

16. Sitzung der Vertreterversammlung der KV Thüringen 2023-2028

am 18. März 2026 in Weimar

Bericht des Vorstandes

Teil I

Berichterstatteerin:

Dr. med. Annette Rommel

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Motto auf diesem Schal - Side by Side - ist das Motto des Jahres 2026. Wir müssen in diesen Zeiten zusammenstehen! Wir Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit unseren Teams, mit anderen Gesundheitsberufen und mit den Menschen, für die wir unseren Beruf ausüben.

Die Welt ist seit Beginn dieses Jahres nicht besser geworden. Ein nun schon seit vier Jahren andauernder Krieg vor unserer Haustür in der Ukraine ohne Aussicht auf ein Ende mit der realen Bedrohung für die europäischen Länder. Nun auch noch ein Krieg im Nahen Osten, der Folgen für die gesamte Welt hat - wirtschaftlich im Energiesektor, aber auch im Bereich der Produktion und Distribution von Medikamenten, ganz zu schweigen von dem Leid, den er über die Menschen der Region bringt. Man fragt sich, wie geht das alles weiter und über Kuba darf man erst gar nicht nachdenken.

Und in Deutschland wird über große Reformen in vielen Bereichen gesprochen und Reförmchen auf den Weg gebracht. Dabei gibt es gerade im Gesundheitsressort der Bundesregierung sehr viel zu tun. Sparen im Gesundheitswesen zur Konsolidierung der GKV-Finzen ist das ganz große Thema unserer Tage und die Inszenierung folgt der altbekannten Dramaturgie: Die Ausgaben müssen den Einnahmen angepasst werden. **Alle** müssen ihren Beitrag leisten. Die Millionen für die Krankenhäuser sind **unerlässlich**, Arzneimittel sind zu teuer, Leistungserbringer müssen Opfer bringen. So tönt es medial sehr laut, während die vom BMG eingesetzte Finanzkommission im Stillen ihre Vorschläge ausarbeitet. Anfang Januar fand ein Fach- und Expertengespräch statt, auf dem auch die KBV ihre Vorschläge einbringen konnte. Ganz oben steht - nicht nur bei der KBV - die Streichung der versicherungsfremden Leistungen; damit wären 45 Mrd. € einzusparen. Warum der Gesetzgeber auf diesem Ohr taub ist, obwohl die Forderung aus unterschiedlichen Richtungen kommt, ist nicht nachzuvollziehen. Weitere Vorschläge der KBV wie die Erhöhung der Alkohol- und Tabaksteuer, die Senkung der Steuer auf Arzneimittel, eine Reform der Karenztage bei Arbeitsunfähigkeit, die Abschaffung von Homöopathie als GKV-Leistung und die Streichung von DiGAs eher kleinere Beträge. Adressiert wurde auch die Überprüfung des Leistungskatalogs der GKV. Die Forderung ist, dass bei Aufnahme neuer medizinischer Methoden für die vertragsärztliche Versorgung mit Evidenz die entstehenden Kosten von der GKV **nachhaltig** getragen werden. Die budgetierte Vergütung hemmt den Zugang der GKV-Versicherten zu neuen Leistungen durch medizinisch-technischen Fortschritt; diese Leistungen müssen sie dann zu wesentlich höheren Preisen im Krankenhaus in Anspruch nehmen. Das ist unwirtschaftlich und nicht sinnvoll. Das Leistungsversprechen gegenüber der Bevölkerung in der GKV muss im Einklang stehen mit den Finanzmitteln der GKV. Wenn 13 % der fachärztlichen Leistungen im Wert von 2,2 Mrd. € nicht vergütet werden, dann geht das zu Lasten der sogenannten Leistungserbringer und das ist nicht auf Dauer hinnehmbar. Noch einmal: Leistungen, die im ambulanten Bereich erbringbar sind, aber im Krankenhaus erbracht werden, sind teurer. Inwieweit die Vorschläge und Forderungen der KBV Eingang finden in die Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finzen ist ungewiss. Wie gesagt, Ende März erwarten wir das Ergebnis der Finanzkommission. Am vergangenen Sonntag konnte man schon in der BILD einen Artikel lesen mit der Überschrift „13-Milliarden-Defizit - Geheimplan gegen Milliardenloch der Krankenkassen“. Darunter wird berichtet, dass es in der schwarz-roten Koalition eine Arbeitsgruppe geben soll, die die Vorschläge der Finanzkommission bereits vor der Veröffentlichung berät:

