KBV
KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

BERICHT AN DIE VERTRETERVERSAMMLUNG 4. SEPTEMBER 2026: **SITZUNG DER VERTRETERVERSAMMLUNG DER KBV**

REDE VON DR. STEPHAN HOFMEISTER
STELLVERTRETENDER VORSITZENDER DES VORSTANDS

ES GILT DAS
GESPROCHENE WORT

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

auch von mir ein herzliches Willkommen zu unserer Vertreterversammlung. Die Sommerpause ist vorbei und das Bundesgesundheitsministerium hat unerwartet eine neue Leitung bekommen. Bei der Amtsübergabe Ende Juli hat Ministerin Nina Warken ihrem Nachfolger Carsten Linnemann einen Werkzeugkasten als Geschenk überreicht – schließlich sei das Gesundheitssystem, so Frau Warken, „eine Dauerbaustelle“. Nicht erwähnt hat sie dabei, dass es oft politische Entscheidungen sind, die dazu führen, dass aus einer Baustelle fünf neue erwachsen. Ähnlich wie in dem berühmten Sketch von Loriot, in dem ein Besucher eines Hauses bei dem Versuch, ein an der Wand hängendes Bild geradezurücken, eine Kettenreaktion in Gang setzt und das ganze Zimmer verwüstet. Am Ende verlässt er die Szenerie der Zerstörung mit der lapidaren Feststellung: „Das Bild hängt schief.“ Ich hoffe, dass die Bundesregierung in ihrem Reformeifer nicht ähnlich verfährt. Es ist unstrittig, dass auch in unserem Gesundheitswesen ein paar Dinge geradegerückt, vielleicht auch einiges umgestellt werden muss, damit es weiterhin funktioniert und ein stimmiges Ganzes ergibt. Aber, Herr Minister Linnemann, bitte schütten Sie das Kind nicht mit dem Bade aus!

Noch sind es vor allem die selbstständigen Ärztinnen und Ärzte, die das ambulante System am Laufen halten, nicht zuletzt, weil die Babyboomer unter ihnen – noch – oft über das Rentenalter hinaus arbeiten. Das Statistische Bundesamt hat vor kurzem Zahlen veröffentlicht, die zeigen, dass der Anteil der Erwerbstätigen mit überlanger Wochenarbeitszeit – das heißt 49 Stunden und mehr – unter Selbstständigen besonders hoch ist. Das gilt vor allem für Selbstständige, die ihrerseits Arbeitgebende sind, wie Praxisinhaber und -inhaberinnen. Doch dieses Engagement kann schnell kippen, wenn die Rahmenbedingungen für inhabergeführte Praxen sich immer weiter verschlechtern. Das Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) markiert möglicherweise diesen Kipppunkt. Die Wiedereinführung eines Globalbudgets ist ein Schlag ins Gesicht aller selbstständigen Praxen. Doch die politisch Verantwortlichen weigern sich, das zu sehen. Die Diskussion hierzu in abendlichen Talkformaten zu führen, in denen es nie um Dialog geht, sondern um fast schon exhibitionistische Zurschaustellung eigener Positionen, ist dabei nur ein trauriges Symptom der fehlenden Qualität des wirklichen Ringens um Lösungen. Persönliche Anschuldigungen gegen Politiker helfen nicht weiter und sind unangemessen. Diejenigen, die im Gesundheitssystem Tag und Nacht Menschen helfen und versorgen als Nutznießer eben jenes Systems zu bezeichnen, ist jedoch eine nicht akzeptable Diskreditierung. Auseinandersetzung darf und muss sein, aber wir müssen über Inhalte streiten. Das dann auch gerne deutlich.

Einige Akteure scheinen aktuell hingegen eher Gehör zu finden als andere. Sie erinnern sich: Pharmazeutische Unternehmen haben während des Gesetzgebungsprozesses Druck auf die Bundesregierung ausgeübt und ganz unverhohlen mit Konsequenzen sowohl für den Standort Deutschland als auch für die Versorgung hierzulande gedroht, falls das Sparpaket so komme, wie es Anfang Juli noch gedacht war. Die Drohungen haben anscheinend verfangen, der Beitrag der Industrie zum Sparpaket wurde schließlich verringert und beim Thema Cannabis nimmt das politische Engagement für die Industrie derzeit geradezu groteske Züge an.

