

Bericht zur Lage Dr. Spelmeyer 14.06.2024

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

eines der großen Projekte der Gesundheitspolitik, an dem ich in meiner ersten Amtszeit mitwirken wollte, steht mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz kurz vor der Vollendung: Die kurzfristige Endbudgetierung von Haus- und Kinderärzten. Mittelfristig muss natürlich auch die Entbudgetierung der Fachärzte folgen. Daran werden wir in Zukunft weiter arbeiten und nicht nachlassen, bis das Ziel erreicht ist.

In der ursprünglichen Fassung des Referentenentwurfs zeigten sich beim Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz aber noch einige erhebliche Fehler. Die Kernforderung, die Konstruktion der Endbudgetierung wie bei den Kinderärzten als MGV+ umzusetzen, war zwar erfüllt. Es zeigte sich aber im ersten Referentenentwurf der handwerkliche Fehler, dass eine Querfinanzierung aus den Honorartöpfen der Fachärzte hätte erfolgen müssen. Hierbei, wie auch bei der technischen Umsetzung der Berechnungsweise, konnten wir richtungsweisende Veränderungen und Verbesserungen erreichen, so dass das Verfahren nun gerecht, praktikabel und nachvollziehbar ist.

Der Entwurf ist immer aber immer noch unnötig umständlich. Deshalb haben wir unser Gesundheitsministerium mit Informationen versorgt und es ermuntert, eine Initiative des Landes Mecklenburg-Vorpommern hinsichtlich einer entsprechenden Vereinfachung und Präzisierung des Gesetzestextes in dieser Woche zu unterstützen.

Weiterhin wurde als Aufsatzzeitraum für die Berechnung der MGV+ im hausärztlichen Bereich das Jahr 2023 festgelegt, was aus unserer Sicht eine stabile und geeignete Basis darstellt und zu einem deutlichen Honorarzuwachs führen wird.

Ich möchte nicht unerwähnt lassen, dass durch Intervention der KVen auch die Hausbesuche entbudgetiert werden.

Darüber hinaus haben wir uns als KVWL um die Themen der Versorgungs- und Vorhaltepauschalen gekümmert und konnten hierbei einige Verbesserungen erreichen. Im Laufe der Aktivitäten haben wir uns bei fast allen Themen mit anderen KVen und am Ende auch mit

der KBV abgesprochen, um eine höhere Durchsetzungskraft zu erreichen. Auch in Abstimmung mit der Spitze des Hausärzteverbandes haben wir Stellungnahmen und konkrete Änderungsvorschläge eingebracht:

Versorgungspauschale:

In der aktuellen Entwurfsfassung des GVSG wurde an der Grundidee einer Jahrespauschale für chronisch kranke Menschen festgehalten, aber auf ein sinnvolles Maß reduziert. Das bedeutet, bei einer Versorgung von chronisch kranken Patienten mit leichter Ausprägung ist die Pauschale für bis zu max. 4 Quartale abrechnungsfähig, unabhängig davon, wie viele Arzt-Patienten-Kontakte in dem Zeitraum stattgefunden haben. Allerdings soll sie nur noch für Patienten mit kontinuierlichem Versorgungsbedarf, mit einem Arzneimittel und ohne intensiven Betreuungsaufwand gelten (sog. leichte Chroniker). Das reduziert die Anzahl der Krankheitsbilder, für die die Versorgungspauschale anwendbar ist. Die finanziellen Risiken einer Umverteilung bleiben damit überschaubar.

Es bleibt nun abzuwarten, an welcher Stelle die Krankheitsbilder genau definiert werden sollen. Wahrscheinlich muss der Bewertungsausschuss die Festlegungen treffen.

Durch diese Reduktion der Anwendungsfälle wird einerseits die erwünschte Wirkung der Versorgungspauschale, nämlich die Vermeidung von unnötigen Wiedereinbestellungen, abgeschwächt. Andererseits werden hierdurch die Probleme, die mit der ursprünglich vorgesehenen Jahrespauschale aufgekommen wären, auf ein geringes Maß reduziert.

