
BERICHT AN DIE
VERTRETERVERSAMMLUNG
11. MAI 2026:
**SITZUNG DER
VERTRETERVERSAMMLUNG DER KBV**

REDE VON DR. ANDREAS GASSEN
VORSITZENDER DES VORSTANDS

ES GILT DAS
GESPROCHENE WORT

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

die Bundesgesundheitsministerin hat versucht, dem Bundeskanzler zu dessen erstem Dienstjubiläum ein Geschenk zu machen, und es sollte natürlich etwas ganz Besonderes sein – man weiß ja auch nie, wie viele Dienstjubiläen noch kommen. Und der Kanzler hat sich auch wirklich gefreut. Das haben einst auch die Einwohner von Troja getan – aber ich schweife ab. Jedenfalls konnte man den Eindruck großer Einigkeit gewinnen, wenn man den gemeinsamen Auftritt von Kanzler und Ministerin vor der Presse nach dem erfolgten Kabinettsbeschluss zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz gesehen hat. Der Kanzler lobte die „liebe Nina“ dafür, in kürzester Zeit eine Gesundheitsreform vorgelegt zu haben, die man „historisch“ nennen könne. Es handele sich um „eine der größten Sozialstaatsreformen der letzten Jahrzehnte“, sagte er. Später relativierte er diese Aussage dahingehend, es sei zumindest die größte Reform der vergangenen zehn Jahre. Na ja, zumindest eine Reform. Diese bringe „lange Jahre Sicherheit für die Menschen“ sowie „Klarheit für Ärztinnen und Ärzte“. Da hat der Kanzler ein großes Wort gelassen ausgesprochen.

Aber eine Reform ist es nicht wirklich. Sehr geehrter Herr Bundeskanzler: Das Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist weder eine „Reform“, noch wird es der allerorten beschworene Befreiungsschlag für die GKV-Finzen werden. Es ist ein reines Sparprogramm! Und zwar zulasten der Versorgung und auch der Versicherten.

Und deshalb fallen mir die Trojaner ein. Am Ende waren sie nicht wirklich glücklich mit dem Geschenk und ich prognostiziere Ihnen, mit diesem Gesetz wird auch niemand froh: nicht die Ärztinnen und Ärzte, nicht die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, nicht die Patientinnen und Patienten und auch der Kanzler nicht, denn es wird den gewünschten Effekt nicht haben, dafür aber unerwünschte Effekte. So war das in Troja auch. Es ist schon ein mutiger Ansatz, bessere Versorgung zu versprechen, indem man an der Versorgung spart und gleichzeitig das Kernproblem der versicherungsfremden Leistungen ausklammert, weil der heimliche Bundeskanzler Lars Klingbeil das so will.

Aber in Bezug auf eine Aussage möchte ich Friedrich Merz zustimmen, nämlich, dass das Gesetz Klarheit für die Ärzteschaft bringe. Uns ist in den letzten Wochen so einiges klar geworden. Zum Beispiel, dass es mit dieser Bundesregierung nicht mehr dazu kommen wird, dass Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten ihre im bisherigen Umfang erbrachte Arbeit vollumfänglich bezahlt bekommen. Genauso wenig werden die Koalitionäre die Ankündigungen aus dem Koalitionsvertrag, wie die einer sinnvollen ärztlichen Steuerung und stärkeren Ambulantisierung, ernsthaft angehen. Vom versprochenen Bürokratieabbau will ich gar nicht erst reden. Die von uns gebetsmühlenartig vorgebrachten Vorschläge hierzu, wie zum Beispiel eine Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die uns auch bereits mehrfach zugesagt wurde, wird es nicht geben. Stattdessen soll es so eine lustige Regelung wie eine Teil-Krankschreibung geben. Stephan Hofmeister wird darauf noch zu sprechen kommen.

Wir haben auch die Hoffnung begraben, dass der Bund endlich seiner Verantwortung gerecht wird und aufhört, Geld der Beitragszahlenden für staatliche Aufgaben zu zweckentfremden. Das Gegenteil ist der Fall. Das heimliche Führungsduo der Koalition, Herr Klingbeil und Frau Bas, haben sich jetzt zwar eine zusätzliche Finanzierung der Leistungen für Bürgergeldempfänger von 250 Millionen Euro jährlich – allerdings befristet bis 2031 – aus dem Kreuz leihern lassen. Da ist es doch mehr als fair, wenn der Finanzminister den Bundeszuschuss im Gegenzug jährlich um zwei Milliarden Euro senkt, das sind übrigens 2000 Millionen.

