

Bericht von Dr. Andreas Gassen an die Vertreterversammlung

Rede des KBV-Vorstandsvorsitzenden am 2. März 2018

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

der tägliche Newsletter des Tagesspiegels hat einen „BER-omat“, mit welchem fortlaufend die Tage seit Nichteröffnung des neuen Hauptstadtflughafens gezählt werden.

Sie sind jetzt bei Tag 2099 angekommen. Ein Ende ist bislang nicht absehbar – eine eher monotone, fast schon absurde Angelegenheit. Ganz ähnlich ergeht es uns beim Zählen der Tage, die wir seit der Bundestagswahl nun ohne Regierung sind.

Doch dieses Zählen könnte bald ein Ende haben, denn bis heute um Mitternacht werden die letzten Briefwahlunterlagen der SPD-Mitglieder angenommen, sodass wir am Sonntag endlich Gewissheit haben könnten.

Oder eben auch nicht, wenn der ausgehandelte Koalitionsvertrag abgelehnt werden sollte.

Es stellt sich die Frage: Was bedeutet dieses Abwarten für uns? Was macht man am vernünftigsten in solchen Zeiten? Man macht seine Arbeit und besinnt sich auf seine eigenen Kräfte.

Und die sind, aus meiner Perspektive als KBV-Vorstand, Sie, die KVen und unsere Selbstverwaltung. Ihre Stärke haben Sie gerade wieder im Februar während unserer Klausurtagung unter Beweis gestellt. Meiner Einschätzung nach haben wir genauso konzentriert und zielführend diskutiert, wie in unseren vergangenen Klausuren. Da bekommt die Formulierung „uns auf unsere eigenen Kräfte besinnen“ eine ganz eigene Bedeutung – weil man spürt, dass diese Kraft existiert, gebündelt werden kann und gebündelt wird.

Die Debatte um den Koalitionsvertrag hat – was die Gesundheitspolitik betrifft – wieder einmal gezeigt: Komplexen Sachverhalten stülpt mancher in der Politik am liebsten eine vermeintlich einfache Lösung über. Das kann man so machen, allein, was gewinnt man dabei?

Eine nach Außen scheinbar funktionierende Lösung, die aber im Gegenteil gar nichts bewirkt und die Dinge noch verschlimmert. Dieses Vorgehen finden wir leider bei Entscheidungsträgern aller Couleur.

Fake news oder alternative facts sind Begriffe, die auf der anderen Seite des Atlantiks Alltag geworden sind, aber auch in Deutschland wird man davon nicht verschont.

Spontan fällt mir in diesem Zusammenhang die Situation ein, als ein führender Gesundheitspolitiker auf dem Weg zu den entscheidenden Koalitionsverhandlungen sinngemäß in die laufenden Kameras sprach: „Wir müssen die Ungerechtigkeit in diesem Gesundheitssystem bekämpfen. Es kann nicht sein, dass ein Kassenpatient, der eine schwere Erkrankung hat, nicht ordentlich behandelt wird, nur weil er Kassenpatient ist.“

Das kann der Mann wohl kaum ernst meinen – ein Schlag ins Gesicht aller, die sich nach bestem Wissen und Gewissen im Gesundheitswesen engagieren. Man muss sicher Nachsicht üben, wenn Menschen von Dingen wie z.B. von Versorgung sprechen und diese nur aus dem Schrifttum kennen.

Akzeptieren kann man solche alternative facts aber nicht, da durch solche alternative facts hervorgerufene Gesetzesinitiativen unsere Versorgung real gefährden können. Genauso wird hochqualitative Versorgung dadurch gefährdet dass der Versorgung der GKV-Patienten durch die Budgetierungen Gelder vorenthalten werden. Gelder, von denen die Versicherten natürlich erwarten, dass sie in die Versorgung fließen.

Wenn ich im Restaurant esse, bezahle ich am Ende auch die komplette Zeche – nur im Gesundheitswesen ist das nicht so, hier prellen die gesetzlichen Krankenkassen die Zeche regelhaft.

