

Vertreterversammlung 6. September 2019

Bericht zur Lage 1. Vorsitzender

Dr. Gerhard Nordmann

Sehr geehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen,

Sie haben gerade meinen Nachfolger gewählt. Damit sind Sie einen weiteren Schritt auf unserem westfälischen Weg der gestaffelten Neubesetzung des Vorstands gegangen. Statt eines harten Schnitts wollten wir auf unsere Weise mit dem gleitenden Ausscheiden der alten Vorstandsmitglieder und der frühzeitigen Wahl der Nachfolger die Chance haben, Erfahrungen und Wissen weiter zu geben.

Sie haben Ihre Stimmen und Ihr Vertrauen dem Kollegen Dirk Spelmeyer gegeben. Das ist eine gute Wahl – ich hätte es nicht besser machen können!

Lieber Kollege Spelmeyer – ich gratuliere auch von dieser Stelle noch einmal herzlich zur Wahl in den Vorstand und zum 1. Vorsitzenden der KVWL.

Ich bin mir sicher, dass ich mein Amt am 1. Februar kommenden Jahres in gute Hände abgeben werde. Und Sie können sicher sein,

- erstens eine gut organisierte KV zu übernehmen
- und zweitens in ein gutes Vorstandsteam mit Volker Schrage und Thomas Müller aufgenommen zu werden.

Wahlen sind immer in die Zukunft gerichtet. Wir alle gehen davon aus, dass das neu zusammengesetzte Vorstandsteam der KVWL die Geschäfte für unsere Mitglieder weiter verlässlich und innovativ führen wird.

Kommen wir aber jetzt zurück in die Gegenwart. Bei den Vorständen im Amt können Sie heute in den Berichten zur Lage wieder überprüfen, ob wir die in uns gesetzten Erwartungen auch erfüllt haben.

Honorarergebnis 2019

Ich möchte deshalb gleich mit einem der wichtigsten Aufträge beginnen, den wir im Sinne unserer Kolleginnen und Kollegen zu erledigen haben: die regionale Honorarverhandlung mit den Krankenkassen. In der Juni-VV konnte ich Ihnen berichten, dass der Abschluss in greifbarer Nähe war. Mittlerweile ist die Tinte unter der Vereinbarung für 2019 getrocknet.

Wie Sie wissen werden die Preis- und die Mengenkompente auf Bundesebene zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband verhandelt. Wir hängen davon ab und können als regionale KV nur in einem gesteckten Rahmen Abweichungen bzw. zusätzliche Komponenten verhandeln. Das ist uns in den vergangenen Jahren auch mehrfach gelungen. Diesmal jedoch nicht. Wir konnten in unseren Verhandlungen mit den Kassen für die unmittelbare Weiterentwicklung der Vergütung nicht mehr erreichen als die Umsetzung der Bundesvorgaben. Das ist aus unserer Sicht bedauerlich – es gibt aber auch keine andere KV, die mehr erreicht hätte.

Sie kennen mich seit Jahren als den Pragmatiker, der am Ende gern einen Strich unter alle Komponenten macht und zusammenrechnet. So will ich es auch diesmal halten. Nehmen wir also die Anpassung des Orientierungswertes und die Mengensteigerung über die diagnosebezogene Veränderungsrate zusammen. Demnach wird

- die MGV um 54,5 Millionen Euro angehoben
- und in die EGV fließen nach der Punktwertanhebung noch einmal 12,5 Millionen Euro.

Insgesamt fließen also im laufenden Jahr mehr als 67 Millionen zusätzlich in die Vergütung der Leistungen in Westfalen-Lippe.

67 Millionen Euro bedeuten umgerechnet einen Honorarzuwachs in Höhe der Inflationsrate. Das ist sicher kein Ergebnis, das einen vor Freude auf den Stuhl springen lässt. Es ist aber immerhin ein deutlicher Zuwachs der Gesamtvergütung. Und ich habe Ihnen schon immer ein ehrliches Ergebnis präsentiert, das nicht mit Taschenspielertrick aufgehübscht wurde.

Zudem ist der Vorstand nicht mit ganz leeren Händen aus den Verhandlungen mit den westfälischen Krankenkassen zurückgekehrt. Die KVWL erhält in 2019 zusätzlich 5 Millionen Euro.

Diese 5 Millionen fließen allerdings nicht unmittelbar in die Vergütung. Sie gehören deshalb streng genommen nicht zum Komplex Honorar. Wir bekommen aber Geld für notwendige Strukturmaßnahmen und können auf diesem Weg unsere Mitglieder entlasten.

