
BERICHT AN DIE
VERTRETERVERSAMMLUNG
12. SEPTEMBER 2025:
**SITZUNG DER
VERTRETERVERSAMMLUNG DER KBV**

REDE VON DR. SIBYLLE STEINER
MITGLIED DES VORSTANDS

ES GILT DAS
GESPROCHENE WORT

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren, auch von mir ein herzliches Willkommen zur Vertreterversammlung der KBV hier vor Ort in Berlin und im Livestream.

Wir alle hören es fast täglich: Rekorddefizite bei den Sozialversicherungen, Krise des Sozialstaats, klaffende Haushaltslöcher, geopolitische Bedrohungen und wiederkehrende Sabotageakte. Dazu eine sich mühsam zusammenraufende Regierungskoalition. Die Aussichten scheinen in vielerlei Hinsicht eher herbstlich. Ein paar Regierungsvertreter sind zwar bemüht, zumindest verbal die Ärmel hochzukrempeln – allein, man muss ins Handeln kommen, statt Kommissionen zu gründen, Absichtserklärungen zu formulieren und Social Media-Posts zu produzieren. Das ist alles andere als ein wirksames Mittel gegen die wachsende Unzufriedenheit mit der Politik.

Es gäbe eine wirkungsvolle Stellschraube, die weder der jahrelangen Vorarbeit einer Kommission bedarf noch zusätzliche Ausgaben verursacht, um schnell spürbare Effekte zu erzielen. Und was wäre dieses Mittel gegen sicher nicht alle, aber doch viele unserer Probleme hierzulande und gerade im Bereich der ambulanten Versorgung? Es wäre ein echter, ein umfassender und nachhaltiger Abbau von Bürokratie! Diese Erkenntnis ist natürlich nicht neu und das Schlagwort vom Bürokratieabbau – viel zu oft genutzt – leider fast schon zu einer politischen Worthülse verkommen. Auch Bundeskanzler Friedrich Merz hat in seiner ersten Regierungserklärung vor vier Monaten einen „beherzten Rückbau der überbordenden Bürokratie“ gefordert. Mittlerweile gibt es sogar ein eigenes Ministerium, nämlich für Digitales und Staatsmodernisierung, in dessen Zuständigkeit auch das Thema Bürokratieabbau fällt. Minister Karsten Wildberger hat es sehr prägnant formuliert, indem er sagte: „Deutschland hat über Jahrzehnte bürokratischen Beton angehäuft – jetzt müssen wir ihn konsequent abtragen.“ Seine Ressortkollegen und -kolleginnen hat der Minister aufgefordert, bis kommenden Montag (15. September 2025) Vorschläge vorzulegen, wie sie in ihren eigenen Häusern mit gutem Beispiel vorangehen wollen.

Ein Paradebeispiel für die Macht der Bürokratie über den gesunden Menschenverstand liefert ein aktueller Fall vor dem Bundessozialgericht (BSG). Wir alle haben die Entscheidung des BSG mit Ungläubigkeit und Unverständnis aufgenommen. Der Sachverhalt ist bekannt: Ein Arzt hatte jahrelang Verordnungen über Sprechstundenbedarf nicht persönlich unterschrieben, sondern lediglich mit einem Unterschriftenstempel versehen. Krankenkassen hatten daraufhin eine Prüfung beantragt; das zuständige Sozialgericht und nun auch das BSG hat ihrer Forderung recht gegeben – ein Regress von fast einer halben Million Euro ist die Folge. Im Klartext: Es handelt sich hierbei um eine existenzgefährdende, wenn nicht gar existenzzerstörende Regressforderung aus rein „formalen Gründen“! Denn die Verordnungen waren medizinisch sachgerecht und haben keinem Patienten geschadet. Das BSG rekurriert allein auf den Formfehler. Der Kasse sei damit ein normativer – wohlgemerkt kein finanzieller – Schaden entstanden, wofür der Kollege jetzt allerdings ein Vermögen bezahlen soll. Solche überzogenen und man möchte schon sagen, absurden Regressforderungen bestätigen die schlimmsten Vorbehalte gegen eine vertragsärztliche Tätigkeit. Vor allem erweisen solche Entscheidungen jedem Werben um junge Ärztinnen und Ärzte für die Niederlassung einen Bärenienst.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, soll oder besser darf man sich damit abfinden? Die Anwälte des betroffenen Arztes wollen das Bundesverfassungsgericht anrufen. Und wir? Wir fordern in unserem heutigen VV-Antrag erneut klar und deutlich vom Gesetzgeber: kein finanzieller Schaden – kein Regress!