Man könnte kleinlich einwerfen, dass dies am Ende ein zusätzliches Minus von 1,75 Milliarden Euro bedeutet, dass die Beitragszahler gegenfinanzieren müssen. Man könnte auch einfach formulieren, dass zwei Drittel des in der ambulanten Versorgung eingesparten Geldes gleich wieder in die Sozialkassen fließen. Aber in der Koalition stört das niemanden, auch die Ministerin nicht, und das bestätigt den alten Spruch „Iudex non calculat“.

Wir sollten da alle nicht so kleinlich sein und etwas entspannter damit umgehen. Wie wusste schon Ralph Waldo Emerson: Pedantisches Beharren ist der Kobold kleiner Geister. Gleichwohl: Dafür, dass die schwarz-rote Koalition vor einem Jahr als „Fortschrittskoalition“ angetreten ist, ist es für die ersten zwölf Monate schon eine mehr als ernüchternde Bilanz.

Sei's drum. Halten wir uns lieber an das, was uns die Ministerin ins Lastenheft geschrieben hat: Man darf nicht mehr ausgeben als man einnimmt, und sie sagt, dass die vorgeschlagenen Änderungen das System nicht schlechter machen. Das macht doch irgendwie auch Mut und schafft Klarheit.

Für die Praxen wird jetzt tatsächlich klar, was sie künftig noch leisten können und sollen – und was nicht. Und auch den Versicherten scheint das bereits zu dämmern: Laut einer Civey-Umfrage von Ende April unter 5.000 Bürgerinnen und Bürgern machen sich vier von fünf Befragten Sorgen um die Versorgungsqualität im Gesundheitssystem, sollte es zu weiteren Sparmaßnahmen kommen. Gleichzeitig zeigten zwei Drittel der Befragten Verständnis dafür, dass Ärztinnen und Ärzte ihr Leistungsangebot reduzieren. Und die Praxen werden ihr Leistungsangebot anpassen müssen, schon allein aus betriebswirtschaftlichen Gründen. Wenn die Maßgabe ist, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gibt nur noch das Geld aus, das zuvor eingenommen wurde, dann gilt das auch für die Praxen. Heißt im Umkehrschluss: Keine Leistung ohne Vergütung!

Bereits jetzt bekommen die Praxen 15 Prozent ihrer Leistungen nicht bezahlt, und nun hat Frau Warken das Ziel ausgegeben, bis 2030 weitere zehn Prozent im ambulanten Bereich einsparen zu wollen. Ich wiederhole mich gerne, das bedeutet: Es kann nur noch so viel an Leistung von uns erbracht werden, wie die Ministerin finanziert. Das steht übrigens auch immer schon so im Sozialgesetzbuch.

Die Ministerin hat in der Rheinischen Post kürzlich noch einmal darauf hingewiesen, dass Versicherte Anspruch auf Termine haben. Die bekommen sie ja auch bei medizinischer Notwendigkeit weiterhin, und zwar millionenfach. Dass jetzt Termine wegfallen, die über die TSVG-Regelungen finanziert wurden, darf die Ministerin nicht überraschen. Ganz im Gegenteil, implizit hat sie ja insinuiert, diese Termine hätte es nicht gegeben, da ein wesentlicher Teil der Vergütung für eine Verringerung der Wartezeiten gezahlt worden sei, „die dann aber ausgeblieben ist“, so Frau Warken. Wenn es etwas nicht gab, kann es ja auch kein Problem darstellen, wenn es das dann auch zukünftig nicht mehr gibt.

Wichtig erscheint mir, dass die solidarische GKV kein Heft von Verzehr Gutscheinen ist, dass man im Tennisclub „abisst“, sondern ein solidarisches System, um Kranke zu versorgen. Termine für medizinisch notwendige Behandlungen gab es immer und wird es weiterhin geben. Immer mehr und schnellere Termine für alle, die das Bedürfnis verspüren zum Arzt zu gehen, sind im SGB V nicht vorgesehen.

Das körperschaftliche System von KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als mittelbare Staatsverwaltung und untergesetzlicher Normgeber sieht sich in der Pflicht, Gesetzesentwürfe auf ihre Umsetzbarkeit zu prüfen und Vorschläge zu machen, wie man aus unserer professionellen Sicht etwas besser machen könnte, um in schwierigen Zeiten die ambulante Versorgung zu sichern. Aber wenn die Ministerin und leider auch der Bundeskanzler am Ende des Tages nichts davon wissen und es anders haben wollen, dann werden wir auch das als untergesetzlicher Normgeber umsetzen. Und das ist keine Drohung, sondern ein Versprechen.