An diesem Verhandlungserfolg ist mir eines persönlich besonders wichtig ist: Die Krankenkassen gestehen uns ausdrücklich zu, mit diesem Geld auch die Strukturen des Notfalldienstes zu fördern. Wir können die Mittel unter anderem zum Ausbau der Portalpraxen oder auch zur weiteren Zusammenlegung von Leitstellen nutzen.

Meine Damen und Herren,

was ich mit Ihrem Einverständnis und Auftrag seit Jahren immer wieder versucht habe, wird nun ein Stück weit Realität. Die Krankenkassen gestehen hier in Westfalen-Lippe erstmalig zu, dass auch sie einen Teil der Strukturen im Notfalldienst mit finanzieren müssen. Ich will hier nicht triumphieren, denn es ging hier nicht um Sieg oder Niederlage. Außerdem ist dieser erste Schritt der Partner auf Kassenseite noch ein wenig zaghaft. Aber ich freue mich, dass unsere begründeten Argumente letztlich doch durchgedrungen sind. Dafür danke ich an dieser Stelle ausdrücklich den Verhandlungsführern der Kassenseite.

Vernünftige Strukturen im Notfalldienst und in der Steuerung der Patienten verlangen Investitionen. Diese können aber nicht allein der Ärzteschaft aufgebürdet werden. Hier müssen wir gemeinsam ran. Und deshalb ist dieses zusätzliche Ergebnis von 5 Millionen Euro zur Strukturförderung im Jahr 2019 vielleicht ein kleiner Schritt für die Kassen – mit Sicherheit aber ein großer Schritt für uns.

Also noch einmal zusammengefasst: Die KVWL erhält für das Jahr 2019 sockelwirksam 67 Millionen Euro unmittelbar für die Weiterentwicklung der Vergütung. Und es fließen noch einmal 5 Millionen Euro zur Strukturförderung unter anderem im Notfalldienst. Dieses Geld kommt den Kolleginnen und Kollegen indirekt zugute.

Das ist – in meinen Augen – ein annehmbares Ergebnis unserer Verhandlungen für 2019.

Lassen Sie mich aber noch einmal zurück blicken auf die Verhandlungen für das Jahr 2019. Ich muss sagen: Sie waren bei uns in Westfalen wie auch in den 16 anderen KV-Regionen lang und hart. Die Phalanx der Krankenkassen steht. Darauf werden wir uns auch für das Jahr 2020 einstellen müssen. Die Verhandlungen und das vor wenigen Tagen erzielte Ergebnis auf Bundesebene deuten genau in diese Richtung.

Eine „schwierige Verhandlungssituation“ bilanzierte der Kollege Gassen nach der ersten Runde mit dem GKV-Spitzenverband. So kann man das wohl nennen: Die Ärzteseite hatte eine Anhebung des Orientierungswertes zum 1. Januar 2020 um etwa 2,7 Prozent gefordert. Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbands sah dagegen lediglich eine Anhebung von 0,2 Prozent vor.

Sie haben es sicher alle in der Fachpresse gelesen: Geeinigt hat man sich in Berlin auf eine Punktwertanhebung von 1,52 Prozent für das Jahr 2020. Das liegt knapp unter der diesjährigen Empfehlung. Bundesweit entspricht dies einem Volumen von rund 565 Millionen Euro.

Soweit zu den Eckpunkten aus Berlin. In den kommenden Monaten wird auch die KVWL wieder ihre regionalen Gespräche mit den westfälischen Krankenkassen aufnehmen.

Wir in Westfalen haben immerhin in den vergangenen Honorarrunden bis hin zur Konvergenz im Jahr 2017 deutliche sockelwirksame Zuwächse bei der Gesamtvergütung erreichen können. Diese kommen uns natürlich heute und in Zukunft bei allen prozentualen Anhebungen zugute.

Stand EBM-Reform

Ich bleibe in meinen folgenden Ausführungen beim Thema Honorar, wechsele allerdings vom Geld-herin-holen zum Bereich Geld-verteilen. Das TSVG hat die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, gemeinsam bis zum 30. September den Entwurf für einen neuen EBM vorzulegen. Die Umsetzung soll – so das Gesetz – ab dem 1. Januar 2020 erfolgen.