Erhöhung der Tabaksteuer 10 Mrd. €, Einführung einer Zuckerabgabe (CDU lehnt ab), höherer Preisnachlass bei Medikamenten (von 7 auf 17 % → 3 Mrd. €), Abschaffung kostenfreier Mitversicherung von Ehepartnern (Koalition dagegen), Einsparung bei Pflegeleistungen in Krankenhäusern, ggf. Zuzahlung für Patienten. Ich glaube, das ist noch nicht der ganz große Wurf. Es werden noch Blut und Tränen fließen, bis die Koalitionäre einen Kompromiss geschlossen haben, der den kleinsten gemeinsamen Nenner bedeutet und nicht die Lösung des Problems sein wird.

13 Mrd. € Defizit bei den Krankenkassen werden für dieses oder nächstes Jahr prognostiziert. Ich bin immer etwas verunsichert, wenn ich das lese und gleichzeitig die Nachricht erhalte, dass die GKV 2025 trotz einer Ausgabensteigerung von 7,8 % einen Überschuss von 3,6 Mrd. € erwirtschaftet hat. Das wird dann abgeschwächt mit der Bemerkung - ja, durch die Zusatzbeiträge und zur Auffüllung der Finanzreserven.

Die Frage steht im Raum: Wer hat Schuld an dieser hohen Ausgabensteigerung? Schuld ist wahrscheinlich nicht die richtige Dimension. Da kommen wir in eine philosophische Diskussion. Was also sind die Ursachen für steigende Ausgaben? Ganz bestimmt nicht der ambulante Sektor. Wir erbringen 97 % der Behandlungsfälle für 16 % der Ausgaben im Gesundheitswesen. Hier Einsparmöglichkeiten zu finden, sind mit Blick auf die Budgetierung paradox. Die Finanzierung hoch qualifizierter Fachkräfte wie Ärzte und ihr Personal sowie anderer evidenzbasierter therapeutischer Maßnahmen zu kürzen, wie z. B. auch Arzneimittel, halte ich für hochgefährlich. Es gibt ausreichend Regularien in beiden Bereichen, die Kostenkontrolle erzielen. Dann bitte liebe Politik, liebe Kassen, definieren Sie das, was Sie noch bezahlen wollen und lassen Sie nicht Leistungen erbringen oder Medikamente entwickeln, die Sie nicht vollständig bezahlen wollen oder für die Sie den Arzt in Haftung nehmen im Falle der Verordnung von hochpreisigen Innovationen, die den Unterschied machen im Behandlungserfolg.

Von der Politik gerne genommen wird auch das Postulat, dass Einsparungen möglich wären, wenn sich die Ärzte weniger um Krankheiten als um die Vermeidung derer kümmern würden. Aber liebe Kolleginnen und Kollegen, ich gehe davon aus, dass Sie Medizin studiert haben, um Krankheiten zu diagnostizieren und zu therapieren und das können Sie auch. Prävention ist ein wichtiger Teil unserer Tätigkeit – alles, was evidenzbasiert ist. Darüber hinaus gibt es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und die individuelle Verantwortung jedes Einzelnen. Und leider lässt sich nicht jede Krankheit durch eine noch so gesunde Lebensweise vermeiden. Gut, dass es da noch Ärzte gibt. Und mit 1 Mrd. Arzt-Patienten-Kontakten und 580 Mill. Behandlungsfällen im Jahr sind die Ärztinnen und Ärzte sowie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Basis des Gesundheitswesens in Deutschland und eine Säule der sozialen Sicherheit.

Vor diesem Hintergrund ist das Ansinnen der GKV, die gerade erst etablierte Entbudgetierung der Haus- und Kinderärzte wieder abzuschaffen, perfide. Die Kinder sind unsere wertvollste Zukunftsoption. **Kinder- und Jugendärzte** begleiten sie fast vom ersten Atemzug bis ins Erwachsenenleben, sie leisten einen enormen Beitrag zur Prävention von Krankheiten, heilen, beraten und kümmern sich um die zunehmenden sozialen und psychischen Probleme der Heranwachsenden. Da will die GKV sparen?

Mit Blick auf die Demografie und Morbidität in diesem Land und dem geforderten Primärversorgungssystem sind **Hausärzte** der Dreh- und Angelpunkt der ambulanten Versorgung - da will die GKV sparen?