Umso deutlicher sollten, ja müssen wir Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten – die die Versorgung real leisten und nicht nur aus der Literatur kennen –klare Vorstellungen entwickeln, wie wir die Versorgung künftig gestalten wollen. Dabei müssen wir die Umstände anerkennen, die unstrittig sind. Ich nenne sie sicherheitshalber noch einmal:

- Anstieg des Behandlungsbedarfs
- Anstieg der medizinisch-technischen Möglichkeiten
- Anstieg der Erwartungen der Patienten an Ärzte und Psychotherapeuten
- Anstieg der Kosten für Behandlung, Arzneimittel etc.
- Das alles bei einem relativ gleichbleibenden Finanzreservoir
- und schließlich die fehlende Bereitschaft der politisch Verantwortlichen, Patientenverantwortung zu stärken

Wir dürfen nicht den Fehler machen, den so einige Politiker begehen: diese Zustände in Teilen oder in Gänze zu ignorieren. Manche tun das aus Unkenntnis, manche aus Ideologie und manche, weil sie es nur gut meinen und keine andere Idee haben, wie man auf „gefühlte“ Probleme eingehen könnte.

Politik versucht natürlich, Strömungen und Meinungen aufzunehmen und zu nutzen – das klappt nicht bei allen immer so richtig überzeugend: Wenn man sich aktuelle Umfrageergebnisse anschaut, hat die Bevölkerung offensichtlich nicht wirklich das Gefühl, tatsächlich gehört und berücksichtigt zu werden.

So scheint das Thema der angeblich fehlenden Gerechtigkeit die Massen nicht zu elektrisieren, fatal wenn mit einer politischen Legitimation von derzeit 16 – 18 Prozent Umwälzungen gerechtfertigt werden sollen, die 100 Prozent betreffen.

Wir müssen aktuell leider konstatieren, dass es in der Politik unverändert das Bestreben gibt, die Selbstverwaltung Stück für Stück zu schwächen. Dies atmet der mögliche Koalitionsvertrag an etlichen Stellen auch.

Für uns kann daraus nur folgen, unsere eigenen Konzepte umzusetzen und realistische Szenarien zu entwerfen, mit denen wir auf die kommenden Herausforderungen reagieren wollen. Mit unserem Konzept KBV 2020 haben wir das getan, ich komme gleich im Einzelnen darauf. Wir müssen den politisch Verantwortlichen, die vernünftigen Argumenten zugänglich sind, – und auch die gibt es Gottseidank noch – auch zeigen, dass wir es können.

Ich spitze das noch einmal zu: Warten wir nicht darauf, dass die Politik uns hilft! Lassen Sie uns die Möglichkeiten nutzen, die wir jetzt schon haben!

An manchen Stellen werden wir letztlich von der Politik Schützenhilfe einfordern müssen, meist erhalten wir weit weniger als erwartet. Wir müssen uns eingestehen, dass wir Entscheidungen treffen müssen, die dem einen oder anderen unter uns wehtun. Aber wer, wenn nicht wir, weiß am besten, dass manche Medizin bitter, aber hochwirksam ist?

Die Handlungsfelder, auf die wir uns jetzt konzentrieren müssen, sind:

- Die Notfallversorgung
- Die intersektorale Versorgung
- Die Laborreform
- Die Digitalisierung
- Und, vor allem die leistungsfeindliche, patientenfeindliche Budgetierung zu überwinden.

Wir haben dazu einige Anträge vorbereitet, die das zusammenfassen, was wir auf der Klausurtagung gemeinsam erarbeitet haben. Sie werden von dem jeweils zuständigen Vorstandsmitglied vorgestellt.

Die Anträge zur Laborreform spiegeln beispielsweise wider, womit wir in den vergangenen Monaten gut gefahren sind: Hausärzte und Fachärzte erarbeiten gemeinsam Vorschläge zum Labor, die nicht mehr vom Denken in Versorgungsbereichen geprägt sind.

Diesen Weg wollen wir weitergehen und uns der zweiten Stufe der Laborreform widmen, die eine qualitative Erneuerung der Laborleistungen anstrebt. Es ist ein Novum für uns, nicht mehr über Mengenbegrenzung zu sprechen, sondern über Verordnungsqualität.

Ich glaube, das wäre vor wenigen Jahren nicht so konstruktiv möglich gewesen, wie wir es heute erleben. Wir springen hier über unseren eigenen Schatten – und das ist auch gut so. Deswegen bitte ich Sie, den Anträgen zur Laborreform zuzustimmen und darum, sich weiterhin intensiv in die Arbeitsgruppe mit einzubringen. Dann kommen wir beim Thema Labor ein großes Stück voran.