In der Tat sind die Kalkulationen von Kosten und Zeitansätzen in die Jahre gekommen. Unabhängig davon soll bei einer Reform die sprechende Medizin gefördert werden. Da eine der wichtigsten politischen Vorgaben ist, die Punktsomme konstant zu halten und nicht zu steigern, müsste dafür die Bewertung von Leistungen mit hohem Technikanteil abgesenkt werden.

Das alles, werte Kolleginnen und Kollegen, hört sich nach Umverteilung an. Was die einen gewinnen können, wird den anderen Kollegen genommen werden. Sie wissen alle, dass ich mich vom Beginn meiner Amtszeit im Vorstand an stets entschieden gegen solche Umverteilungen ausgesprochen habe. Dazu stehe ich auch weiterhin: Wenn durch eine Reform des EBM innerhalb der Ärzte und Psychotherapeuten Gewinner und Verlierer produziert werden, bin ich ein erklärter Gegner der Reform!

Vernünftigerweise möchte auch die KBV Verwerfungen vermeiden. Nicht zuletzt deshalb ziehen sich die Verhandlungen zum EBM seit 2012 ergebnislos hin. Und der Druck, der derzeit von politischer Seite aufgebaut wird, hilft auch nicht weiter.

Da ein Konsens mit den Kassen nicht möglich war, haben beide Verhandlungspartner ihre eigenen Beschlussentwürfe in den Bewertungsausschuss eingebracht. Da sich keine Seite mit ihren Vorschlägen durchsetzen konnte, wurde das Institut

des BA beauftragt, Berechnungen zu beiden Vorschlägen durchzuführen. Im September wird sich der Bewertungsausschuss erneut mit der Weiterentwicklung des EBM befassen wird.

Wenn Sie mich fragen, halte ich die Umsetzung eines neuen EBM schon zum 1. Januar 2020 für unwahrscheinlich. Realistisch beim derzeitigen Stand der Verhandlungen ist allenfalls der 1. April nächsten Jahres. Wir werden die Entwicklung im Auge und Sie weiter auf dem Laufenden halten.

Stand Umsetzung TSVG in der KVWL

Um das Thema Honorar dreht es sich auch bei der Umsetzung der Vorgaben aus dem Terminservice-Gesetz. Die Auswirkungen auf das Gesamthonorar wie auf die einzelnen Fachgruppen müssen wir diskutieren. Um diese Diskussion offen und frei führen zu können, haben wir dieses Thema als eigenen Tagesordnungspunkt in den geschlossenen Sitzungsteil aufgenommen. Ich bitte deshalb, alle Fragen und Diskussionsbeiträge zum TSVG für später aufzuheben.

Neue Bedarfsplanungsrichtlinie – Bedeutung für die KVWL

Die Umsetzung neuer Ansprüche und Vorgaben macht uns nicht nur beim TSVG viel Arbeit. Seit dem 1. Juli 2019 ist ebenfalls die neue Bedarfsplanungsrichtlinie in Kraft getreten, die sich zu Beginn des kommenden Jahres in der Versorgung auswirken wird.

Diese neue Richtlinie soll den regionalen Versorgungsbedarf besser abbilden. Dafür hat der GBA die Verhältniszahlen in einer Reihe von Fachgruppen angepasst. Unter anderem bei den Fachinternisten und bei den Nervenärzten werden Quoten für Schwerpunkte bzw. Fachausrichtung eingeführt.

Das Ganze ist noch nicht richtig scharf geschaltet. Zunächst einmal bedeutet die Umsetzung für unsere Fachabteilung aufwändige Rechnerei. Und dann werden die Vorgaben erst nach Abbildung im Bedarfsplan und nach der Beschlussfassung des Landesausschusses wirksam. Dies wird voraussichtlich Ende November der Fall sein.

Ich hatte Ihnen bereits in der Juni-Vertreterversammlung prophezeit, dass auch in Westfalen-Lippe knapp 300 neue Sitze für Ärzte und Psychotherapeuten entstehen werden. Mittlerweile haben wir diese grobe Schätzung durch Hochrechnungen auf den aktuellen Stand der Versorgung konkretisiert.

Zusätzliche Arzt- und Psychotherapeutensitze bedeuten vor allem auch die Öffnung von bislang gesperrten Planungsbereichen. Dies hat grundlegende Auswirkungen auf die Praxisübergabe. Eine Ausschreibung mit einem entsprechenden Verfahren über die KV ist dann nicht mehr erforderlich und auch nicht mehr möglich. Jeder muss sich selbst um einen Praxisnachfolger kümmern – jedenfalls bis zur möglichen erneuten Sperrung des Planungsbereichs.