Wie kurzsichtig und scheinheilig. Die ambulante Versorgung wäre nicht komplett und so qualitativ, wie sie eben fast nur in Deutschland ist, wenn wir nicht die Gebietsärzte hätten, die ebenso mit der Demografie und Morbidität so wie mit der wachsenden Inanspruchnahme bei ebenso gewachsenem Anspruchsdenken der Versicherten in den Praxen zu tun haben - und das bei budgetierter Vergütung. Dazu kommen neue Diagnostik- und Therapiemethoden beruhend auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und dem medizinisch-technischen Fortschritt. Diese generieren Zeitbedarfe, aber bringen auch eine Ergebnisqualität, die Lebensqualität und Lebenszeit bringt. Und es soll mir keiner mit dieser hirnrissigen Statistik kommen, dass in der Schweiz die Menschen im Durchschnitt ein halbes Jahr älter werden als in Deutschland. Und was wird ungeachtet dieser großartigen medizinischen Leistungen im ambulanten System gebetsmühlenartig gefordert und gar als Qualitätskriterium dieses Systems definiert? **Das sind Termine!** Sogar eine Termingarantie fordern die Krankenkassen. Ich postuliere: Jeder Patient, der **garantiert** einen Termin bei einem anderen Facharzt braucht, bekommt ihn auch. **Das ist Termingarantie.** Termine werden nach medizinischer Indikation und Dringlichkeit vergeben und nicht nach Wünschen und danach, wer am lautesten schreit oder sich an der richtigen Stelle beschwert.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz, das 2019 eingeführt wurde und bestimmte zusätzliche Vergütungsanreize für schnell vermittelte oder zusätzliche Termine geschaffen hat, sollte dafür sorgen, dass Kapazitäten geschaffen werden, um Menschen zeitgerecht medizinisch zu versorgen. Das Gesetz definierte mehrere Fallkonstellationen, die extrabudgetär vergütet werden, wie die Neupatientenregelung, Termine gestaffelt nach Dringlichkeit über die TSS, Hausarztvermittlungsfälle und offene Sprechstunden. Ohne Evaluation, sondern ganz nach Gefühl eines ehemaligen Gesundheitsministers wurde ohne Not die Neupatientenregelung abgeschafft. Eine Evaluation gab es sehr wohl von uns KVen, die gezeigt hat, dass signifikant mehr Patienten in den Praxen neu aufgenommen und behandelt wurden. Das ignorierte Karl Lauterbach und schaffte dieses wirksame Mittel ab. Die Debatte über die Abschaffung der anderen TSVG-Konstellationen gehört zu den zentralen gesundheitspolitischen Konflikten dieses Jahres.

Nachdem der Bundesrechnungshof sich übergriffig und wertend zu den TSVG-Regelungen geäußert hat, wird dieses Thema insbesondere von der GKV als Doppelvergütung geführt. Die Forderung nach Abschaffung wird immer lauter. Die Argumentation zielt darauf, dass die extrabudgetäre Vergütung die Ausgaben der Krankenkassen erhöht hätten und das als Mitnahmeeffekt angesehen wird. Die Termine wären ja ohne diese Intensivierung erbracht worden. Nach Analyse des Zi sind jedoch seit Einführung des TSVG deutlich mehr Termine zur Verfügung gestellt, in offenen Sprechstunden mehr Patienten behandelt und mehr Facharzttermine zeitgerecht vermittelt worden. Die Praxen haben tatsächlich zusätzliche Kapazitäten geschaffen. Die Politik hat gezielt Anreize gesetzt, um zusätzliche Versorgung zu schaffen. Wenn diese nun wieder abgeschafft werden, bedeutet das einen Vertrauensverlust in politische Verlässlichkeit. Außerdem ist es widersprüchlich, wenn die Politik über zu wenige Arzttermine klagt und genau die Vergütungsinstrumente abschafft, die zusätzliche Termine ermöglichen. Das ist ungefähr so, als ob man sich über Staus beschwert und gleichzeitig die Straßen verengt. Das Problem, das Angebot und Nachfrage nicht übereinstimmen, hat vor allem etwas mit der Budgetierung zu tun und mit gewollter Leistungsbegrenzung bei den Fachärzten. Es hat auch mit dem Inanspruchnahmeverhalten zu tun. Deshalb brauchen wir Entbudgetierung und deshalb brauchen wir Patientensteuerung.