Unsere Kritikpunkte an der ursprünglichen Regelung waren vor allen Dingen die fehlende Patientensteuerung und die schlechte Administrierbarkeit der Mehrfachinanspruchnahme, wenn ein Patient mehrere Hausärzte im Jahr aufsucht. Es war schnell ersichtlich, dass ein Einschreibemodell zwar ein geeigneter, aber kein realistischer Lösungsweg gewesen wäre. Wir haben schließlich mit unserer Idee des „Praxis-Patienten-Kontakt (PPK)“ das Instrument entwickelt, das dieselben Ziele erreicht wie eine Jahrespauschale und damit die medizinische Versorgung der Menschen in Zukunft gewährleisten kann. Wir haben mit diesem Projekt zwar noch keinen Eingang in den Kabinettsentwurf gefunden. Jedoch wurde die Problematik

bei der Jahrespauschale nun erkannt und durch die Einschränkung auf wenige definierte Krankheitsbilder deutlich abgeschwächt.

Ich werde nicht nachlassen, dieses wesentliche Element der PPK in der Versorgung weiter zu bewerben und Meinungsbildner zu sein. Unsere Gespräche im KV-System, mit Krankenkassen und der Politik bestätigen mir, dass wir hier auf dem richtigen Weg sind.

Vorhaltepauschale

Einen guten Erfolg konnten wir bei der Ausgestaltung der Vorhaltepauschale erreichen. Unsere Anregungen, die Kriterien zu verändern, die für die Vorhaltepauschale geleistet werden müssen, wurden teilweise aufgenommen. Inzwischen sind die zu erbringenden Voraussetzungen insgesamt weicher formuliert und schaffen damit größere Spielräume für die konkrete Definition im Bewertungsausschuss. Die verpflichtende Samstagssprechstunde ist nicht mehr im Gesetzestext zu den Vorhaltepauschalen enthalten. Auch die Mindestanzahl der zu versorgenden Patienten ist nun nicht mehr auf 450 festgelegt, sondern kann vom Bewertungsausschuss definiert werden.

Zwei wesentliche Forderungen unsererseits wurde bisher vom BMG noch nicht umgesetzt:

1. Alle Änderungen an der Vergütungssystematik, die mit zusätzlichen Anforderungen bzw. Leistungen verbunden sind, müssen mit neuem Geld finanziert werden!
2. Wenn sich in einem Modell in der selektivvertraglichen Erprobungsphase wirklich eine Versorgungsverbesserung herausstellt, dann müssen diese als festes Element in den Kollektivvertrag aufgenommen werden und allen Versicherten zur Verfügung stehen.

Wenn sich hinter der HzV-Versorgung also tatsächlich eine gute Steuerungsfunktion verbirgt, wäre es verschenkt, diese über verschiedene Verträge für jede Kasse gesondert abzubilden. Selektivverträge, die in der Evaluation die Patientenversorgung spürbar verbessern und die Ressourcen der Krankenkassen schonen, gehören nach der Evaluationsphase in den Kollektivvertrag.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass durch die Hintergrundgespräche in den vergangenen Wochen erreicht wurde, dass im BMG ein anderes und besseres Verständnis für die Versorgungsrealitäten geschaffen wurde. Die daraus resultierenden Anpassungen im GVSG führen dazu, dass wir mit den Regelungen deutlich besser leben könnten. Allerdings wird das Gesetz dadurch an der ein oder anderen Stelle auch weniger wirksam in Bezug auf einen effizienteren Einsatz der ärztlichen Ressource sein.

Insgesamt hat sich die Arbeit am Gesetz bisher gelohnt, hört aber sicher noch nicht auf. Wir werden das Gesetzgebungsverfahren bis in den Herbst hinein begleiten und versuchen, weiter mitzugestalten. Besonders unsere Impulse zu neuen Vergütungsanreizen wie z.B. nach der Praxis-Patienten-Kontakt-Methode, werden wir weiter vorbringen.

Notfallreformgesetz des Bundes

Seit der vergangenen Woche kursiert darüber hinaus ein Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung, der am 17. Juli bereits ins Bundeskabinett gehen soll.

Die wesentlichen Inhalte des Entwurfs möchte ich Ihnen kurz vorstellen.

Die KVen werden demnach verpflichtet, eine Akutleitstelle zu betreiben, die rund um die Uhr erreichbar ist. Unter der Nummer der Akutleitstelle sind die Leistungen der bisherigen TSS-Akutfälle und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes aus dem klassischen Geschäft der 116 117 zusammengefasst. Darüber hinaus soll die Akutleitstelle digital mit den Rettungsdienstleitstellen der 112 vernetzt sein, um eine Übergabe der Patienten von der einen in die andere Versorgungsebene zu ermöglichen.