Die pharmazeutische Industrie bezeichnet sich selbst gerne als volkswirtschaftliche Schlüsselbranche. Dazu ein Vergleich: Die pharmazeutischen Unternehmen in Deutschland beschäftigen etwa 140.000 Mitarbeitende – die Praxen 790.000, also mehr als das Fünffache. Das sind auch mehr als in der Automobilindustrie, lange die deutsche Vorzeigebranche und von der Politik stets hofiert, die mittlerweile aber hauptsächlich mit Werksschließungen und Stellenabbau Schlagzeilen macht. Hinzu kommt, dass Praxen als Arbeitgeberinnen nahezu flächendeckend über ganz Deutschland verteilt sind, während die Arbeitsplätze in der Pharmaindustrie sich auf etwa 700 Unternehmen in bestimmte Regionen konzentrieren.

Praxen als inhabergeführte Unternehmen sind fest in ihrer Region verankert, oft über viele Jahrzehnte. Das ist echte Standorttreue! Sie schaffen Arbeitsplätze und damit Kaufkraft, sie nutzen und stärken die Infrastruktur vor Ort. Sie ziehen nicht weiter, wenn Subventionen abgegriffen sind und die Rendite woanders größer erscheint. Sie zahlen Steuern dort, wo sie arbeiten. Sie sind keine anonymen Entitäten, sondern zeigen Gesicht und persönliche Nähe. Fazit: Sie sind nicht nur Teil der Daseinsvorsorge, sondern

ein eigenständiger, beschäftigungsintensiver Wirtschaftsfaktor mit erheblicher lokaler Wertschöpfung. Doch all das ist nicht unendlich belastbar.

Die offenkundigen und eklatanten Widersprüche im Spargesetz hat Andreas Gassen bereits dargestellt. Das Ende der Regelungen zur direkten Terminvermittlung von Haus- zu Fachärzten und die Rückkehr zum Globalbudget führt bei manchen hausärztlichen Kollegen zu der Sorge, dass ihre Patienten keine fachärztlichen Termine mehr bekommen. Diese Sorge nehme ich ernst, habe aber großes Vertrauen, dass Haus- und Fachärzte auch künftig im kollegialen Miteinander die Patienten versorgen werden, die einen echten Bedarf haben. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass diese Patienten entsprechend identifiziert werden und ihre Weiterbehandlung durch fachärztliche Kollegen auch wirklich bezahlt wird. Nun hat der Gesetzgeber genau diese Möglichkeiten, die das Terminservice- und Versorgungsgesetz seinerzeit eingeräumt hatte, gerade abgeschafft. Ohne ein solches Instrument wird es jedoch nicht gehen. Wir brauchen eine medizinische Dringlichkeitsbeurteilung durch primärärztliche Praxen sowie subsidiär und im Akut- und Bereitschaftsdienst auch digital, und im nächsten Schritt eine qualifizierte Überweisung, idealerweise im Zuge der Einführung der elektronischen Überweisung, auf die Sibylle Steiner gleich noch zu sprechen kommen wird. Damit ein solches Verfahren funktioniert und praxistauglich ist, kann es nur aus der Ärzteschaft selbst heraus gestaltet werden und da sind wir dran.

Klar ist: Die Einschätzung der Dringlichkeit eines Diagnose- oder Behandlungsbedarfs ist eine primär ärztliche Aufgabe. Das massive Drängen der Krankenversicherungen, ihre Versicherten steuern zu wollen, hätte für Letztere ernste Konsequenzen. Zum einen unterliegt dieses Ansinnen einem Zielkonflikt: Eine Versicherung, die ihre Versicherten steuert, hat als Kostenträger andere Interessen als die Versicherten selbst. Zum anderen hat dieses Ansinnen aber auch inhaltliche Schwächen. Dies hat der GKV-Spitzenverband jüngst selbst bewiesen – wenn wahrscheinlich auch mit anderer Intention. In einer Pressemitteilung mit der Überschrift „Datengestützte Prävention wirkt“ verkündete er stolz, die Kranken- und Pflegekassen hätten auf Basis ihnen vorliegender Gesundheitsdaten ihrer Versicherten bislang 1,5 Millionen Menschen „gezielt“ auf individuelle Gesundheitsrisiken und fehlende Vorsorgeuntersuchungen hingewiesen. Von diesen 1,5 Millionen angesprochenen Versicherten hätten sage und schreibe „etwa 110.000“ reagiert und konkrete Versorgungsangebote in Anspruch genommen. Welch eine Quote! Wenn Prävention nach Lesart der Krankenkassen dadurch „wirkt“, dass Briefe verschickt werden, auf die dann über 90 Prozent der Angeschriebenen nicht reagieren, dann entspricht das wohl kaum dem ärztlichen Verständnis von Prävention.