Damit wären wir beim Thema Primärarztssystem. Wenn man googelt, liest man, dass das Primärarztssystem den Hausarzt zur ersten Anlaufstelle macht und Fachärzte meist nur mit Überweisung aufgesucht werden können. Das ist das Ansinnen. Das ist das Neue. Ist das neu? Ich sage Ihnen ganz ehrlich. Das habe ich 30 Jahre lang gelebt. Die Patienten sind in meine Hausarztpraxis gekommen, bei einer entsprechenden Indikation zum Facharzt überwiesen worden und dann wieder zurückgekommen mit der Frage, ob sie das Medikament, was der Facharzt verschrieben hat, wirklich einnehmen sollen. Das kennen viele, wenn nicht alle hausärztlichen Kollegen. Sie wissen auch, dass es Besondere oder besonders Schlaue, Privatversicherte oder vermeintlich Privilegierte gibt, die nach ihrem Gutdünken oder Dr. Googles Rat sofort einen Facharzt aufsuchen. Dafür hatten wir im KBV-System schon in den 2010er-Jahren eine Agenda 2020 aufgestellt, in der wir dieses Thema adressiert hatten. Aber jetzt erfinden wir das Fahrrad neu. Die österreichischen Kollegen beim Symposium der ÖÄK, an dem ich teilnahm, quittierten das mit einem Lächeln. Vielleicht denke ich auch zu klein und ja, ich denke zu klein. Die Situation sieht in Großstädten und bei bestimmten Menschengruppen, die mit unserem Gesundheitssystem nicht vertraut sind, sicher anders aus. Auch Effizienzgründe spielen eine Rolle. Es kann auch sinnvoll sein, das Prinzip digital vor ambulant vor stationär anzuwenden. Sehr gut gefällt mir in dem Zusammenhang das Zitat von Stephan Hofmeister in seiner Rede bei der KBV-VV: „Steuerung darf keine Art „Arztverhinderungstool“ werden.“ Sibylle Steiner formulierte das in ihrer Rede noch mal anders schön: „Wer zum Hausarzt geht, braucht keinen „digitalen Türsteher.“ Das finde ich auch! Ich wünsche mir, dass die Menschen in ferner oder näherer Zukunft nicht sagen müssen: „Stell dir vor, früher konnte man einfach so zum Arzt gehen.“ Ich finde, Hausärzte sollten immer niederschwellig erreichbar sein - ob mit oder ohne Termin. Den Ausbau der 116117 als zentrale Plattform für die ambulante Versorgung begrüße ich. Damit können wir noch mehr zum Dreh- und Angelpunkt des Gesundheitswesens in Deutschland werden. Eines möchte ich jedoch an dieser Stelle einmal klar und deutlich sagen: Wer behauptet, dass Patienten in unserem heutigen ambulanten Gesundheitssystem völlig ungesteuert herumirren, hat sich mit diesem System noch nicht richtig beschäftigt.

Ich erinnere nur an die strukturierte Versorgung in den DMP-Programmen. Wir haben in Thüringen sechs DMP-Programme am Laufen und ein siebtes ist in Verhandlung. Nummer sechs ist noch ganz neu: DMP-Osteoporose, für das wir gute Verhandlungsergebnisse mit den Kassen erzielen konnten. Gleiches hoffen wir für das DMP-Rheuma.

Dem Thema rheumatologische Versorgung haben wir uns in den letzten Monaten verstärkt gewidmet, nachdem eine große Rheumapraxis in Ostthüringen geschlossen wurde. Die Forderung unserer hausärztlichen Kollegen nach Regressbefreiung bei Weiterverordnung von spezifischen Rheumamedikamenten sowie die Schonung des Laborbonus bei häufig notwendigen Blutuntersuchungen konnten wir erfolgreich mit den Kassen verhandeln bzw. haben wir intern sinnvoll umgesetzt. Auch eine fachliche Begleitung der Mitbehandlung von Patienten mit Rheuma in der Hausarztpraxis ist in Arbeit. Dadurch sollen Kapazitäten in den Facharztpraxen für neue Patienten entstehen. Wir hoffen, dass auf dieser Grundlage gedeihliche Kooperationen zwischen Hausärzten und Rheumatologen in den Regionen entstehen. Liebe Kolleginnen und Kollegen, tragen Sie das in Ihre Regionalstellen und propagieren Sie es in den Berufsverbänden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, über strukturierte Versorgung im Großen bin ich schnell auf ein ganz praktisches Beispiel in Thüringen gekommen. Wir als KV finden passgenaue Lösungen für akute Versorgungsprobleme, wir sind flexibel und innovativ. Wir sind KV. Sehr gut ist es - ja nahezu unerlässlich - wenn wir Kassen als Vertragspartner an unserer Seite haben, auch wenn Verhandlungen manchmal ein zähes Geschäft sind.