Medizinisch sachgerechte und wirtschaftliche Verordnungen dürfen nicht zu einem Regress führen. Das muss für alle Fälle medizinisch indizierter Verordnungen – wie auch beim leitliniengerechten Off-Label-Use –, in denen im Behandlungsfall eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, gelten! Und wir fordern auch, dass endlich die seit Langem angekündigte und nun sogar im Koalitionsvertrag versprochene Einführung der Bagatellgrenze kommt. Und zwar für alle Verordnungen und auch für Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die im Zusammenhang mit ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen stehen.

Diesen Sommer hat ein großes Pharmaunternehmen erstmals mit dem GKV-Spitzenverband einen vertraulichen Erstattungsbeitrag für ein Arzneimittel vereinbart. Damit ist für Ärzte bei der Verordnung nicht ersichtlich, was das Arzneimittel die Krankenkasse tatsächlich kostet. Unter solchen Bedingungen, bei denen die tatsächlichen Preise für Praxen zur Blackbox werden, können Ärztinnen und Ärzte nicht mehr für

die Kosten der Verordnung haftbar gemacht werden. Sie können lediglich deren indikationsgerechten und evidenzbasierten Einsatz verantworten.

Es wird mehr als deutlich: Deutschland könnte bald kein Praxenland mehr sein. Daher muss der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für die Praxen dringend verbessern. Wir brauchen auch keine PR-Gags wie die von den Apothekern initiierte „Lange Nacht des Impfens“, angeblich mit dem Ziel, die Impfquoten in Deutschland zu erhöhen. So sind wir doch tatsächlich vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angefragt worden, ob wir uns daran beteiligen möchten. Ernsthaft? Sollen die Praxen jetzt zum Steigbügelhalter für das Impfen in Apotheken werden, während den Praxen selbst Regresse drohen, etwa wenn sie weniger Grippeimpfstoffdosen verbrauchen, als sie bestellt haben? Und trotz dieser Widrigkeiten antworten wir dem BMG: „Wir impfen in den Praxen. Mit Sicherheit für Patientinnen und Patienten. Tag für Tag!“

In diesen Tagen haben wir der Politik einen überarbeiteten Maßnahmenkatalog mit 21 konkreten Forderungen und Vorschlägen zum Bürokratieabbau vorgelegt. Diese Maßnahmen betreffen unter anderem die Anfragen, mit denen Krankenkassen, Medizinischer Dienst, andere Sozialversicherungsträger und Ämter die Praxen tagtäglich überfluten. Gemäß dem „Once-only-Prinzip“ sollten keine Informationen abgefragt werden dürfen, die den Krankenkassen und anderen Stellen bereits vorliegen. Viel Zeit ließe sich auch sparen, wenn die Bearbeitung einer formfreien Anfrage über die jeweilige Praxisverwaltungssoftware möglich wäre.

Natürlich spielt die Digitalisierung eine tragende Rolle beim Abbau von Bürokratie. Voraussetzung ist allerdings, vor einer Digitalisierung zunächst die Versorgungsprozesse zu analysieren und zu vereinfachen. Dieser Maßgabe folgend haben wir mit Unterstützung aus Ihren Reihen und der Expertise von Vertretern der Berufsverbände ein Positionspapier zur Versorgung mit Hilfsmitteln erstellt und dem BMG übermittelt.