Die Einladung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Auftaktgespräch für seine sogenannte Präventionsoffensive nur wenige Tage nach der Verabschiedung des BStabG fanden wir, gelinde gesagt, befremdlich und sind ihr auch nicht gefolgt. Denn den neuen Sparvorgaben fallen bekanntermaßen auch Prävention und Früherkennungsleistungen zum Opfer, indem auch diese unter den Budgetdeckel fallen. Wenn dies aber so ist, geht jede präventive Leistung künftig auf Kosten der kurativen Versorgung, und das im wahrsten Sinne des Wortes, denn bekanntlich kann man jeden Euro nur einmal ausgeben. Das ist ein eklatanter Systemfehler. Bei Vorsorgeuntersuchungen, deren Adressaten, etwa aufgrund ihres Alters, Geschlechts et cetera eindeutig definiert sind, kann es gar keine ungesteuerte Mengenausweitung geben. Wenn der Gesetzgeber Prävention will, dann muss das für alle, die in Frage kommen, möglich sein und auch für alle bezahlt werden. So einfach ist es.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, erinnern Sie sich noch, wie Bundeskanzler Friedrich Merz zu Beginn seiner Amtszeit sagte, er wolle „weg von der Misstrauenskultur“ gegenüber Bürgern und Unternehmen? Man wolle Bürokratie und Kontrollen reduzieren und den Menschen mehr Eigenverantwortung geben? Dann frage ich: Was ist die vom Koalitionsausschuss geforderte Abschaffung der telefonischen Krankschreibung und Pflicht zur Krankschreibung ab dem ersten Tag sonst, wenn nicht eine krasse Misstrauenserklärung gegenüber Bürgern und Praxen, die gleichzeitig auch noch einen bürokratischen GAU bedeutet?

Die Behauptung, dass die bisherigen Regelungen zu massenhaftem Missbrauch führen, widerspricht den Fakten. Wir brauchen keine noch engmaschigeren Vorgaben und Kontrollen, die ärztliche Kapazitäten binden, sondern eine Entlastung der Praxen! Schon jetzt werden dort jährlich rund 116 Millionen Arbeitsunfähigkeits (AU)-Bescheinigungen ausgestellt. Etwa 35 Prozent der Fälle dauern nur ein bis drei Tage. Eine AU-Pflicht ab dem ersten Tag würde zu 36 Millionen zusätzlichen Behandlungsfällen im Jahr

führen. Jede einzelne Praxis müsste zum Abarbeiten dieser Fälle 10,5 Arbeitstage im Jahr aufwenden. Würde hingegen für Erkrankungen von weniger als vier Tagen keine AU mehr benötigt, könnten Arztpraxen nach unseren Berechnungen rund 1,4 Millionen Arbeitsstunden jährlich und etwa 102 Millionen Euro Bürokratiekosten einsparen. Bei den Kind-krank-Bescheinigungen kämen weitere rund 450.000 Stunden beziehungsweise 30 Millionen Euro an Einsparungen hinzu. Die Schlussfolgerung liegt auf der Hand: Wir als KBV fordern weiterhin eine Karenzzeit von drei bis fünf Tagen, in denen grundsätzlich keine AU-Bescheinigung vorgelegt werden muss. Wie die Lohnfortzahlung in diesem Fall geregelt würde, ist keine Frage für die Praxen, sondern Sache der Politik.