Eines unserer Leuchtturmprojekte geht am 01. April an den Start – „DIVA“ Digitale Vernetzung in der konservativen Augenheilkunde. An acht Standorten in Thüringen werden Augenhintergrundkameras der Firma Topcon stehen und Patienten mit Diabetes mellitus zum Screening auf diabetische Retinopathie einladen. Die Fotos werden dezentral durch Thüringer Augenärzte ausgewertet und die Weiterbehandlung im Bedarfsfall gewährleistet. *FOLIE!*

Die Akutpraxis plus in Gera hat eine Förderzusage vom Land Thüringen erhalten und ist im Aufbau begriffen – zunächst im räumlichen Sinne. Parallel werden die personellen sowie technischen Strukturen geschaffen, um einen umfassenden Praxisbetrieb für die Geraer Bevölkerung zu schaffen, die Bedarf haben.

Das Land Thüringen haben wir auch auf unserer Seite mit der Förderung für das Projekt Telederma, was ein Projekt der KV Thüringen ist zur Verbesserung der Versorgung der Menschen mit Hauterkrankungen und zur Entlastung der dermatologischen Praxen in Thüringen, die über ein hohes Patientenaufkommen berichten. Hausärzte können so für ihren Patienten mittels Fotografie unkompliziert ein dermatologisches Konsil erhalten und selbst therapeutisch tätig werden.

Auch für die Niederlassung stellt das Land Thüringen mit seiner neuen Förderrichtlinie „Ländlicher Raum“ jetzt neu 50.000 € für die Niederlassung zu verbesserten Konditionen zur Verfügung. Das ist eine sehr große Wertschätzung für die ambulante Versorgung. Das Interesse und die Wertigkeit des ambulanten Systems für unser Gesundheitsministerium zeigt sich auch in einem engen und regelmäßigen Kontakt zur Ministerin Katharina Schenk und Staatssekretärin Tina Rudolph sowie zum Abteilungsleiter Herrn Dr. Cordelius Ilgmann (Abt. 4 – Pflege und Gesundheit) zu vielen Versorgungsfragen.

Nicht zuletzt zu erwähnen ist das Thüringer Haus- und Zahnärztesicherstellungsgesetz – ThürHaZaSiG -, was es Interessenten ermöglicht, sich direkt beim UKJ für einen Studienplatz zu bewerben. Pro Semester werden 17 Studierende angenommen, die sich verpflichten, nach der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin in einem unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebiet in Thüringen tätig zu werden. Der Bewerbungsprozess läuft gerade und am Auswahlverfahren werden wir beteiligt sein. Es liegen schon mehr als 50 Bewerbungen im Landesverwaltungsamt vor. Bei diesen Studierenden wird unsere Förderung zunächst im Studium durch eine Begleitung des neu konzipierten Ärztescouts in Jena beginnen. Darüber hinaus greifen alle auch finanziellen Fördermöglichkeiten unseres „Plan Ambulant“ inklusive der Stiftung.

Unsere Regierung hat sich im Koalitionsvertrag das Ziel 20-Minuten-Land gestellt. Für die Gesundheitsversorgung heißt das, jeder soll innerhalb von 20 Minuten eine medizinische Versorgung erreichen können. Daran arbeiten wir mit. Auch bei 100 freien Hausarztstühlen ist unsere Versorgung noch flächendeckend, wenn auch in manchen Regionen nur unter stärkstem Einsatz der Ärztinnen und Ärzte und ihrer Teams in den Praxen. Ich befürchte, dass wir kurzfristig, trotz unserer umfangreichen Bemühungen nicht alle offenen Praxissitze in Thüringen wieder besetzen können. Für die Sicherstellung der Versorgung braucht es deshalb kreative Lösungen, deren Blaupause wir mit der Akutpraxis, telemedizinischen Projekten und sektorenübergreifenden Kooperationen schaffen werden.