Diese Regelung entspricht unserer Strategie in der Steuerung. Der Gesetzgeber setzt damit das um, was wir auf regionaler Ebene ohnehin schon vorantreiben, seitdem wir die Anrufe der 116 117 im eigenen Haus abwickeln. Der Geschäftsbereich Patientenservice hat in den letzten Wochen schon viele Kooperationen mit den regionalen Rettungsdienstleitstellen vorangetrieben und wir würden diesen Weg ohnehin weitergehen.

Ein weiterer begrüßenswerter Punkt aus dem Referentenentwurf ist, dass endlich gesetzgeberisch festgehalten wird, dass die Krankenkassen sich an den Strukturkosten des Notfalldienstes beteiligen müssen. Konkret heißt es: „Die KVen und die Landesverbände der Kassen und Ersatzkassen stellen einen zweckgebundenen Betrag in gleicher Höhe zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereit“.

Das wäre ein Paradigmenwechsel, auf den wir lange gewartet haben. Seit Jahren fordern wir gebetsmühlenartig, dass die Krankenkassen sich an den Strukturkosten des Notfalldienstes beteiligen. Bisher ist es lediglich innerhalb der Honorarverhandlungen gelungen, einen geringen Kostenbeitrag der Kassen zu vereinbaren. Eine eindeutige gesetzliche Regelung wäre hier ein deutlicher Fortschritt.

Ich stelle darüber hinaus klar: Die KVWL wird eine hundertprozentige Finanzierung durch die Krankenkassen fordern! Es ist weiterhin nicht nachvollziehbar, warum die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen die Strukturkosten des Notdienstes aus eigener Tasche bezahlen müssen. Hier herrscht ein ungerechtes Ungleichgewicht zu anderen Sektoren.

Eine weitere finanzielle Richtigstellung ist erforderlich: Es findet in der nun gesetzlich angedachten Regelung eine bedenkliche Vermischung von Honorar und Strukturkosten statt. So ist vorgesehen, dass Gelder aus der ohnehin zu knapp bemessenen MGV zur Finanzierung der Strukturkosten eingesetzt werden, wenn diese nicht vollständig ausgeschüttet werden konnten. Diese Gelder werden bisher zur Stützung der haus- und fachärztlichen Honorare verwendet. Erst für den anschließend verbliebenen Finanzierungsanteil greift die neue Regelung, dass die Kosten zu 50% von den KVen und zu 50% von den Krankenkassen getragen werden sollen. Diese sachfremde Vermischung der Beträge von Haushalt und Honorar dürfen wir nicht zulassen. Wir werden im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch einmal deutlich unsere Stimme erheben.

Damit komme ich zu den inhaltlichen Kritikpunkten am Gesetzesentwurf. Der Sicherstellungsauftrag würde nach dem Referentenentwurf auf eine vertragsärztliche Erstversorgung rund um die Uhr erweitert, wenn eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers sollen die

KVen 24/7 einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst und eine telemedizinische Versorgung vorhalten. Also selbst zu den regulären Praxisöffnungszeiten können Patientinnen und Patienten einen Besuchsdienst oder ein telemedizinisches Leistungsangebot in Anspruch nehmen, wenn sie sich zuvor an die 116 117 wenden. Dazu wird den KVen gestattet, diese Einsätze auch von nichtärztlichem Personal unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung durchführen zu lassen. Auch Kooperationen mit dem Rettungsdienst sieht der Gesetzgeber als Lösungsmöglichkeit an, genau wie eine Vermittlung in vertragsärztliche Kooperationspraxen.

Mit dem Ziel, die bisherigen Notfallstrukturen, insbesondere auch im stationären Bereich zu entlasten, werden hier weitere Parallelstrukturen aufgebaut.

Dieses Konzept, dass vor allem aus der Krankenhausperspektive gedacht ist, war und ist seit Jahren falsch: Bereits jetzt haben wir einen massiven Fachkräftemangel bei Ärzten und anderen medizinischen Fachberufen. Darüber hinaus würde man mit dieser Regelung eine Anspruchshaltung bei den Patienten befördern, die es als Selbstverständlichkeit betrachtet, dass vertragsärztliche Versorgung und die eigene Bedürfnisbefriedigung Tag und Nacht bereit zu stehen hat. Was ginge davon für ein Signal aus? Auch für die kommenden Generation von niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzten?