Ungeachtet der endgültigen Beschlussfassung im November sagen die Hochrechnungszahlen zurzeit folgendes:

Bei den Hausärzten wächst die Zahl der heute schon unbesetzten Sitze weiter an. Die Zahl der gesperrten Planungsbereiche wird weiter absinken. Diese künstliche Erzeugung neuer Hausarztstellen – ich darf es noch einmal betonen – ist ohne entsprechenden Nachwuchs eine Nullnummer. Mit diesen Zahlenspielereien löst man kein Versorgungsproblem.

Eine besonders große Anzahl neuer Zulassungsmöglichkeiten gibt es für die Fachgruppen der Kinderärzte, Nervenärzte und Psychotherapeuten.

Kinder- und Jugendmediziner können in Westfalen-Lippe künftig 35 neue Versorgungsaufträge übernehmen. In der Konsequenz bleiben nur noch 10 der 27 Planungsbereiche gesperrt.

Nervenärzte werden dringend gesucht. Etwa 43 neue Versorgungsaufträge entstehen allein in Westfalen-Lippe. Auch hier bleiben KV-weit nur 9 Planungsbereiche gesperrt.

Die Psychotherapeuten können mit 57 zusätzlichen Zulassungen rechnen. Diese verteilen sich auf 11 der 27 Planungsbereiche. In den 16 übrigen bleibt alles unverändert.

Bei den anderen grundversorgenden Fachärzten wird es dann ein bisschen weniger. Bei den Augenärzten wird die Anzahl von neuen Sitzen sehr begrenzt sein. Voraussichtlich 7 Planungsbereiche überwiegend im ländlichen Raum werden knapp geöffnet. Nur einen winzigen Spalt wird sich die Tür für zusätzliche HNO-Ärzte und Urologen öffnen: Nach der aktuellen Hochrechnung entstehen für beide Fachgruppen landesweit je 1 zusätzlicher Sitz.

Beim Closed-Shop bleibt es dagegen für Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, Hautärzte, Anästhesisten und Radiologen. Hier ändert sich lediglich der ausgewiesene Versorgungsgrad – Platz für neue Kolleginnen und Kollegen entsteht nicht.

Ein spezielles Kapitel sind natürlich die Fachinternisten, da es hier zum ersten Mal Quoten für die einzelnen Schwerpunkte geben wird. Eine generelle Entsperrung wird es in keinem Planungsbereich geben. Aber die Minimalquote für Rheumatologen führt zu 12 neuen Zulassungsmöglichkeiten in 6 Bereichen. Bei rheumatologisch tätigen Kolleginnen und Kollegen herrscht wirklich Mangel – ich hoffe, wir können tatsächlich einige Neuniederlassungen verzeichnen.

Die Maximalquoten für Gastroenterologen, Kardiologen, Nephrologen und Pneumologen sind noch nicht in allen 8 Raumordnungsregionen ausgeschöpft. Hier wird sich noch die eine oder andere Niederlassungsmöglichkeit ergeben.

Das waren jetzt viele Zahlen und Fakten. Deshalb möchte ich noch einmal schlaglichtartig zusammenfassen, was für die Kolleginnen und Kollegen draußen wichtig ist.

- Die neue Richtlinie wirkt sich in der Versorgung erst ab Dezember 2019 aus – die Beschlüsse des Landesausschusses müssen abgewartet werden. Vorher passiert nichts.
- Große Veränderungen gibt es bei den Kinderärzten, Nervenärzten und Psychotherapeuten. Bei diesen Gruppen werden Anfang 2020 viele Planungsbereiche entsperrt und es entstehen zahlreiche neue Sitze.
- Für alle neu entstehenden Sitze gibt es kein Windhundrennen! Die Bewerbungsfrist wird voraussichtlich im Dezember beginnen und bis Februar laufen, abhängig von der Beschlussfassung des Landesausschusses. Veröffentlicht wird das in KVWL Kompakt im Dezember. Alle fristgerecht eingegangenen Anträge müssen berücksichtigt und ggf. in einem Auswahlverfahren gegeneinander abgewogen werden.
- Solange Planungsbereiche nicht mehr von Zulassungssperren betroffen sind – je nach Bewerbungslage also von Dezember 2019 bis Mai 2020 – können Praxen ohne Ausschreibungsverfahren weitergegeben werden.
- Die KVWL wird die Ärzte mit laufenden Ausschreibungsverfahren und die Bewerber zeitnah über die neue Situation informieren.