Um es noch einmal zu wiederholen: Es wird in Zukunft weniger Geld für Versorgung da sein, und deshalb wird es in Zukunft auch weniger Versorgung geben als bisher. Das gilt für Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeuten und -therapeutinnen und natürlich auch für unsere Patientinnen und Patienten. Da hilft kein Jammern und kein Klagen, es wird nicht mehr Geld ausgegeben als eingenommen wird – zumindest für die ambulante Versorgung in diesem Land.

Aber, und da können Sie gerne mit mir um eine gute Flasche Wein wetten: Teurer wird es am Ende trotzdem. Das Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird nicht halten, was es verspricht – viele werden tiefer in die Tasche greifen müssen, sei es, weil sie einen höheren Anteil ihres Einkommens an die Krankenkasse zahlen oder weil Zuzahlungen steigen. Man könnte dieses Gesetz also ebenso gut mit der Überschrift versehen „Mehr Geld für weniger Versorgung“. Ceterum censeo: Die Beiträge werden nicht stabil bleiben und schon gar nicht mehr sinken!

Was allen Beitragszahlern dann noch bleibt, ist das gute Gefühl, unseren Sozialstaat zu stützen und das ist ja irgendwie auch etwas ganz Tolles. Bei weniger sozialromantischen Naturen könnte allerdings auch das bittere Gefühl aufkommen, unseren ausufernden Sozialstaat weiter zu stützen und keine fairen

Gegenleistungen dafür zu bekommen. Soziale Marktwirtschaft funktioniert anders, sehr geehrte Bundesregierung.

Frau Warkens Aussage „Alle müssen ihren Beitrag leisten“ klingt deshalb nicht nur wie Hohn, sie stimmt schlicht nicht. Die Pharmaindustrie hat wie üblich beim Kanzler angerufen und routinemäßig mit dem Ende des Pharmastandortes in Deutschland gedroht, und der Finanzminister greift noch einmal ungeniert und fortdauernd in die Töpfe der Beitragszahler. Deshalb hat die Ministerin auch Unrecht, wenn sie meint, ein guter Kompromiss sei erreicht, wenn alle jammern. Es jammern ja auch nicht alle. Herr Klingbeil lacht schallend.

Die Hauptlast dieser „Reform“ tragen diejenigen, die die Versorgung selbst stemmen: Rund drei Viertel der geplanten Einsparungen sollen die sogenannten Leistungserbringer tragen. Der ambulante Bereich wird, gemessen an seinem Anteil der GKV-Ausgaben, überproportional belastet – und zwar nicht nur durch Einsparungen, sondern durch reale Kürzungen. In Zahlen ausgedrückt: Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten tragen 23 Prozent der Einsparungen auf Seiten der Leistungserbringer. 2027 wird die Gesamtvergütung um fast 2,5 Milliarden Euro gekürzt. Pro Praxis bedeutet das im Schnitt 24.000 Euro weniger, je nach Fachrichtung bis zu 68.000 Euro weniger pro Arzt oder Ärztin im Jahr. Das heißt: Praxen werden sparen müssen. Und woran können sie sparen? Zunächst vor allem am höchsten Kostenblock, dem Personal. Da reagieren Praxen nicht anders als Krankenhäuser. Das bedeutet: weniger Kapazitäten für Praxismanagement, Terminorganisation, Behandlungen – und im Gegenzug Arbeitsplatzabbau. Insofern ist es schon vorausschauend, wenn Herr Klingbeil gleich mehr Geld fürs Bürgergeld abzweigt.

„Das Gesundheitswesen braucht eine Modernisierungskur“, hat Frau Warken zu Beginn ihrer Amtszeit festgestellt. Darüber lässt sich reden. So richtig innovativ ist das Gesetz nicht, furchtbar smart auch nicht, aber was soll das ganze Jammern. Die Ausgaben für die ambulante Versorgung werden strikt begrenzt. Dies gilt für alle Untersuchungen und Behandlungen – auch für solche, die aktuell extrabudgetär und damit ohne Mengenbegrenzung zum festen Preis vergütet werden. Das ist die Rückkehr zum Globalbudget, losgelöst vom tatsächlichen Bedarf durch den demografischen Wandel oder den medizinischen Fortschritt.