Dort, wo wir im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung Prozesse verschlanken können, setzen wir uns mit Nachdruck dafür ein. Wir haben bereits im Jahr 2021 unter der Überschrift „Qualität statt Bürokratie“ gefordert, die gesetzlich vorgeschriebene sektorenübergreifende Qualitätssicherung (QS) dahingehend zu überarbeiten, dass sich der Aufwand für Ärztinnen und Psychotherapeuten reduziert und gleichzeitig eine sinnvolle Qualitätssicherung ermöglicht wird. Unsere Forderungen haben wir in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hineingetragen. Jetzt sehen wir erste Erfolge: Zwei vertragsärztliche Verfahren, bei denen die KBV schon seit Jahren das Missverhältnis zwischen Aufwand und Nutzen kritisiert, sollen eingestellt beziehungsweise ausgesetzt werden. Das seit neun Jahren in der Erprobung befindliche QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ wird im kommenden Jahr nicht fortgesetzt. Grund sind die bislang sehr unterschiedlichen Ergebnisse, die eine abschließende Einschätzung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses nicht zulassen. Das Verfahren QS NET Modul Dialyse soll für mehrere Jahre ausgesetzt werden, um es zu überarbeiten. Beide Entscheidungen, die auf Initiativen der KBV zurückgehen, tragen dazu bei, ineffiziente Bürokratie, die keinen Beitrag zur Versorgungsverbesserung leistet, zu beenden. Und sie zeigen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung mit gutem Beispiel vorangeht.

Zudem haben wir auch die KSV-Psych-Richtlinie zur Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Erwachsener mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf überarbeitet und verbessert. Gemeinsam mit Vertretern aus Ihren Reihen haben wir uns für realistischere Anforderungen an teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten, mehr Flexibilität und weniger Bürokratie eingesetzt, um das Vorhaben im Interesse der Patienten endlich ans Laufen zu bringen. Gemeinsam gilt es nun diese Neuerungen weiterzutragen, um die Gründung von Netzverbänden zu unterstützen.

Die Unterstützung des BMG brauchen wir jedoch bei der gesetzlich vorgeschriebenen Ablösung des Antrags- und Gutachterverfahrens in der Psychotherapie durch ein ambulantes QS-Verfahren. Die in Fachkreisen viel diskutierte fachliche Fragwürdigkeit des QS-Verfahrens an sich wird in der nunmehr gestarteten Erprobungsphase noch durch mangelnde technische Kompetenz und unzureichendes Engagement des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) getoppt. Aber die Entscheidung, dem Einhalt zu gebieten, liegt nicht bei der gemeinsamen Selbstverwaltung – diese hat uns der Gesetzgeber aus der Hand genommen. Wir fordern daher von der Bundesregierung wieder ein klares Bekenntnis zur Selbstverwaltung. Politik muss den Mut haben, die wesentlichen

Rahmenbedingungen für die Versorgung zu schaffen und ansonsten die Selbstverwaltung verantwortlich machen zu lassen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, bei der fortschreitenden Digitalisierung ist die zentrale Rahmenbedingung – nämlich eine stabile und zuverlässige Telematikinfrastruktur (TI) – nach wie vor nicht geschaffen! Dies führt uns ein aktuelles Schreiben eines niedergelassenen Kollegen deutlich vor Augen: „Erneut funktioniert bereits den gesamten Vormittag die TI wegen einem technischen Problem bei ... [Name des Software-Herstellers] nicht und damit sind alle damit verbundenen Services nicht nutzbar. Dies führt zu massivem Mehraufwand, der nicht honoriert wird. Im Gegenteil – wir müssen mit eigenen Mitteln immer mehr instabile Systeme unterhalten. Weiterhin können wir Leistungen wie die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) nicht erbringen und verlieren damit Honorar, welches dringend nötig ist, um die Patientenversorgung aufrechtzuerhalten. Eine effizientere Patientenversorgung durch Digitalisierung ist ein schöner Gedanke. Ein funktionierendes System ist dafür allerdings Grundvoraussetzung. Hiervon sind wir aktuell noch weit entfernt und die Konsequenzen der technischen Unausgereiftheit tragen die Leistungserbringer zusätzlich zu allen bereits bestehenden Belastungen...“