Auch die Teil-AU bei längeren Krankheitsfällen, die 2028 kommen soll, ist ein bürokratischer Overkill. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) haben die Beratungen hierzu begonnen, da bis zum 1. Januar 2027 bereits Regelungen zur konkreten Umsetzung getroffen werden sollen. Aber niemand ist glücklich über diesen Arbeitsauftrag. Weder die Krankenkassen noch die Arbeitgeber. Fast die Hälfte der Unternehmen hält das Instrument der Teil-AU laut einer Umfrage des ifo-Instituts für nicht sinnvoll. Die meisten befürchten Probleme bei der Abgrenzung zwischen arbeitsfähig und -unfähig und rechnen mit zusätzlichem organisatorischem Aufwand. Fazit: Mit sämtlichen Vorhaben zum Thema Krankschreibungen bricht Kanzler Merz sein vorhin zitiertes Versprechen.

Lange versprochen wurde uns die Reform der Notfallversorgung. Nächste Woche soll nun die öffentliche Anhörung zum Gesetzentwurf stattfinden. Wir werden dabei einmal mehr deutlich machen, dass parallele Versorgungssysteme – wie sie mit der Ausdehnung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes rund um die Uhr, flankiert durch telemedizinische Versorgung 24/7 sowie einer Erweiterung der Befugnisse für Integrierte Versorgungszentren geschaffen werden soll – weder personell noch finanziell leistbar sind. Wir brauchen machbare Konzepte und kein Wolkenkuckucksheim mit einer „Wünsch-dir-was“-Versorgung rund um die Uhr! Deutlich mehr Realitätssinn zeigt das Konzept zur Notfallversorgung, das KBV und Deutsche Krankenhausgesellschaft schon vor längerer Zeit gemeinsam entwickelt haben und worüber wir weiterhin in konstruktivem Austausch stehen. Das größte Problem, und das sowohl aus stationärer als auch ambulanter Sicht, ist die fehlende Verbindlichkeit in sämtlichen politischen Plänen. Solange diese nicht gewährleistet ist, brauchen wir über Themen wie Steuerung und besseren Ressourceneinsatz eigentlich gar nicht weiter zu reden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, spätestens seit dem jüngsten bekannt gewordenen hybriden Anschlag am Flughafen Leipzig, dem Hacker-Angriff auf die Berliner Senatsverwaltung und den zuletzt zunehmenden mutmaßlichen Anschlägen auf regionale Stromversorgungsnetze und Industrieanlagen müsste die Bedeutung der Resilienz von Infrastruktur in allen Köpfen verankert sein. Zu dieser Infrastruktur gehört ganz elementar das Gesundheitswesen und damit die ambulante Versorgung, auch wenn der Fokus politisch bislang eher auf den Krankenhäusern liegt.

Dabei gilt der vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Sicherstellungsauftrag im Krisen- und Katastrophenfall grundsätzlich weiter. Womöglich ist er dann sogar von besonderer Bedeutung, da der Bedarf an medizinischer Versorgung durch Schadensereignisse sogar steigen kann. Gleichzeitig fühlen sich die Praxen insgesamt unzureichend auf Krisensituationen vorbereitet, was auch an einem Mangel an Information liegt, wie eine Umfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zeigt. Deshalb arbeiten wir als KBV gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) derzeit an einem Ratgeber für Praxen, eine Art „Vademecum“, um sich besser auf mögliche Krisenszenarien vorzubereiten. Darüber hinaus vernetzen wir uns mit den anderen Sektoren, die mit uns gemeinsam diese Herausforderung werden stemmen müssen. Auch dieses Thema unterstreicht eindrucksvoll: Wer das ambulante Gesundheitswesen kaputtspart, schwächt Deutschland.

In diesem Zusammenhang gibt es ein weiteres ernstes Thema: Das Bundesamt für Verfassungsschutz und die Nachrichtendienste sollen angesichts der Bedrohungen mehr Befugnisse erhalten. So weit, so nachvollziehbar. Dass im Zuge dessen allerdings das ärztliche und psychotherapeutische Berufsgeheimnis unterhöhlt und nur noch zweitrangig werden soll, ist nicht hinnehmbar. Tatsächlich gilt für die Heilberufe – anders als für Geistliche, Rechtsanwälte und Journalisten – schon jetzt nur ein relatives Zeugnisverweigerungsrecht. Künftig könnten darüber hinaus aber beispielsweise auch Daten auf Praxiscomputern von staatlichen Stellen abgerufen und ausgewertet werden. Klar ist: Im Zeitalter der

digitalen und häufig zentralen Datenspeicherung sind Patientendaten leichter korrumpierbar und im Falle eines Missbrauchs hat dieser eine wesentliche höhere Tragweite. Das sollte jedem klar sein.