Liebe Frau Ministerin Warken, ich habe zur Abwechslung mal eine gute Nachricht für Sie: Wir haben verstanden. Das KV-System wird Ihrem Wunsch nachkommen. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik bedeutet ein einnahmenorientiertes Leistungsangebot. Keine Leistungen mehr für gesetzlich Versicherte jenseits des Budgets! Leistungsausweitung ist politisch nicht erwünscht, es ist kein Geld dafür da und das SGB V schiebt hier an mehreren Punkten ohnehin einen Riegel vor. Sie alle kennen den § 12. Ich zitiere:

- › „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.
- › Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.“

Bisher hatten die meisten Praxen wohl noch die naive Vorstellung, irgendwann würde die Politik ihre Leistungen schon vollumfänglich bezahlen. Jetzt müssen sie das Rendezvous mit der Realität wagen: Fair und vollumfänglich kommt nicht und ist auch nicht gewollt.

Deshalb werden die KVen gemäß den Wünschen der Ministerin Regelungen treffen, die den Paragraphen 87b Absatz 2 Satz 1 zum Honorarverteilungsmaßstab präzise umsetzen. Zur Erinnerung, dort steht: „Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag (...) oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.“ Genau das werden wir tun. Nur so kann verhindert werden, dass immer mehr Leistungen angeboten werden, für die kein Geld da ist.

Nun können wir als KBV diese Regelungen zur Honorarverteilung in den Regionen nicht beschließen, das können nur Sie in den KVen. Aber wir können den Weg ebnen, indem wir gemeinsam eine Messlatte

entwickeln, wann die Praxen ihren Versorgungsauftrag im Sinne des Sicherstellungsauftrags erfüllt haben und ab wann eine gemäß Paragraf 87b Absatz 2 unzulässige Ausdehnung des Versorgungsauftrages vorliegt. Wir sind sehr zuversichtlich, den ministeriellen Wunsch erfüllen zu können, das Leistungsangebot dem Finanzrahmen anzupassen; nur eine Reduktion der Fallzahlen kann ja in der Folge auch Verordnungen von Medikamenten sowie Heil- und Hilfsmitteln begrenzen.

Was heißt das konkret? Ein Beispiel: Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie behandeln derzeit im Bundesdurchschnitt 1.232 Patienten pro Quartal. Aufgrund der allein für das Jahr 2027 geplanten finanziellen Kürzungen können sie künftig nur noch 1.069 Patienten im Quartal versorgen. Ich könnte Ihnen jetzt noch stundenlang die jeweiligen Zahlen für jede Fachgruppe vorlesen, aber es gibt etwas viel Besseres. Wir haben die Zahlen zu sämtlichen Fachgruppen bundesweit und nach KV-Regionen aufbereitet; Sie finden sie auf Ihren Plätzen und wir werden sie auch auf unserer Website veröffentlichen, dann können alle Kolleginnen und Kollegen nachschauen, wie viel Behandlung in Zukunft noch bezahlt wird.

Sie sehen: Die politischen Vorgaben führen zu einer Reduktion an Versorgung. Das ist aber letztlich auch gewollt, man möchte das nur nicht so wirklich zugeben. Sie alle kennen den Vorwurf, es gebe in Deutschland im internationalen Vergleich zu viele Arzt-Patienten-Kontakte. Das wird sich nun ändern. Und da der Gesundheitsausschuss des Bundestages kürzlich in Skandinavien zu Gast und schwer beeindruckt war, wie gut es dort läuft, gehe ich davon aus, dass die 72 Tage, die man in Schweden auf einen Facharzttermin warten muss, auch bei uns okay sind.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Sie kennen sicher den alten Sponti-Spruch „Wer sich nicht wehrt, lebt verkehrt“. Diese politische Haltung ist nicht unbedingt in der DNA von Ärztinnen und Ärzten verankert. Und sie ist auch kein Selbstzweck. Auch wenn ich kein „Alt-68er“ bin – dafür bin ich tatsächlich auch viel zu jung –, bin ich irritiert, wenn Kritik an Gesetzgebungsmaßnahmen als „Verhetzen“ bezeichnet wird. Diese Formulierung wurde mehrfach aus dem politischen Raum verwendet, garniert mit dem warnenden Hinweis, dass solche Kritik nur der AfD helfen würde.