Wie bei den anderen Themen ist auch die Laborreform eng mit der Entbudgetierung verknüpft. Wenn wir uns auf eine indikationsgerechte Laborbeauftragung einigen, wird es dem GKV-SV nicht mehr so leicht möglich sein, sich einer Aufhebung der Budgets für diese Leistungen zu verweigern.

Leistungen, die durch den medizinischen Fortschritt eine ungeheure Dynamik erfahren, in einer gedeckelten Gesamtvergütung zu verorten, ist schon recht dreist. Wir bekommen mit der zweiten Stufe der Laborreform einen Fuß in die Tür und je genauer wir bei der Leistungsbestimmung arbeiten, desto größer wird der Spalt werden, den wir in den Budgetdeckel bekommen.

Beim Stichwort Entbudgetierung halte ich es weiterhin für unabdingbar darauf hinzuwirken, dass wir zunächst die Grundleistungen aus der Quotierung herausnehmen. 375 Milliarden sind die jährlichen Ausgaben im Gesundheitssystem. 28 Milliarden machen die aktuellen Finanzpolster der GKV aus.

Mit nur 450 Millionen pro Jahr könnten die Grundleistungen ausbudgetiert werden. Das wird keine Steigerung der Krankenkassenbeiträge zur Folge haben, aber den unseligen Würgegriff um den Hals der Versorgung unserer Patienten etwas lockern.

Worauf warten wir noch?

Wir haben dazu in der KBV und mit Ihnen auf der Klausurtagung einige Szenarien durchgesprochen. Der Vorstand hat sich angesichts der politisch unklaren Lage dazu entschieden, bei diesem Thema zunächst abzuwarten. Selbstverständlich sind wir hinter den Kulissen mit den Abgeordneten im Gespräch und so manch einer hat sich bereits in erfreulich differenzierter und sachkundiger Weise geäußert.

Für uns kommt es jetzt darauf an, überlegt zu agieren und mit unseren Vorschlägen im geeigneten Moment auf die Bühnen zu treten.

Der KBV-Vorstand wird den Koalitionsvertrag, den wir vielleicht oder wahrscheinlich bekommen, zum heutigen Zeitpunkt nicht im Detail und in extenso kommentieren. Dafür ist er in weiten Teilen zu schwammig, zu vage. Wenn wir wissen, ob die Koalition tatsächlich zustande kommt, und wer unser Ansprechpartner sein wird, werden wir intensiv in die Diskussion treten.

Zu einem Punkt aus dem Entwurf für den Koalitionsvertrag will ich aber doch jetzt schon Stellung beziehen: die Ausweitung der Mindestsprechstundenzeit von 20 auf 25 Stunden. Sie ist ein unzumutbarer Eingriff in die Arbeitszeitgestaltung und Praxisführung von uns Freiberuflern.

Und es ist lächerlich, bei 10 bis 20 Prozent der Leistungen, die der Budgetierung unterliegen, zu fordern, dass die Ärzte noch mehr Leistungen anbieten sollen. Wussten die Vielleicht-Koalitionäre, was sie da formulieren?

Man muss den einen oder anderen wohl erst darauf hinweisen, dass die Mindestsprechstundenzeit im Bundesmantelvertrag Ärzte zwischen KBV und GKV-Spitzenverband vereinbart worden ist. An ihr orientieren sich unter anderem der EBM und der kalkulatorische Arztlohn. Ein Eingriff in diese Konstruktion hat enorme Auswirkungen an vielen Stellen der Versorgung.

Außerdem zeigt diese Forderung in geradezu erschreckender Weise, dass offensichtlich einige Politiker überhaupt keine Vorstellung davon haben, wie hoch die Arbeitsbelastung von Ärzten ist. Was tut denn ein Arzt, wenn er keine Sprechstunde hat? Er geht nicht Kaffeetrinken oder zum Golfen.

Er macht Haus- und Heimbesuche, führt Diagnostik durch, operiert, leistet Bereitschaftsdienst, organisiert die Praxis und er erledigt die wahnwitzigen bürokratischen Vorgaben, die alleine bundesweit 54 Millionen Stunden ärztliche Arbeitszeit verbrennen. Das sind 350 Stunden je Arzt im Jahr und damit fast 7 Stunden pro Woche, die am anderen Ende für ärztliche Tätigkeiten fehlen.