Es ist auch kein Trost, wenn Bundesinnenminister Alexander Dobrindt und Kanzleramtsministerin Warken versichern, der Staat werde schon nichts Unrechtes tun. Wir als KBV fordern deshalb die lückenlose Gleichstellung der Heilberufe mit den absolut geschützten Berufsgruppen im Gesetz über den Bundesnachrichtendienst und verwandten Gesetzen. Durch die Relativierung des Schutzes von ärztlichen Berufsgeheimnisträgern wird das unverzichtbare Vertrauensverhältnis zwischen Patienten sowie Ärzten und Psychotherapeuten systematisch geschwächt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, manchmal ziemlich flapsig werden wir Bürgerinnen und Bürger durch den Kanzler immer wieder aufgerufen, nicht zu klagen und alles schlechtzureden, sondern auch die guten Dinge zu sehen und positiv zu denken. Ich möchte deshalb mit einem positiven Bild und den konstruktiven und konkreten Vorschlägen des KV-Systems enden, wie eine moderne und leistbare medizinische Versorgung auch in Zukunft, in herausfordernden Zeiten, gewährleistet werden kann. Unser Ziel ist ein Versorgungssystem, das besser vernetzt ist – im wörtlichen wie im übertragenen Sinn –, als es bislang der Fall ist. Neben den dafür erforderlichen und stets mitzudenkenden Schnittstellen bedarf es nach wie vor einer klaren Zuordenbarkeit von Verantwortlichkeiten, eines verbindlichen, möglichst digitalen Informationsaustausches und organisierter Kooperation. Dieses Zielbild begegnet gewissen Herausforderungen:

- der demografischen Entwicklung mit einer alternden Bevölkerung und einem zeitgleichen Rückgang an qualifizierten Fachkräften,
- begrenzten finanziellen Mitteln bei gleichzeitig steigenden Kosten durch den medizinischen Fortschritt,
- einer stetig zurückgehenden Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung bei gleichzeitig steigendem Risiko durch gesundheitsschädigendes Verhalten.

Was brauchen wir?

- Zunächst einmal eine klare politische Kommunikation an die Bevölkerung, dass die Mittel und Ressourcen endlich sind und dass das im SGB V verankerte WANZ-Prinzip das Maß für eine nachhaltig leistbare Versorgung sein muss. Nur diese ist leistbar und bezahlbar!
- Eine Steuerung mit Terminfindung ausschließlich nach medizinischer Dringlichkeit.
- Verbindlichkeit von „Spielregeln“ nicht nur für Praxen, sondern auch für Patientinnen und Patienten.
- Störungsfrei und stabil funktionierende digitale Kommunikationswege, die alle am jeweiligen Versorgungsprozess Beteiligten integrieren.
- Echte digitale Prozesse, die nicht nur bisheriges Tun elektrifizieren, sondern die Prozesse bei der Überführung in die digitale Welt aktualisieren. Sie müssen die Arbeit erleichtern, sonst sind sie unnötig.
- Einen deutlichen Rückbau der Misstrauensbürokratie.

Wie sieht das in der der ambulanten Versorgung aus? Im Zentrum stehen auch künftig ärztliche und psychotherapeutische Praxen mit ihren Teams. Die Verantwortung für den Gesamtprozess der medizinischen Versorgung, namentlich mit den Bausteinen Anamnese, Diagnosestellung, Herbeiführen des „informed consent“ mit dem Patienten zur Therapie und die Therapieverantwortung bleibt beim behandelnden Arzt beziehungsweise der behandelnden Ärztin. Die gesamte Leistung wird im Team erbracht und wo immer möglich an entsprechend qualifizierte Mitarbeitende delegiert. Die Praxen gestalten ihre Teams nach dem jeweiligen Bedarf. Diese können und sollen sich aus ärztlichen und nichtärztlichen Berufen zusammensetzen und je nach Qualifikation Teilleistungen im Versorgungsprozess übernehmen. So entsteht eine möglichst große Flexibilität, die Teams optimal auf die jeweiligen Gegebenheiten anzupassen, ohne Verantwortungsdiffusion oder neue Schnittstellen, wie sie zum Beispiel bei der immer wieder propagierten Substitution ärztlicher Leistungen zwangläufig entstünden.

