weitaus wichtigere Gründe für die Beurteilung eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses angesehen wurden.

Die schriftliche Urteilsbegründung liegt noch nicht vor. Das kann noch einige Wochen dauern. Erst sie wird uns in die Lage versetzen, die Auswirkungen endgültig zu bewerten. Dennoch besteht bereits jetzt ein umfangreicher Prüfungs- und Handlungsbedarf in unserem Haus. Schließlich ähneln unsere Bereitschaftsdienststrukturen, mit Ausnahme des Stundenhonorars, jenen in Baden-Württemberg, die der BSG-Entscheidung zugrunde lagen. Das zwingt uns zum Handeln. Hierbei müssen wir strategisch klug agieren und eine langfristige Lösung für unsere Bereitschaftsdienststrukturen erreichen.

Nicht erst seit dem BSG-Urteil sind wir politisch aktiv geworden. Auf unser Betreiben hin hatten Minister Laumann und die „B-Länder“ einen Vorstoß in der Konferenz der Landesgesundheitsminister unternommen, um die Sozialversicherungspflicht für Poolärzte den Ärzten im Rettungsdienst gleichzustellen. Gleiches erfolgte durch die Ministerpräsidenten im Bundesrat. Dieses Ansinnen scheiterte am Widerspruch der „A-Länder“.

Zwei Tage nach dem Urteil konnten wir den Minister erneut zu schnellem Handeln bewegen und einen entsprechenden Antrag, diesmal in der Sozialministerkonferenz der Länder, zu stellen. Auch der Gesundheitsminister Baden-Württembergs, Manne Lucha von den Grünen, hat die Bundesminister Heil und Lauterbach dazu aufgefordert, eine Ausnahmeregelung für die Poolärzte umzusetzen.

Neben den Kontakten zu Landespolitikern wirken wir auch gezielt auf die Bundespolitik ein. Vor zwei Wochen hatten wir den gesundheitspolitischen Sprecher der FDP Bundestagsfraktion, Prof. Andrew Ullmann, bei uns im Hause zu Gast. Er bekennt sich inzwischen auch zu unserem Lösungsansatz. Er plädiert eindeutig für eine Befreiung von der Sozialversicherungspflicht und sieht hier schnellen gesetzgeberischen Klärungsbedarf. Auch die größte Oppositionspartei CDU/CSU hatte sich in der Konferenz der Fraktionsvorsitzenden klar positioniert und eine gesetzliche Regelung gefordert, die auch zukünftig bürokratiearm und kostengünstig die Tätigkeit von Pool-Ärzten ermöglicht. Herr Prof. Ullmann wird das Thema nach unserer Initiative auch noch einmal bei Justizminister Buschmann platzieren.

Diese Bemühungen und das letzte Gespräch im BMAS in Berlin am Mittwoch waren leider bisher nicht erfolgreich. Damit wird der ärztliche Bereitschaftsdienst in seiner bisherigen Form nicht mehr aufrecht zu halten sein. Das haben wir in allen Gesprächen deutlich gemacht!

Derweil setzen wir unsere Bemühungen fort, unsere Notfallstrukturen laufend zu optimieren.

Zur Wahrheit gehört auch, dass wir in der ambulanten Medizin auf ein großes Sicherstellungsproblem zulaufen. Bei dem demographischen Wandel und der hohen Arbeitsbelastungen der Kolleginnen und Kollegen ist das in den nächsten Jahren unvermeidbar. Das betrifft selbstverständlich auch den organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Deshalb müssen wir im ärztlichen Bereitschaftsdienst alle Kräfte bündeln und gerade die Standorte stärken, die deutlich höhere Patientenzahlen aufweisen. Aus diesen Gründen werden wir z.B. die Praxen in Lüdinghausen und Sundern zu Beginn des nächsten Jahres schließen, um angrenzende Standorte zu sichern. Wie Sie wahrscheinlich bereits der Presse entnehmen konnten, hat dies zu massivem Unmut bei der Bevölkerung und Verärgerung bei den Vertretern der Kommunen geführt. Mit Unterstützung der jeweiligen Bezirksstellenleiter haben wir konstruktive Gespräche geführt, um unsere Gründe darzulegen.

Wir müssen in Zukunft mit den Bezirksstellenleitern und der Ärztekammer den Zuschnitt der Notfallbezirke überdenken und neu strukturieren. Das haben wir in den letzten Wochen bei der kinderärztlichen Versorgung diskutiert und in der augenärztlichen Versorgung in OWL umgesetzt. Wie zu erwarten, haben sich rasch erhebliche Widerstände bei den Kolleginnen und Kollegen aufgebaut. Ich erwähne hier die Argumente der deutlich weiteren Anfahrtswege für Patienten und für Ärzte sowie die veränderte Anzahl und Rentabilität der Dienste.

Weiterhin haben wir die Kooperation mit den Krankenhäusern bei der kinderärztlichen Versorgung in ganz Westfalen und der allgemeinmedizinischen Versorgung im Hochsauerland ausgebaut. Das war nur mit großer Überzeugungsarbeit bei den Kolleginnen

und Kollegen im stationären Sektor möglich. Hier möchte ich mich für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und große Unterstützung durch die Bezirksstellenleiter und Notdienstbeauftragten bedanken. Ohne ihre Hilfe wäre dies nicht möglich gewesen.