Lassen Sie es mich deutlich sagen: Nichts liegt mir ferner, als der AfD beim Stimmenfang zu helfen! Aber wer diesen Vorwurf erhebt, sollte vielleicht kurz innehalten und sich fragen, ob es möglicherweise die Art ist, wie im Augenblick Politik gemacht – oder besser gesagt nicht gemacht – wird, die den politischen Rattenfängern am linken und rechten Rand die Wähler in Scharen zutreibt.

Wir können uns ein Beispiel an den psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen nehmen. Diese haben ihren Protest gegen die im Erweiterten Bewertungsausschuss gegen die Stimmen der KBV beschlossene pauschale Kürzung der Vergütung um 4,5 Prozent laut und deutlich und inhaltlich begründet auf die Straße und in den Bundestag getragen. Sie haben das aus meiner Sicht einzig Richtige getan, nämlich die Grenze des Leistbaren deutlich gemacht. Jeder weiß, dass die Nachfrage nach psychotherapeutischer Behandlung schon heute viel größer ist als die vorhandenen Kapazitäten. Die Absenkung betrifft fast alle psychotherapeutischen Leistungen, die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie ebenso wie beispielsweise die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung. Zusätzlich sollen mit dem neuen Spargesetz auch noch die Zuschläge für Kurzzeittherapien gestrichen werden. Aus unserer Sicht gibt es keinerlei Belege, die diese massiven Kürzungen nach der Rasenmäher-Methode rechtfertigen würden. Das ist kein Verhetzen, das ist auch keine Geiselhaft für Patienten. Es bedeutet, den Finger in die Wunde einer schlechten Regelung legen.

Um es auch an dieser Stelle noch einmal deutlich zu sagen: Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) muss den Beschluss zur psychotherapeutischen Vergütung schon im Rahmen seiner Rechtsaufsicht beanstanden! Wir als KBV sehen diesen Beschluss als rechtswidrig an und haben deshalb Klage sowie einen Antrag im Eilrechtsschutz vor dem zuständigen Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingereicht. Diese gründet sich unter anderem darauf, dass das Modell zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen nach Paragraf 87 Absatz 2c Satz 8 SGB V, auf das die Kürzung referenziert, eine Mindestvergütung sicherstellen soll. Es soll eine ungerechtfertigte Benachteiligung der Psychotherapeuten gegenüber anderen Arztgruppen verhindern. Es dient nicht dazu, die Psychotherapeuten von den Steigerungen des Orientierungswertes abzuschneiden. Es ist nicht sachgerecht, die Psychotherapeuten auf die Erträge einer Vergleichsarztgruppe, die diese vor zwei Jahren erzielt hat, zurückzuwerfen und ihnen

damit die Steigerungen des Orientierungswertes in den letzten zwei Jahren wieder wegzunehmen. Wenn wir im sogenannten Eilrechtsschutz recht bekommen, wird die Vergütungsabsenkung zunächst wieder gestoppt, bis eine Entscheidung in der Hauptsache erfolgt ist. Wir stehen hier im engen Austausch mit den psychotherapeutischen Verbänden (DPtV und bvvp). Seien Sie versichert: Wir bleiben dran!

Ganz in diesem Sinne lautet auch einer unserer neuen Kampagnenslogans: „Sparen wir uns Kürzungsdebatten. Nicht Patientengespräche.“ Patientinnen und Patienten verdienen eine gute Behandlung – aber wir Ärzte und Psychotherapeuten auch! Denn wir sind es, die die Versorgung am Laufen halten und die für die Menschen da sind.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Begeisterung des Bundeskanzlers für Frau Warkens sogenannte Reform ist möglicherweise eher das sprichwörtliche Pfeifen im dunklen Wald, denn die Umfragewerte der schwarz-roten Koalition kennen nur eine Richtung, und zwar konsequent nach unten. Die Umfragen für die AfD in Sachsen-Anhalt liegen derzeit stabil bei über 40 Prozent. Das Beitragssatzstabilisierungsgesetz soll wohl tatsächlich helfen, den Absturz der Regierung aufzuhalten. Das könnte grandios ins Auge gehen.