Eine verbindliche Steuerung ist maßgebliche Voraussetzung für das Funktionieren des Gesamtsystems und für die Priorisierung der Versorgungsbedarfe nach medizinischer Dringlichkeit. Die Begriffe Steuerung und primärärztliche Versorgung werden hierzu inhaltlich definiert und die erforderlichen Voraussetzungen,

steuernd beziehungsweise primärärztlich tätig zu sein, müssen beschrieben werden. Konkret heißt das zwingend eine medizinisch-inhaltliche Befassung und gegebenenfalls Therapie soweit möglich vor Konsultation weiterer Stellen. Eine reine Durchleitung oder Weiterleitung ist keine Steuerung.

Im Falle chronischer Erkrankungen kommt die kontinuierliche Betreuung, Begleitung und Koordination aller erforderlichen Maßnahmen sowohl in Bezug auf die Grunderkrankungen sowie auch akut auftretende weitere Behandlungsanlässe hinzu. Primärversorger sowie mit- und weiterbehandelnde Praxen arbeiten dabei eng abgestimmt. Die primärversorgende Praxis, beziehungsweise wo geboten auch die mit- und weiterbehandelnde Praxis, koordinieren und steuern Patientenwege – auch bei erforderlichen Maßnahmen durch stationäre Einrichtungen und andere nichtärztliche Heilberufe. Quartalsbezüge können hierfür gelockert oder aufgehoben werden, was allerdings voraussetzt, dass die Patienten jeweils spiegelbildlich an die neu zu schaffenden Zeiträume gebunden sind.

Diese so definierte Steuerung findet vornehmlich, aber nicht zwingend ausschließlich, durch primärärztliche Praxen statt, bei erhaltenem Direktzugang zur Augenheilkunde, Gynäkologie und Psychotherapie. Ergänzend hierzu wird die 116117 mit dem validierten System zur medizinischen Ersteinschätzung flächendeckend präsent sein und in der Akut- und Notfallversorgung, auch zum Beispiel in Integrierten Notfallzentren (INZ), obligat vorgeschaltet. Für Patientinnen und Patienten gilt dann: Sie können sich weiterhin darauf verlassen, dass sie kontinuierlich in ärztlicher Behandlung sind und die ärztliche Verantwortung bestehen bleibt. Medizinisch dringliche Fälle werden so zeitgerecht versorgt. Eine generell vorgeschaltete Ebene der medizinischen Triagierung beziehungsweise des Versorgungszugangs durch rein digitale Systeme oder nicht dafür qualifizierte Berufsgruppen lehnen wir ebenso ab wie ein Case Management durch Krankenversicherungen. Ersteres erschwert den Zugang zu ärztlicher oder psychotherapeutischer Versorgung durch eine künstliche Hürde, würde aber gleichzeitig zu einer deutlichen Zunahme von „Absicherungskontakten“ führen. Es wird also schlechter und teurer! Zweiteres, nämlich „managed care“ durch Krankenversicherungen wäre, wie schon vorhin beschrieben, ein Paradigmenwechsel, der auch als solcher benannt werden muss. Auch das entspricht nicht unserer Vorstellung von ambulanter medizinischer Versorgung in Deutschland.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, um abschließend noch einmal an Loriot und das schief hängende Bild anzuknüpfen: Man sollte nicht das ganze Zimmer verwüsten oder gar das Haus abreißen, um Verbesserungen zu erzielen. Ich bin überzeugt, dass eine Weiterentwicklung des Systems, wie hier skizziert, die medizinischen Bedarfe der Zukunft decken kann – auch unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und der knapper werdenden Ressourcen. Ich bin aber auch überzeugt, dass jedes Konzept ohne uns, gegen uns oder an uns vorbei scheitern wird. Wir sind bereit, die Herausforderungen anzunehmen. Wir haben Lösungsvorschläge, Herr Minister Linnemann. Das, was wir vorschlagen, können wir auch liefern. Nehmen Sie bitte unser Angebot ernst, dann können Sie auf uns setzen!

Vielen Dank