Bekanntermaßen legen wir als KVT sehr viel Wert auf interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen. Das wird auch deutlich in der Gemeinschaft der Heilberufe und ihren Aktivitäten ganz aktuell zum Thema Bürokratieabbau. Ich bin überzeugt, diese Gemeinschaft wird im laufenden Jahr noch häufiger in Aktion treten müssen, um gemeinsam unser aller Interessen zu vertreten. Zu dieser Gemeinschaft gehören auch die Thüringer Apotheker.

Mit ihnen haben wir besonders seit unserem Projekt „ARMIN“ und traditionell eine gute Verbindung. Deshalb haben wir uns der harschen Kritik der Bundesebene und anderer KVen am Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz nicht angeschlossen. Apotheken als Teil der medizinischen Versorgung zu sehen, liegt mir nicht fern. Sie sind die Experten für die Arzneimittel. Sie haben Öffnungszeiten, die weit über die von Arztpraxen hinaus gehen und können damit niederschwellig Anlaufpunkt für Hilfe- oder Ratsuchende sein, die medizinischer, aber keiner ärztlichen Hilfe bedürfen. Die Ausübung der Heilkunde umfasst das nicht, wie auch in der Satzung der Thüringer Apothekerkammer verankert. Pharmazeutische Dienstleistungen, über die viel diskutiert wird, sind keine Heilkunde. Sie werden schon lange in den Apotheken erbracht. Der Unterschied ist nur, dass sie jetzt bezahlt werden. Ich sehe darin kein Problem. Wenn das wegen Nachfragen zu Belastungen in den Praxen führt, ist die direkte persönliche Kommunikation immer hilfreich. Gibt es Probleme, stehen wir als KV gerne zur Seite. Impfungen in Thüringer Apotheken wird in Einzelfällen vorkommen, aber sicher kein Massengeschäft werden. Wir stehen für Zusammenarbeit. In dem Sinne könnte auch das Projekt „ARMIN“ bei wesentlich einfacheren technischen Bedingungen – ePA - wieder aufleben.

Was Sibylle Steiner in ihrer Rede zur KBV-VV zurecht anprangert, ist die Tatsache, dass eine Ungleichbehandlung des Gesetzgebers in Bezug auf die Regressierung von Apotheken und Ärzten geschaffen wird. Während bei Formfehlern die Retaxierung der Apotheker ausgesetzt ist, scheint die uns versprochene Bagatellgrenze von 300 € in einer Schublade des BMG verschwunden zu sein. Wir brauchen sie aber, um unnötige Verwaltungsverfahren zu vermeiden und damit Zeit und Geld der Ärzte einzusparen. Bürokratieabbau nennt sich das. Entbürokratisierungsvorschläge der KBV liegen dem BMG vor und Sie haben den Katalog in die Cloud eingestellt bekommen. Meine Skepsis bei dem Wort „Entbürokratisierung“ resultiert aus meiner Erfahrung. Bürokratie**aufbau** ist meist das Ergebnis. Siehe Versorgungspauschale - aber ich sag nix.

Wobei wir wieder auf Bundesebene wären. Den großen Rahmen für unsere Arbeit gibt das Bundesgesundheitsministerium vor. Was haben wir in der nächsten Zeit noch zu erwarten? Wie gesagt, ein Gesetz zum Bürokratieabbau, eines zur Digitalisierung, ein Gesetz zur Primärversorgung, ein weiterer Schwerpunkt ist die Sicherstellung der Versorgung in Krisenzeiten-Resilienz und die Umsetzung der NIS-2-Richtlinie.

Von der Notfallreform hört man zur Zeit nichts. Ein Referentenentwurf liegt vor und wird allerorten kritisch diskutiert. Die 24/7-Versorgung durch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst ist inakzeptabel. Das Thema Finanzierung spielt eine große Rolle und die Einbeziehung des Rettungsdienstes, der noch nicht im SGB V verankert ist.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, heute ist der 18. März – noch nicht einmal drei Monate des neuen Jahres sind vergangen und wir haben so viele Informationen, so viel Input in so einer kurzen Zeit wie kaum vorher.