In diesem Punkt herrscht sicher noch großer Gesprächsbedarf und wir werden das Gesetzgebungsverfahren engmaschig begleiten müssen.

Das gilt ebenso für die Ausgestaltung der Integrierten Notfallzentren, die auch in diesem Gesetzentwurf wieder vorgesehen sind. Auch hier werden wir von unserem Gestaltungsauftrag Gebrauch machen und uns in die politische Diskussion einbringen.

Ein für uns sehr wichtiger Punkt fehlt im Gesetzesentwurf der Notfallreform und ist doch so wichtig: Die Befreiung der Poolärzte von der Sozialversicherungspflicht. Im Vorfeld des Gesetzesentwurfes hatte sich die FDP noch klar positioniert und mitgeteilt, dass es für sie keine Notfallreform geben wird, ohne dass die Poolärzte von der Sozialversicherungspflicht entbunden würden, da andernfalls die Zukunft der ambulanten Notfallversorgung gefährdet

sei. Mit Recht verwies die FDP auf eine vergleichbare Regelung bei den Rettungsmedizinern, die auch auf den ambulanten Bereich ausgedehnt werden sollte.

Bisher fehlt dieser Passus. Wir hoffen, dass die FDP Wort hält und eine entsprechende Ausnahme im weiteren Gesetzgebungsprozess noch aufgenommen wird.

Praxis der Zukunft – Initiative des MAGS

Eine weitere Gelegenheit unsere eingangs genannten Überlegungen zur Zukunft der ambulanten Versorgung gestalterisch einzubringen, haben wir im Landesgesundheitsministerium. Nachdem der Minister Karl-Josef Laumann sich in den letzten Jahren intensiv dem stationären Versorgungsbereich gewidmet hat und die Krankenhausreform in NRW zum Ende dieses Jahres abgeschlossen sein soll, rückt nun der ambulante Sektor in den Fokus.

Unter dem Motto: „Gute Versorgung der Patienten in NRW – Praxis der Zukunft“ hat das MAGS in der vergangenen Woche ins Ministerium geladen. Ziel ist es, alle Beteiligten der ambulanten Versorgung an einen Tisch zu holen und einen Diskussionsprozess zu starten, wie man das Gesundheitswesen umbauen müsste, um auch in Zukunft eine gute ambulante Versorgung sicherstellen zu können.

Die Ausgangslage ist uns allen bewusst. Das Zusammenspiel aus einer älter und kränker werdenden Gesellschaft, bei gleichzeitigem Fachkräftemangel und einem hohen Altersdurchschnitt bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen beschäftigen uns jeden Tag.

Es ist absolut richtig, dass das MAGS sich der zukünftigen medizinischen Versorgung nun auch im ambulanten Bereich annimmt und viele Akteure einbezieht. Als KVWL werden wir uns in den Prozess intensiv einbringen. Schon vor der ersten Sitzung haben wir Vorschläge erarbeitet, welche Weichenstellungen in den kommenden Jahren gesetzt werden müssen, um die ambulante Versorgung zu stärken.

Das MAGS möchte nun Workshops veranstalten, um die relevanten Themen für die Praxis der Zukunft zu einem einheitlichen Verständnis zu bringen und aus Nordrhein-Westfalen heraus Impulse in die Gesetzgebung des Bundes zu setzen. Ich versichere Ihnen, darin wird die Handschrift der KVWL zu erkennen sein.

Landesausschuss

Schließlich beschäftigen wir uns intensiver mit der Zukunft der ambulanten Versorgung, als die anderen beteiligten Organisationen es tun. Durch unsere vorausschauende Datenanalyse wissen wir über die Altersstruktur der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Bescheid. Wir kennen die Versorgungslage im zeitlichen Verlauf und stellen unsere Sicherstellungsmaßnahmen auf diese Entwicklung ab.

Erst vor zwei Wochen haben wir im Landesausschuss ein aktuelles Bild über die Versorgungslage in Westfalen-Lippe erhalten. Auffallend und bemerkenswert ist dabei, dass die Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzten immer stärker wächst. In den letzten zehn Jahren mit einer Steigerungsrate von 225%. Gleichzeitig ist die Zahl der Teilzeitbeschäftigten in Arztpraxen und MVZ ebenso stark um 276% gestiegen. Das sind Entwicklungen in der Versorgung auf die wir in der Bedarfsplanung, bei Sicherstellungsmaßnahmen und auch bei der Erstellung von Konzepten für die zukünftige ambulante Versorgung eingehen müssen.