Gesetzentwurf zur Reform des Notfalldienstes

Mein letztes Thema möchte ich mit einem Appell an Ihre Allgemeinbildung beginnen. Kennen Sie noch die schönen ironischen Parkinsonschen Gesetze aus der 50er Jahren? Der englische Soziologe Parkinson hatte seinerzeit mit feiner britischer Ironie einige Lehrsätze von grundlegender Wahrheit aufgestellt. Das wichtigste und treffendste Gesetz ist

„Arbeit dehnt sich in genau dem Maß aus, wie Zeit für ihre Erledigung zur Verfügung steht.“

Das – liebe Kollegen – ist das Grundgesetz der Bürokratie: Je mehr Zeit, desto langsamer wird gearbeitet.

Unser Bundesgesundheitsminister scheint die Zeit, die ihm noch verbleibt, für sehr knapp zu halten. Sein Output an Gesetzen, Regeln, Richtlinien bleibt extrem hoch. Mitte Juli erreichte uns aus heiterem Himmel der „Diskussionsentwurf“ eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung.

Jens Spahn hat bei dieser angestrebten Neuregelung der gesamten Notfallversorgung – vom ambulanten Bereitschaftsdienst bis zur Notfallrettung, von der gemeinsamen Leitstelle bis zum Integrierten Notfallzentrum – allerdings einen großen Klotz am Bein. Die Bundesländer müssen umfangreich beteiligt werden. Letztlich muss sogar das Grundgesetz für die Ausweitung der Gesetzgebungskompetenz des Bundes angepasst werden. Das alles ist sehr konfliktreich und wird deshalb noch viel Zeit kosten.

Der Minister weiß das und ist deshalb ungewöhnlich zurückhaltend. Das veröffentlichte Papier ist keinesfalls der übliche Referentenentwurf aus dem zuständigen Ministerium. Es handelt sich vielmehr lediglich um ein Diskussionspapier, zu dem man die Meinung der Länder einholen will. Und da dies noch nicht vorsichtig genug erschien, wurde noch eine große Hintertür eingebaut: „Nicht mit der Hausleitung abgestimmt“ prangt in großen Lettern über dem ganzen Papier.

Wohin gehen aber die Gedanken der Beamten des Bundesgesundheitsministeriums, die sie noch nicht mit ihrem Chef abstimmen konnten?

Kurz gesagt: Die gesamte Notfallversorgung soll zu einer eigenständigen Säule zusammengefasst werden, die weitgehend unabhängig vom ambulanten wie von stationären Sektor organisiert und finanziert wird. Die bislang regional sehr unterschiedlichen Strukturen sollen in ein neues System der integrierten Notfallversorgung überführt werden. Heute schon funktionierende Strukturen sollen dabei – immerhin – eingebunden werden.

Kernelemente der neu strukturierten Notfallversorgung sind

- rund um die Uhr telefonisch erreichbare gemeinsame Notfall-Leitzentren
- die verbindliche Zusammenarbeit der Rufnummern 112 und 116117

- ein für alle verbindliches Ersteinschätzungsverfahren
- eine digitale Dokumentation zur Weitergabe der notwendigen Patientendaten
- sowie rund um die Uhr geöffnete Integrierte Notfallzentren als erste Anlaufstelle

Der Diskussionsentwurf nimmt Einiges aus den einschlägigen wissenschaftlichen Gutachten zum Notfalldienst der letzten Jahre auf. Er greift ebenso auf Strukturen zurück, welche die KVen in ihren Bereitschaftsdiensten bereits eingeführt haben oder als sinnvoll und notwendig ansehen.

Ich persönlich habe mich – wie auch im Entwurf vorgeschlagen – stets für einen Notfallbereich als eine eigenständig finanzierte dritte Säule der Versorgung ausgesprochen. Die Honorierung der ärztlichen Leistungen wie auch die Finanzierung der notwendigen Infrastruktur müssen in vollem Umfang von den Kostenträgern übernommen werden und dürfen nicht länger die Vergütung der normalen ambulanten Versorgung belasten.