Tatsächlich lag die TI-Betriebsstabilität in den ersten gut zwei Monaten der sogenannten Hochlaufphase der ePA (29. April bis 9. Juli) bei 96 Prozent. Das klingt nicht so schlecht, entspricht jedoch hochgerechnet auf ein Jahr einer Nichtverfügbarkeit von 14,5 Tagen. Also über zwei Wochen, in denen die ePA für die Praxen nicht verfügbar ist. Hinzu kommt, wenn die Praxis etwa zu Quartalsbeginn keinen Versichertenstammdatenabgleich durchführen kann, weil die TI gerade „down“ ist, kann sie bis auf Weiteres auch nicht auf die ePAs der Patienten zugreifen. Dies zeigt, wie ein technisches Problem zum anderen führt und es deshalb nicht ausreicht, auf einzelne Anwendungen zu schauen. Wir haben die gematik Mitte Juli in einem Schreiben unmissverständlich darauf hingewiesen, dass eine 99-prozentige Verfügbarkeit der TI die Mindestanforderung ist, wenn die Praxen die ePA ab 1. Oktober nutzen müssen. Die gematik bestätigte uns daraufhin, dass nicht alle von ihr beauftragten Dienstleister und zugelassenen Anbieter dem vereinbarten Anspruch einer Verfügbarkeit von mindestens 99,8 Prozent, bei Diensten wie dem eRezept-Fachdienst sogar von 99,99 Prozent, gerecht würden. Man werde entsprechende Verstöße nachverfolgen und gegebenenfalls ahnden. Allerdings weist die gematik auch darauf hin, dass bei einer vorgeschriebenen höheren Verfügbarkeit von 99,99 Prozent über alle Dienste diese vertraglich vereinbart werden müsste und dies zu Mehrkosten seitens der Anbieter führen würde.

Ich will dies deutlich formulieren: Wenn es um Betriebsverantwortung für die TI geht, hat die gematik nicht nur eine moderierende Funktion. Bei der Betriebsstabilität darf sie sich nicht aus der Verantwortung stehlen. Wir haben uns daher unter anderem im Beirat der gematik dafür eingesetzt, die Betriebsstabilität zu einem prioritären Thema zu machen. Seit unserem erwähnten Schreiben gab es von Mitte Juli bis Anfang August für Teile der Nutzer weitere zehn ePA-relevante Ausfälle, die sich auf 34,8 Stunden summierten. Hinzu kamen im selben Zeitraum neun eRezept-relevante Teilausfälle, die sich auf 34,6 Stunden summierten. Und das innerhalb von rund 14 Tagen. Das ist eine vollkommen inakzeptable Performance zulasten der Ärzte und Psychotherapeuten, die mit der TI arbeiten müssen! Deshalb appelliere ich an das BMG als Mehrheitsgesellschafter der gematik: Kümmern Sie sich um die TI-Betriebsstabilität, damit die Patientenversorgung in den Praxen stabil bleiben kann.

Die Rückmeldungen aus unserem aktuellen Praxisbarometer Digitalisierung, welches wir im Oktober veröffentlichen werden, zeichnen ein ähnliches Bild. Die Zufriedenheit der Praxen mit bereits etablierten digitalen Anwendungen wie dem elektronischen Rezept (eRezept) und der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) ist inzwischen zwar hoch. Aber auch hier lässt sich das Fazit ziehen, dass es immer noch zu viele Störungen in der TI gibt. So beispielsweise die Aussage einer Praxis: „Wir haben inzwischen fast alle Prozesse digitalisiert. Es läuft super, solange es läuft. Wenn die TI ausfällt, geht bei uns gar nichts mehr.“ Zudem fordern viele Kolleginnen und Kollegen, dass nun weitere „Brot-und-Butter-Anwendungen“ wie Betäubungsmittelrezepte und Überweisungen zeitnah digitalisiert werden.