Noch ist die Versorgung flächendeckend sichergestellt. Jedoch zeichnen sich massive Probleme ab, die die gute Versorgungslage in den nächsten Jahren bedrohen. Demografischer Wandel, fehlender Nachwuchs sind uns leider schon viel zu bekannte Schlagworte.

Der Landesausschuss hat in seinen letzten Sitzungen einige Regionen als drohend unterversorgt eingestuft. Die größte Herausforderung bleibt die Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte. Insbesondere im hausärztlichen Bereich, in dem 40% mindestens 60 Jahre alt sind. Es gestaltet sich zunehmend schwieriger, ausscheidende Ärzte zu ersetzen.

Um den Mangel zu bekämpfen, betreiben wir umfassende Förderprogramme. Ich berichtete Ihnen in der letzten VV ausführlich davon. Doch nicht nur der ärztliche Nachwuchsmangel

belastet die Versorgung. Auch der Fachkräftemangel und der wachsende Zuwendungsbedarf für eine steigende Anzahl älterer Menschen tragen dazu bei, dass die Sicherstellung zunehmend gefährdet ist.

Es muss uns in den nächsten Jahren gelingen, Standortschließungen zu verhindern und Versorgungsstrukturen vor allem in strukturschwachen Gebieten zu stärken. Es müssen Anreize gesetzt werden, dass der ärztliche Nachwuchs auch weiterhin möglichst bedarfsgerecht verteilt ist. Vorhandene Ressourcen müssen effizient gesteuert werden, um die Versorgung mit unterstützenden, arztentlastenden Maßnahmen sicherzustellen.

Eigeneinrichtung

Wir sind aktiv und bekämpfen die Sicherstellungsprobleme in allen Regionen. Über die diversen Fördermaßnahmen, die Zukunftsmacherinnen und die Kooperation mit den Kommunen habe ich Ihnen in der Vergangenheit immer wieder berichtet.

Bei allen Maßnahmen war uns stets bewusst, dass eine Eigeneinrichtung, also eine selbst von der KVWL betriebene Praxis, als ultima ratio greifen kann. Zu einer solchen haben wir an zwei Standorten gegriffen. Im Kreis Olpe stellt die KVWL seit Mai 2023 Praxisräume für einen substituierenden Arzt und finanziert das Praxispersonal. In Kalletal betreiben wir seit dem 1. Januar 2024 eine Eigeneinrichtung. Die hausärztliche Versorgung war dort ohne das Eingreifen der KVWL nicht mehr stemmbar. Ich möchte Ihnen heute einen kurzen Zwischenstand über das Betriebsergebnis der Eigeneinrichtung geben.

Wir konnten das erste Quartal 2024 mit einem geringfügigen Verlust abschließen. Dieser lag allerdings auch in Aufwendungen für einmalige Kosten begründet. Die Hochrechnung für das zweite Quartal zeigen, dass die Eigeneinrichtung der KVWL in Kalletal mit einem positiven Ergebnis abschließen wird. Die Prozesse sind etabliert und die Patientinnen und Patienten in Kalletal nutzen dieses gute Versorgungsangebot.

Noch erfreulicher ist, dass die langfristige Zukunft der Praxis gesichert ist. Wir konnten die Eigeneinrichtung zum 1.1.2025 verkaufen. Ein ärztlicher Kollege übernimmt die Räumlichkeiten, das Personal und den Patientenstamm. Er wird zudem ab dem 1.7.2024

bereits in der Praxis angestellt sein und sich in der Zeit mit den Abläufen, den Mitarbeitern und den Patienten vertraut machen, bevor er zum neuen Jahr die komplette Verantwortung für den Praxisbetrieb trägt. Als KVWL ziehen wir uns dann zurück.

Genau so war es von Anfang an geplant und so ist es die Idealvorstellung einer Eigeneinrichtung. Diese sollte immer nur temporär von der KV organisiert sein. Langfristig muss es stets das Ziel sein, die Eigeneinrichtung zu übergeben und mit ihr Kolleginnen und Kollegen für die Niederlassung und das Führen einer Praxis in Eigenverantwortung zu begeistern. Das ist uns hier gelungen. Nach den gemachten Erfahrungen sind wir zuversichtlich, dass eine Eigeneinrichtung ein wichtiges Werkzeug sein kann, um kurzfristige Versorgungsengpässe auch in anderen Regionen zu überbrücken.