Auch anderen Elementen des Entwurfs können wir zustimmen, da sie in unserem KV-Bereich bereits im Einsatz sind oder zurzeit erprobt werden. Bereits 22 mit Kliniken gemeinsam betriebene Portalpraxen in Westfalen-Lippe nehmen die Idee der INZ vorweg. In einem Modellversuch erproben wir mit der Rettungsleitstelle der Kreise Lippe, Paderborn und Höxter die Option einer integrierten Leitstelle. Mit SmED haben wir ein Ersteinschätzungsverfahren im Einsatz. Und nicht zuletzt haben wir uns federführend an der Entwicklung einer elektronischen Fallakte beteiligt, mit der die Anforderungen aus dem Gesetzentwurf – ein schneller Datentransfer von der Annahme in der Leitstelle bis zur Behandlung – erfüllt werden können.

So weit finden wir uns wieder – so weit können wir mitgehen.

Dann kommen im Detail aber doch ein paar reichlich krude Ideen. So soll den Kassenärztlichen Vereinigungen mit einem Federstrich der Sicherstellungsauftrag für die sprechstundenfreien Zeiten genommen werden. Die Bundesländer sollen stattdessen für den Bereitschaftsdienst verantwortlich sein, so wie sie es heute schon für die

Durchführung des Rettungsdienstes sind. Da wünsche ich den zuständigen Behörden viel Spaß: Fällt der Sicherstellungsauftrag für die Zeiten des Notfalldienstes weg, entfällt auch die rechtliche Grundlage für die KVen, ihre Mitglieder zum Notfalldienst zu verpflichten und einzuteilen.

Der Vorschlag ist so unpraktikabel, dass auch die Länder vor diesem Danaer-Geschenk zurückschrecken. Dies wurde jedenfalls auf den Berliner Fluren nach einer ersten Beratung der Länder gemunkelt.

Auch gegen andere geplante Regelungen haben die KVen bereits interveniert. So lehnen wir natürlich die im Entwurf skizzierte direkte Abrechnung der Leistungen der Integrierten Notfallzentren mit den Krankenkassen ab. Der Honoraranspruch soll also nicht mehr dem die Leistung erbringenden Arzt zustehen, sondern der wirtschaftlich und rechtlich eigenständigen Institution INZ. Dies widerspricht nicht nur dem an anderer Stelle des Gesetzentwurfs postulierten Grundsatz, dass die Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung anzuwenden sind. Es handelt sich schließlich immer noch um persönlich erbrachte Leistungen von Ärztinnen und Ärzten. Wie schon beim Sicherstellungsauftrag sehen wir auch bei der Leistungsabrechnung keinen vernünftigen Grund, von der bestehenden und reibungslos funktionierenden Praxis einer Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen über die KVen abzuweichen.

Ich habe mit den Verantwortlichen in unserem MAGS über den Gesetzentwurf gesprochen. Ebenso wie die KV Nordrhein und die beiden Ärztekammern haben wir eine kritische schriftliche Stellungnahme abgegeben. Aber wir sind insgesamt noch in einem reichlich frühen Stadium. Vieles wird sich durch die Diskussionen auf den verschiedenen beteiligten Ebenen in den nächsten Monaten noch verändern. Ich gehe davon aus, dass selbst der erste offizielle Referentenentwurf, der dem Bundeskabinett als Entscheidungsvorlage dient, in weiten Teilen schon ganz anders aussehen wird. Das haben wir ja auch schon bei anderen Spahn'schen Gesetzen erlebt.

Am Ende wird nicht nur Parkinsons Gesetz gelten – sondern auch jenes des SPD-Politikers Peter Struck:

„Kein Gesetz verlässt das Parlament so, wie es hineingekommen ist.“

Wir werden jedenfalls aufmerksam dran bleiben und auf unsere Expertise verweisen. Schließlich haben wir seit unserer Reform 2011 schon einiges aufgebaut. Und wir werden noch weitere Verbesserungen umgesetzt haben, bevor der jetzige Gesetzentwurf die politischen Hürden genommen hat.

Ich bin mir sicher, es wird nicht das letzte Mal sein, das wir hier über die Fortentwicklung belastbarer Notfalldienststrukturen sprechen werden.

Und genauso bin ich mit sicher, dass dies nicht der letzte Gesetzentwurf dieser Bundesregierung ist, mit dem wir uns hier auseinander setzen müssen. Im Dezember ist die nächste Vertreterversammlung. Ich bin sehr gespannt, ob Jens Spahn es ein weiteres Mal schaffen wird, rechtzeitig mit einem neuen Gesetz auf dem Markt zu sein.