Aber auch der Fahrdienst bedarf einer weitergehenden Reform. Wir werden nicht nur die Anzahl der Fahrzeuge und die Gebietszuschnitte des Fahrdienstes auf den Prüfstand stellen, sondern auch alternative Lösungen anderer KVen in unsere Überlegungen mit einbeziehen. Unsere ersten Analysen zeigen, dass viele Fahrten für die Leichenschau genutzt werden und somit nicht der eigentlichen Gesundheitsversorgung dienen. Hier gilt es zusammen mit Ihnen das Pro und Contra abzuwägen und nach Alternativen zu suchen.

Aus dem Modellprojekt mit den Leitstellen in OWL haben wir viel gelernt. Deshalb sind wir bei der Kooperation mit den Leitstellen in Westfalen-Lippe ein großes Stück vorangekommen. Im Vordergrund standen hierbei zunächst vertrauensbildende Maßnahmen. In zahlreichen Treffen und Gesprächen unter Teilnahme der führenden Beamten des MAGS ist uns dies sehr gut gelungen, eine schnelle telefonische Übergabe einzurichten und die Etablierung erster Schnittstellen gemeinsam zu planen. Das führt wiederum zum Einsatz geeigneter Rettungsmittel und der Versorgung in der richtigen Versorgungsebene. Dabei wäre auch die Versorgung in kooperierenden Praxen möglich. Darüber hinaus diskutieren wir die Einbindung von Gemeindenotfallsanitätern im Rahmen von Delegation und telemedizinischer Kooperation im Fahrdienst. Ich bin überzeugt, dass wir hierdurch personelle Ressourcen schonen und vor allem Kosten deutlich reduzieren können.

Die primäre Idee des Gesetzgebers zur Einrichtung des Patientenservice der 116 117 mit der TSS hat sich grundlegend verändert. Die Steuerung der Patienten in die richtige Versorgungsstruktur ist unsere oberste Maxime. Das bedeutet nicht nur die bisherige Terminvermittlung in den fachärztlichen und psychotherapeutischen Sektor, sondern auch die Akutversorgung im hausärztlichen Bereich während der Sprechstundenzeiten. Dabei ist eine schnelle Vermittlung sehr viel kostengünstiger, da sie das Volumen, das ansonsten durch zahlreiche Wiederholungsanrufe verursacht wird, massiv verkleinert und weniger Personal bindet.

Mit meinen Ausführungen möchte ich Ihnen verdeutlichen: Die Probleme bei Poolärzten, Bereitschaftsdienstpraxen und Fahrdienst zeigen, dass wir große Anstrengungen unternehmen müssen, um die ambulante Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten weiter aufrecht zu erhalten und Kosten zu sparen.

Eine weitere Kostenbeteiligung der Krankenkassen an den vorgehaltenen Strukturen ist hierbei unerlässlich.

### Regionale Finanzierungsverhandlungen in WL

Dies führt mich zu dem zweiten Themenschwerpunkt meines heutigen Berichtes. Zum Glück pflegen wir auf regionaler Ebene ein wesentlich vertrauensvolleres Verhältnis zu den Krankenkassen, als das auf Bundesebene derzeit der Fall ist. Der Verhandlungsspielraum bei den Honorarverhandlungen, den uns sowohl der Gesetzgeber als auch die Bundesbeschlüsse vorgeben, ist für uns allerdings minimal. Insbesondere das BAS als Aufsicht der bundesunmittelbaren Krankenkassen engt unseren regionalen Verhandlungsspielraum vollständig ein. Diese bürokratische Bundesbehörde will nur den bundeseinheitlichen „Einheitsbrei“ und interessiert sich nicht für unsere regionale Versorgung. Wir pochen diesbezüglich auf eine gesetzliche Regelung, die es uns erlaubt, gemeinsam mit den hiesigen Krankenkassen zielgerichtete Versorgungsverbesserungen zu erreichen und die regionalen Verhandlungsspielräume wieder einzuführen.

In den zurückliegenden regionalen Honorarverhandlungen ist uns trotzdem abermals gelungen, das Ergebnis des letzten Jahres zu verbessern. So konnten wir erreichen, dass die Krankenkassen für das nächste Jahr 7 Millionen Euro zusätzlich als Förderung für die Strukturkosten des Bereitschaftsdienstes zahlen. Diese Mittel sind nicht zweckgebunden und versetzen uns in die Lage, den Bereitschaftsdienst dort zu stärken, wo es sinnvoll und notwendig ist.

Mit 1 Millionen Euro mehr als im letzten Jahr ist das ein echter Verhandlungserfolg und hilft uns dabei, die vorhandenen Strukturen zu stärken und die Finanzierung auf breitere Füße zu stellen.



Auch für die onkologische Versorgung konnten wir 550.000 Euro zusätzlich verhandeln.

Insgesamt haben wir durch alle Maßnahmen einen Honorarzuwachs von 162,25 Millionen Euro, und damit eine Steigerung in Höhe von 4,2% bezogen auf die MGV.

Dennoch bleibt festzuhalten, dass diese Honorarsteigerung bei weitem nicht ausreicht um die Kostensteigerungen in den Praxen zu kompensieren, geschweige denn, um notwendige Investitionen vornehmen zu können.

Die Komplexität und die überbordenden Regularien und Parameter wie Demographierate, Diagnoserate, Schieberegler, Kassenwechslereffekt usw., die derzeit zur Weiterentwicklung der Honorare Berücksichtigung finden, zeigt deutlich das Ende dieser Honorarsystematik und ruft nach notwendiger Veränderung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und auf eine konstruktive Diskussion.