Herr Merz hat deutlich gemacht, dass er in dem nun anstehenden parlamentarischen Verfahren keine langen Debatten, sondern einen zügigen Beschluss wünscht. Finanziell gebe es ohnehin keinen Spielraum. Also quasi alternativlos – da klingt Herr Merz plötzlich wie Frau Merkel. Parlamentarisches Verfahren also nur noch pro forma. Aus der SPD war daraufhin zu hören, man betrachte die Diskussion im Bundestag keinesfalls als reines „Abnickverfahren“. Wir werden sehen. Fest steht: Die Pläne der Regierung konterkarieren fast alles, was man seinerzeit im Koalitionsvertrag versprochen hat: eine bessere Versorgungssteuerung, kürzere Wartezeiten, mehr Ambulantisierung. Die aktuelle Gesundheitspolitik hat keinen roten Faden, sie gleicht eher einem Knäuel mit zahlreichen losen Enden:

- › Man will mehr Steuerung, schafft aber mit den TSVG-Vermittlungsfällen gleichzeitig die einzigen Steuerungselemente ab, die wir bislang haben.
- › Man will mehr evidenzbasierte Präventionsleistungen und ertüchtigt gleichzeitig nichtärztliche Berufe und sogar Laien, entsprechende Leistungen anzubieten.
- › Ambulantisierung soll gefördert werden, gleichzeitig wird das ambulante Operieren quotiert und die Krankenhäuser durch neue Kurzzeitfallpauschalen weiter für die ambulante Versorgung geöffnet.
- › Man will Bürokratie abbauen und gleichzeitig bürokratische Ungetüme wie eine Teilzeit-Krankschreibung und aufwendige Zweitmeinungsverfahren etablieren.

Die Liste ließe sich weiter fortsetzen.

Immerhin konnte sich die Koalition nun tatsächlich doch noch zu einer halbherzigen Steuer auf stark zuckerhaltige Getränke durchringen, ebenso wie zu einer Erhöhung der Tabaksteuer – letztere allerdings nur, um Einbußen im Bundeshaushalt durch die steuerfreie Entlastungsprämie wegen gestiegener Ölpreise abzufedern. Ein bemerkenswerter Vorgang: die geplante Entlastung der Bürger durch eine Prämie die, Sie ahnen es schon, nicht der Staat, sondern die Arbeitgeber zahlen sollen. Ähnlich wie zu Coronazeiten wird die Entlastung der arbeitenden Bevölkerung den Betrieben aufs Auge gedrückt, die par ordre du mufti staatliche Entlastungsaufgaben erfüllen sollen. Als Rheinländer denkt man an die wenig schmeichelhafte Definition des „Kölschen Klüngels“: Eine Hand wäscht die andere zum Schaden einer dritten. Eigentlich sollte der Staat den Bürgern dienen und nicht umgekehrt. In diesem Fall hat immerhin der Bundesrat die Prämie gestoppt. Höhere Steuern auf Tabak und Alkohol wären trotzdem ausnahmsweise einmal sinnvoll – allerdings nicht um Haushaltslöcher zu stopfen, sondern um die Einnahmen dem Gesundheitswesen zukommen zu lassen.

Wer die wohnortnahe ärztliche und psychotherapeutische Versorgung sichern will, muss sie politisch stärken und nicht strukturell schwächen. Der dafür notwendige politische Wille ist nicht erkennbar. Diese Klarheit haben wir nun lesbar vor uns liegen. Die geplanten Regelungen bedeuten nicht nur massive Belastungen für die ambulante Versorgung, sondern markieren einen weiteren Vertrauensbruch gegenüber den Niedergelassenen. Wer dauerhaft gegen die Realität der Versorgungspolitik regiert, gefährdet am Ende die Stabilität des gesamten Systems. Die Verlässlichkeit der ambulanten Versorgung ist ein Versprechen an die Menschen in diesem Land und ein stabilisierender Faktor für eine demokratische Zivilgesellschaft. Wer

das demontiert, darf sich hinterher nicht beschweren, wenn die Menschen sich gedanklich aus dieser Zivilgesellschaft verabschieden und einfache Lösungen wählen, die es natürlich nicht gibt. Wir sind bereit, mit der Politik Lösungen zu entwickeln, die funktionieren. Politische Entscheidungen, die diese Lösungen verunmöglichen, werden wir weiter kritisieren – nicht um zu verhetzen, sondern um zu helfen.

Darüber sollten der Bundeskanzler und seine Gesundheitsministerin vielleicht noch einmal nachdenken. Unsere Patienten haben das verstanden und dreimal dürfen Sie raten, wem sie mehr glauben: ihren Ärztinnen und Ärzten und ihren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Politikern?

Vielen Dank