Ostwestfälischer Praxisbörsentag

Neben der Eigeneinrichtung in Kalletal und den Maßnahmen aus dem Förderverzeichnis auf Basis der Beschlüsse des Landesausschusses sind wir mit weiteren Maßnahmen in Ostwestfalen-Lippe aktiv.

Am vergangenen Samstag hat der erste ostwestfälische Praxisbörsentag in Bielefeld stattgefunden. Seit Jahren ist der zentrale Praxisbörsentag in Dortmund ein Besuchermagnet. Praxisabgeber und Niederlassungswillige finden hier zueinander und lernen in Seminaren aufschlussreiche Dinge über Praxisgründung, Praxisführung und Praxisabgabe.

Die Resonanz war in den vergangenen Jahren so groß, dass wir mit dem Praxisbörsentag nun in die Fläche gehen und die Veranstaltung direkt in der Region anbieten. In der Ravensberger Spinnerei in Bielefeld kamen mehr als 200 Personen zusammen. Praxisinhaber, MFA, angestellte Ärzte, Weiterbildungsassistenten und Klinikärzte aus den verschiedenen Fachgruppen hatten die Möglichkeit, sich kennenzulernen und miteinander ins Gespräch zu kommen. Über 100 „Biete-„und „Suche“-Anzeigen aus der Region wurden über die KVbörse vorgestellt.

Daneben konnte man sich bei Ausstellern über die Vorzüge der Region informieren oder konkrete Kontakte anbahnen, die eine Praxisübergabe und Praxisführung erleichtern. Zu den Ausstellern zählten die Bezirksstellen, die ApoBank, regionale Praxisnetze, die KoStA, das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin oder die Berufsverbände. Auch die Kommunen, die Akademie für medizinische Fortbildung und die Universitäten der Region waren vertreten und informierten über ihr Fortbildungs- oder Unterstützungsangebot.

Die Experten dieser Institutionen bieten zum Teil auch Vorträge an, die die verschiedenen Aspekte der Niederlassung, der Praxisführung und die Aus- und Weiterbildung beleuchten. Offene Gespräche mit Steuerberatern oder Kommunikationstrainern gehörten ebenfalls zu den Möglichkeiten des regionalen Praxisbörsentages.

Ich war selbst vor Ort und konnte mich von der guten Stimmung auf der bestens organisierten Veranstaltung überzeugen. Mein ausdrücklicher Dank geht an Frau Niemeyer und alle Beteiligten, für die Durchführung dieses Experimentes. Ich denke, es ist geglückt und es steht der KVWL gut zu Gesicht, in die Fläche zu gehen und vor Ort über das vielfältige Beratungsangebot bei den Sicherstellungsmaßnahmen zu informieren.

Es zeigt sich, dass das Interesse für eine Niederlassung nach wie vor hoch ist. Der eine oder die andere braucht lediglich einen kleinen Anstoß, die richtige Ansprache oder weitergehende Informationen, um sich konkret mit der Übernahme einer Praxis auseinanderzusetzen. Hier müssen wir ansetzen und auch in Zukunft vor Ort über unser breit gefächertes Beratungsangebot informieren. Daraus ergeben sich immer wieder interessante Kontakte, weitergehende Beratungsgespräche und nicht selten auch konkrete Matches, wo Praxisabgeber und Übernahmeeinsteiger zueinander finden.

Moderator und Partner solcher Begegnungen im Übergabeprozess zu sein, ist eine der Kernaufgaben der KVWL. Diese Rolle werden wir in Zukunft noch weiter ausbauen. Wir unternehmen alles, um die medizinische Versorgung auch in schwierigen Zeiten sicherzustellen.

Planetary Health

Schwierige Zeiten erwarten uns alle auch bei den Herausforderungen, die der Klimawandel mit sich bringt. Auch das ist ein Thema, welches die KVWL besetzen muss – intern und extern.

Die Klimakrise zeigt sich nicht nur in den Herausforderungen sich häufender Extremwetterlagen, wie wir sie in der vergangenen Woche in Süddeutschland noch miterleben mussten. Die Änderung der klimatischen Bedingungen wirkt sich auch nachhaltig auf unsere Gesundheit und damit auch auf die medizinische Versorgung aus.

Organisationen und Unternehmen haben in diesem Zusammenhang eine besondere gesellschaftliche Verantwortung. Gleich zwei Gründe also, weshalb wir uns als Kassenärztliche Vereinigung konsequenterweise mit dem Konzept der „planetaren Gesundheit“ befassen.