In einer Pressemitteilung der TK schrieb man vom „Dschungel der ambulanten Versorgung“. Dem möchte ich widersprechen. Das habe ich vorhin schon argumentativ in Bezug auf die strukturierten Behandlungsprogramme untermauert. Der Dschungel ist „draußen“. Wer von Ihnen noch die Fernsehserie Monk mit dem zwanghaften Ermittler kennt, erinnert sich vielleicht an das Lied: „It's a jungle out there“. Der „Dschungel“ der Gesetzgebung, widerstrebende Vorschläge und Interessen im System machen uns zu schaffen und tragen nicht zu Vertrauen und einer nachhaltigen Stabilisierung des deutschen Gesundheitswesens bei. Gerade jetzt in Zeiten der Kommunalwahlen überschlagen sich die Parteien mit Vorschlägen, von denen sie meinen, dass sie beim Wähler gut ankommen. Die SPD in Baden Württemberg wollte die KV zwingen, zukünftig die Versorgung flächendeckend zu sichern (5 %). Die SPD im Bund macht den Vorschlag „Reiche“ stärker zur Kasse zu bitten, indem Einkünfte aus Mieten und Kapitalanlagen zur Bemessung des Kassenbeitrages herangezogen werden. Diese fiktiven Mehreinnahmen gibt die Berliner SPD dann für Community Health Nurses in jedem Kiez, für Präventionsmaßnahmen und für psychotherapeutische Versorgung aus.

Daraus resultieren für mich zwei unterschiedliche Bewertungen: 1. Die SPD fokussiert sich auf nicht-evidenzbasierte Versorgungsangebote – ein eindeutiges Minus und 2. sie hat die Notwendigkeit der Förderung einer qualifizierten Psychotherapie erkannt bei steigender Inzidenz von psychischen Krankheiten - ein Plus.

Aber was passierte jüngst in der gemeinsamen Selbstverwaltung: Auf Antrag der GKV wurden entsprechend dem Berechnungsschema des Bewertungsausschusses die Honorare für psychotherapeutische Leistungen zum 1. April dieses Jahres um 4,5 % gegen die Stimmen der KBV abgesenkt. Obwohl gleichzeitig die Strukturpauschale um 14,5 % erhöht wurde, droht den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein Honorarverlust von mehreren 1.000 € pro Jahr. Das ist ein **Dammbruch**. Honorare abzusenken bei steigenden Kosten und einem steigenden Bedarf an Leistungen der Psychotherapie ist ein absolutes No Go. Ich rufe die Vertreterversammlung auf, ihre Solidarität mit den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu bekunden und eine Resolution an das Bundesgesundheitsministerium als Rechtsaufsicht zu unterstützen, die die Rücknahme der Honorarabwertung fordert. Am Ende ist das faktisch eine Leistungskürzung, die sonst so vehement bestritten wird und eine sehr schlechte Nachricht für die Versicherten.

Was wird uns im Laufe des Jahres in dieser Richtung noch erwarten? Wir warnen davor, das ambulante System als Basis der medizinischen Versorgung in Deutschland kaputt zu sparen, kurzfristig wirksame Entscheidungen zu treffen, statt nachhaltige Strategien zu entwickeln. Es ist ein **Irrtum**, dass sich das Problem lösen lässt, wenn man nur genügend gesetzliche Vorgaben macht, Termine noch stärker reguliert und bestimmte Konstellationen zurückbaut. Das Terminproblem ist kein Organisationsproblem der Praxen, sondern es ist ein Kapazitätsproblem des Systems, was seit Jahren an seine Grenzen geführt wird, weil die Leistungsbegrenzung mit der Budgetierung gewollt ist.

Was wir brauchen:

- eine verlässliche Finanzierung der ambulanten Versorgung, d. h. Entbudgetierung auch der fachärztlichen Leistungen,
- eine konsequente Entbürokratisierung,
- eine funktionierende Digitalisierung,
- die 116117 als Plattform für ambulante Versorgungsangebote,
- eine Patientensteuerung, die die Realitäten berücksichtigt,
- eine Notfallreform, die Ressourcen effizient einsetzt und
- Respekt vor der Arbeit der Praxen

Denn eins sollte klar sein: Wer die ambulante Versorgung schwächt, schwächt das gesamte Gesundheitssystem.

Um noch einmal auf das Bild des Dschungels zurückzukommen: Die ambulante Versorgung ist der Weg durch den Dschungel, der täglich von tausend Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ihren Teams freigehalten wird für ihre Patientinnen und Patienten und für eine wohnortnahe Versorgung auch in Zukunft.

Lassen Sie uns zusammenstehen - Side by Side!

Es gilt das gesprochene Wort!