Die Erfahrungen der Praxen mit der ePA sind nach wie vor gemischt. Einige Praxen, besonders aus dem hausärztlichen Bereich, berichten von positiven Erfahrungen und sehen bereits jetzt einen hohen Nutzen für die Versorgung. Insbesondere bei den psychotherapeutischen und kinderärztlichen Praxen überwiegt nach wie vor die Sorge vor möglichen Nachteilen für die Patienten. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir

sehr, dass laut dem Entwurf für ein „Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“ die Befüllungspflicht der ePA bei Versicherten aller Altersgruppen stärker als bisher in das Ermessen der Ärzte und Psychotherapeuten gestellt werden soll, zum Beispiel wenn erhebliche therapeutische Gründe dagegensprechen. Bislang hatten wir eine solche Regelung nur für unter 15-Jährige in einer mit dem BMG abgestimmten Richtlinie der KBV vorsehen können. Im Widerspruch dazu steht allerdings noch, dass die Krankenkassen ihre Abrechnungsdaten nach wie vor für alle Zugriffsberechtigten sichtbar in die ePA einstellen. Dieser kritische Tatbestand wurde vom Gesetzgeber bislang nicht adressiert. Entsprechend unseres VV-Beschlusses vom vergangenen Dezember fordern wir weiterhin, dass die Abrechnungsdaten nur in der Form in die ePA eingestellt werden dürfen, dass sie ausschließlich vom Versicherten selbst einzusehen sind. Hierzu haben wir erste Signale aus dem BMG, dass man sich darum kümmert. Zudem brauchen wir weiterhin eine gesonderte Regelung für Minderjährige bis zum vollendeten 15. Lebensjahr.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, bei aller notwendigen Kritik: Die aktuellen Nutzungsdaten der ePA belegen einmal mehr, dass die Praxen Vorreiter bei der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen sind. Weitere Akteure, insbesondere die Krankenhäuser, müssen jetzt endlich nachziehen. Viele Praxen berichten, dass sie nach wie vor Faxgeräte vorhalten müssen, damit die Kommunikation mit den Krankenhäusern und der Pflege läuft. Gerade im Austausch von Informationen mit dem stationären Bereich, wie zum Beispiel über den Krankenhaus-Entlassbrief, sehen die Praxen jedoch den größten Mehrwert der ePA. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat jüngst mitgeteilt, dass der Großteil der Kliniken nicht damit rechnet, die ePA noch in diesem Jahr vollumfänglich in ihren Häusern einsetzen zu können. Laut einer Umfrage der DKG sind nur 42 Prozent der Krankenhäuser bis Ende des Jahres ePA-ready und lediglich neun Prozent zum 1. Oktober. Und das, obwohl auch im stationären Bereich zu diesem Stichtag die Nutzungspflicht besteht.

Die Krankenhäuser müssen vor dem zweiten Quartal 2026 allerdings überhaupt keine Sanktionen fürchten. Ganz anders als die Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die ab 2026 mit Sanktionen und ungleich drakonischeren Strafen wie dem kompletten Abrechnungsausschluss belegt werden sollen, wenn sie ein Praxisverwaltungssystem (PVS) ohne ein von der gematik zertifiziertes ePA-Modul einsetzen. Bei etwa einem Fünftel der Praxen fehlt das ePA-Modul in der Praxissoftware noch immer, obwohl die Hersteller angeblich schon seit Januar ePA-ready sind. Die Zeit des freiwilligen Einsatzes der ePA konnte daher auch nicht in vollem Umfang zum Testen genutzt werden. Von einigen PVS-Herstellern wissen wir, dass das Modul im vierten Quartal nachgeliefert werden soll, von anderen Herstellern haben wir gar keine Rückmeldung. Sanktionen drohen jedoch paradoxerweise den Praxen. Der „Tipp“ der gematik, eine Praxis ohne rechtzeitig zertifiziertes ePA-Modul müsse eben ihr PVS wechseln, mutet angesichts dessen fast schon zynisch an. Und das nicht nur wegen des finanziellen und organisatorischen Aufwands, der damit einhergeht. Sondern es müsste auch sichergestellt sein, dass die Hersteller eine einfache, sichere, vollständige und kostenfreie Datenübertragung gewährleisten.