Bereits im vergangenen Jahr wurde eine Arbeitsgruppe unter anderem unter der Leitung von Diane Weber gebildet. Durch diese AG wird aktuell herausgearbeitet, welche Themenfelder für die KVWL hier von besonderer Bedeutung sind bzw. sein sollen.

Analog zum Leitbild der KVWL wird mittels einer partizipativen Methode auch hier die Belegschaft mit einbezogen. Mittels einer Bestandserhebung werden bestehende Einstellungen und vorhandenes Wissen konsolidiert. Erfreulicherweise haben bereits über 300 Mitarbeiter an einer Umfrage zu dem Thema teilgenommen und wollen sich aktiv einbringen, um das Thema planetary health zu verankern. Dabei wird das Augenmerk nicht nur auf die eigene Verantwortung aus unternehmerischer Sicht gesetzt, sondern auch auf die Veränderung der medizinischen Versorgung aufgrund veränderter klimatischer Bedingungen.

Bereits umgesetzte Maßnahmen wie die digitale Optimierung der Essensplanung im Casino oder die derzeitige Umstellung der Mitgliederzeitschrift KVWL kompakt von der Print- auf

eine ausschließlich digitale Version sind erste Schritte, mit denen die KVWL im Sinne der unternehmerischen Verantwortung handelt.

Des Weiteren ist die KVWL seit kurzem als erste und bislang einzige KV Deutschlands Mitglied beim ärztlichen Netzwerk KLUG, der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit.

Gleichzeitig möchten wir aber mit Blick auf unsere Mitglieder und auf unsere Tätigkeit in der Verwaltung weitere Schritte planen und umsetzen.

Als KVWL führen wir Online-Veranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte zu dem Thema „Wie wirkt sich der Klimawandel auf unsere Gesundheit aus“? durch. Zusätzlich stellt die KVWL den Praxen Patienteninformationen und weitere Materialien zur Verfügung.

Immer mehr Praxisteam stellen sich die Frage: Wie können wir uns, unsere Räumlichkeiten und Arbeitsabläufe auf Hitzewellen vorbereiten? Dabei steht die KVWL ihren Mitgliedern zu Seite. Zum Beispiel stellen wir Musterhitzeschutzpläne zur Verfügung und beraten die Praxen bei der Umsetzung konkreter Maßnahmen. Wir bitten auch Sie als Mitglieder der Vertreterversammlung um aktive Denkanstöße und Impulse in diesem wichtigen Thema der Zukunft.

Palliativversorgung in Westfalen-Lippe

Ein Musterbeispiel für eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedern der VV, den Berufsverbänden und der Hauptamtlichkeit in unserem Haus ist die Weiterentwicklung der Palliativversorgung in Westfalen-Lippe.

Ich hatte Ihnen im vergangenen Jahr bereits darüber berichtet, dass wir nach 1,5 Jahren Verhandlung den Palliativvertrag in Westfalen-Lippe neu abschließen konnten.

Immer wieder gab es Bemühungen, die Palliativversorgung bundesweit zu vereinheitlichen, was das Aus für unser westfälisches Modell und eine Verschlechterung der Patientenversorgung bedeutet hätte. Zum Glück ist diese Gefahr nun nach langem Ringen

gebannt. Wir können unseren Vertrag fortführen und konnten sogar noch weiter verbesserte Rahmenbedingungen für die Palliativversorgung verhandeln.

Neben einer deutlichen Honoraranpassung wird seit einem Jahr auch die Delegation an koordinierende Fachkräfte mit neuen zusätzlichen Leistungen stärker in den Fokus rücken und auch von den Kostenträgern finanziert. Kooperationen zum stationären Bereich werden ermöglicht, um Krankenhausärzte besser in die PKD einzubinden.

Vorteile unseres westfälischen Modells gegenüber der aus Bundessicht vorgesehene SAPV sind dabei:

- Keine Differenzierung zwischen AAPV und SAPV
- Keine Schnittstellen aufgrund enger Kooperation zwischen Haus-/Facharzt und Palliativmediziner
- Haus- bzw. Facharzt gibt den Patienten nicht an eine andere Versorgungsstruktur ab und bleibt in der Versorgung seines Patienten eingebunden
- Kein Wettbewerb um sterbende Patienten zwischen unterschiedlichen SAPV-Strukturen und verschiedenen Trägern
- Flächendeckende und einheitliche Versorgung in WL

Inzwischen beweisen auch wissenschaftliche Studien die Vorzüge unseres Modells. Die Ergebnisse einer Studie (pallcompare) der Universitätsmedizin Jena mit bundesweiten Daten der BARMER beweisen, dass Westfalen-Lippe die bundesweite Spitzenposition bei der Qualität der ambulanten Palliativversorgung einnimmt.