Wie Sie wissen, konnten wir mit dem BMG eine KBV-Richtlinie abstimmen, dass ein Abrechnungsausschluss bis Ende des Jahres nicht zum Tragen kommt. Wir brauchen jedoch in bestimmten Fällen für diejenigen Praxen, deren PVS absehbar keine KOB-Zertifizierung bekommen wird, zumindest eine weitergehende Übergangsregelung. Dazu sind wir immerhin mit dem BMG bereits in konstruktivem Austausch. Wir brauchen auch eine Lösung für Ärztinnen und Ärzte, die ihre Praxis demnächst abgeben wollen und keine größeren Investitionen, wie etwa in ein neues PVS, tätigen wollen. Diese Lösung kann nicht darin bestehen, dass Praxen die Segel streichen und vorzeitig aus der Versorgung ausscheiden. Das kann sich unser Gesundheitssystem nicht leisten!

Was sich das Gesundheitssystem offensichtlich noch leisten kann, ist, die Krankenhäuser in den kommenden Jahren erneut mit Milliardenbeträgen bei der Digitalisierung zu unterstützen – dieses Mal für IT- und Cybersicherheit. Die ambulante Versorgung hingegen will der Gesetzgeber beim geplanten Sondervermögen Infrastruktur nicht mit Fördermaßnahmen für leistungsfähige PVS und eine zuverlässige IT-Infrastruktur berücksichtigen. Das, sehr geehrte Frau Ministerin Nina Warken, ist eine unfaire Ungleichbehandlung zulasten der Praxen! Und dabei sind es die Praxen, die 97 Prozent aller Behandlungsfälle bewältigen und für eine sichere und gute Versorgung der Patientinnen und Patienten stehen!

Apropos IT- und Cybersicherheit: Ab dem 1. Oktober gilt die gemäß der neuen gesetzlichen Vorschriften überarbeitete IT-Sicherheitsrichtlinie der KBV für Praxen. Ich möchte die Gelegenheit nutzen, kurz daran zu erinnern, dass wir umfangreiche Schulungs- und Informationsangebote für die Praxen auf unserer Website zur Verfügung stellen.

Auch die nächste Ausbaustufe der TI soll ein höheres Sicherheitsniveau bieten. In der Mai-VV hatte ich Ihnen berichtet, dass das derzeit gängige RSA-Verschlüsselungsverfahren der TI nach Empfehlungen beziehungsweise Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik und der Bundesnetzagentur nur noch bis zum 31. Dezember 2025 genutzt werden darf. Dementsprechend müssen alle betroffenen Komponenten bis Ende dieses Jahres getauscht und alle Systeme auf das neue ECC-Verfahren umgestellt werden. Die KBV hat in den vergangenen Monaten mehrfach darauf hingewiesen, dass die Umstellung zeitlich und mengenmäßig herausfordernd wird. Eine geforderte Verschiebung des Stichtags 31. Dezember hat die gematik abgelehnt und hält die Migration bis zum Ende des Jahres weiterhin für realisierbar. Wir erwarten von der gematik, dass sie die Umstellung auf das neue Verschlüsselungsverfahren und den damit verbundenen Austausch von TI-Komponenten genauestens monitort. Auf unser Drängen hin hat die gematik einen „Kommunikations- und Eskalationsplan“ für den Austauschprozess in Aussicht gestellt, den sie nächste Woche vorlegen will. Klar ist aber auch: Wir brauchen einen Plan B, wenn bis zum 1. Januar 2026 nicht alle Nutzer die notwendigen Komponenten tauschen konnten. Auch das gehört zur Verantwortung der gematik für die Betriebsstabilität der TI.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, eine kluge und nutzenorientierte Digitalisierung ist ein wesentliches Instrument zum Abbau überflüssiger Bürokratie. Doch um den „bürokratischen Beton“ wirklich zu durchbrechen, reicht ein Meißel nicht aus! Was es jetzt braucht, sind Mut und Entschlossenheit der Politik, in ihrem angekündigten „Herbst der Reformen“ die vorhandenen Werkzeuge endlich konsequent und effizient zu nutzen. Daher unser eindringlicher Appell an die Politik: Handeln Sie jetzt – wir stehen an Ihrer Seite! Wer den besagten Mut zur Veränderung verweigert, zementiert nur den Stillstand. Und das werden die Wählerinnen und Wähler – wenn wir uns die aktuellen Umfragen anschauen – der Politik nicht mehr verzeihen.

Vielen Dank.