Ich zitiere aus der Studie:

„Versorgte Menschen erhalten in WL in den letzten 30 Lebenstagen auch die wenigsten belastenden Behandlungen, zu denen z.B. Rettungsdiensteinsätze, Krankenhauseinweisungen, Intensivbehandlungen, Chemotherapien oder künstliche Ernährung zählen – und dass bei der im Vergleich höchsten Kosteneffektivität“.

Den Daten zufolge wird in Deutschland immer häufiger eine SAPV genutzt. So stieg der Anteil von Versicherten, die in ihrem letzten Lebensjahr SAPV erhalten haben, in den Jahren 2016 bis 2021 von 13,3 auf 17,0 Prozent. In Westfalen-Lippe betrug der Anteil im Jahr 2021 sogar

28,4 Prozent. Dabei arbeite der in die hausärztliche Versorgung integrierte Konsiliardienst sogar deutlich kosteneffektiver: In Westfalen-Lippe falle nur ein Fünftel der Kosten an, die im Bundesdurchschnitt für die SAPV zu verzeichnen seien.

Damit beweist diese Studie sehr deutlich, was wir ohnehin aus der eigenen praktischen Arbeit schon lange wussten. Die Palliativversorgung in Westfalen-Lippe genügt höchsten Qualitätsstandards. Besonders erfreulich ist, dass es mit diesem Vertrag gelungen ist, gleichzeitig die Patientenversorgung zu verbessern und die Kostenentwicklung im Blick zu halten. Das hat auch der Staatssekretär im MAGS, Matthias Heidmeier am vergangenen Mittwoch noch einmal betont. Im Rahmen des parlamentarischen Abends Palliativmedizin hat er die KVWL und unseren innovativen Vertrag besonders hervorgehoben.

Organisatorische Veränderungen in der KVWL

Abschließend möchte ich noch einige Worte zur organisatorischen Neuausrichtung der KVWL an Sie richten. Als Lehre aus den Vorgängen der vergangenen Wochen haben wir die ersten Umstrukturierungen auf den Weg gebracht.

Die Positionen des Compliance Officers und des Innenrevisors werden zukünftig mit je einer Person besetzt sein und direkt an den Vorstand berichten. Bei beiden Positionen haben wir vielversprechende Bewerbungsgespräche geführt und haben sie in dieser Woche neu besetzt. Es ist wichtig, dass wir uns in dem Bereich professionalisieren und ein verstärktes Augenmerk auf die Tätigkeiten der beiden Personen widmen.

Das ist nicht nur in unserem eigenen Interesse, sondern auch eine Forderung des Aufsichtsministerium, der wir selbstverständlich nachkommen. Gleiches gilt für den Aufbau eines Stabsbereichs Risikomanagement. Dieser neue Stabsbereich, wird ebenfalls dem Gesamtvorstand zugeordnet. Anfangs wird Herr Dr. Römheld die Leitung des Themenfeldes übernehmen. Perspektivisch werden dafür allerdings neue Stellen geschaffen. Die Stellenausschreibungen laufen gerade an. Inhaltlich wird sich der Bereich mit der Weiterentwicklung und Umsetzung der Risikostrategie sowie mit Risikosteuerungs- und -

controllingprozessen beschäftigen. Das erfolgt zum Beispiel für den Bereich der Finanzanlagen, was zu Beginn sicher auch ein Schwerpunkt der Tätigkeit sein wird.

Langfristig geht es dabei aber um ein weiter gefasstes Risikofrüherkennungsverfahren für alle Geschäftsprozesse der Körperschaft und der Risikotragfähigkeit sowie der Einhaltung der eingerichteten Risikolimits inkl. Konzeption und Durchführung von Stresstests

Sie sehen, wir bringen wesentliche Strukturveränderungen im operativen Bereich voran. Heute werden wir unter den Tagesordnungspunkten: Änderungen der Satzung und Haushalt sicher noch in eine vertiefte Diskussion über die Neuausrichtung der KVWL einsteigen.