Der EBM geht von 52 Stunden Wochenarbeitszeit eines Vertragsarztes aus. Wir wissen alle, dass es häufig noch mehr sind. Jetzt hören wir, dass die fünf Stunden gar nicht obendrauf kommen sollen. Was sollen wir denn stattdessen in Zukunft nicht mehr machen? Haus- und Heimbefuche? Koloskopie? Ambulantes Operieren? Will uns die Politik vorschreiben, wie wir die 52 Stunden zu gewichten haben?

Will man uns das als Angehörige eines freien Berufsstandes vorschreiben? Haben Sie je von einem Anwalt gehört, dem vorgegeben wird, wann er seine Kanzlei zu öffnen habe? Oder von einem Steuerberater oder Architekten? Auch Politiker können sich ihre Zeit nach Notwendigkeit einteilen. Ich wäre gespannt, wie die Regelung aufgenommen würde, dass jeder MdB mindestens 20 Stunden pro Woche an Plenarsitzungen teilnehmen muss.

Noch viel weniger dürfte sich die Politik Gedanken darüber gemacht haben, was passiert, wenn die Ärzte innerhalb der 52 Stunden mehr Sprechzeiten anbieten. Die Idee ist wohl, dass dann noch mehr Termine zur Verfügung stehen. Zur Erinnerung: Im internationalen Vergleich sind die Wartezeiten in Deutschland jetzt schon extrem niedrig, und die Deutschen sind außerdem bereits Weltmeister in der Zahl der Arztbesuche. 18 Besuche im Jahr!

Hier hat die Politik offensichtlich kapituliert – von Patientensteuerung, Eigenanteilen, Patientenverantwortung etc. liest man im Koalitionsvertrag nichts. Hier macht sich die Politik den sprichwörtlich schlanken Fuß.

Eines dürfte aber wohl unstrittig sein: Eine weitere Leistungsausweitung unter leistungsbegrenzenden Budgetmaßnahmen wird es nicht geben.

Eine künftige Koalition wird jede Menge erklären müssen – und ich hoffe, sie findet gute Antworten. Die erwarte ich besonders vom designierten Gesundheitsminister Jens Spahn. Wir werden mit ihm einen Minister bekommen, der sich unbestritten in der Gesundheitspolitik hervorragend auskennt. Und er ist jemand, der erklärtermaßen für einen konservativen Wertekanon steht.

Ich gehe also davon aus, dass er auch zu etablierten Grundwerten steht, etwa der unternehmerischen Unabhängigkeit und der Autonomie eines Freien Berufes. Die 25-Stunden-Regel passt da jedenfalls so gar nicht rein.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich komme jetzt noch einmal zu meinem „Lieblingsthema“, die Versorgung in strukturschwachen Regionen. Da wird uns gerne vorgeworfen, wir würden dem Sicherstellungsauftrag nicht gerecht werden, weil in ausgedünnten Landschaften nicht mehr jedes Dorf seinen eigenen Landarzt hat. Das ist eine unerhört verlogene Diskussion, wenn man die Struktureffekte drum herum nicht mitberücksichtigt.

Politisch werden Probleme ja gerne mit einer möglichst knackig klingenden Lösung beantwortet, die gleichzeitig Sachkenntnis und Lösungskompetenz suggerieren soll. Gut – das funktioniert mit der Landarztquote nur begrenzt.

Ein Student, der das mitmacht und morgen den dafür ausgelobten Landarztquoten-Studienplatz annimmt, würde nach Studium und beispielsweise einer Weiterbildung zum Allgemeinmediziner schon im Herbst 2029 – also möglicherweise zeitgleich mit der Eröffnung des BER – für die Versorgung zur Verfügung stehen. Aber was sind schon elf Jahre?

Mal ganz davon abgesehen, dass der fatale Eindruck entstehen könnte, Landärzte wären ansonsten nicht in der Lage Studienplätze zu erlangen – und quasi die Resterampe der Medizin darstellen. Dieses Instrument hilft offensichtlich nicht und ist noch dazu beschämend.

Das Problem ist doch ein ganz anderes. Wenn es in den Dörfern nicht einmal mehr Polizeidienststellen, eine Post oder Sparkassenfilialen gibt, wenn selbst Schulen schließen und Kirchengemeinden zusammengelegt werden, wie sollen dort bitteschön Ärzte eine Praxis unterhalten können?

Wie soll sich eine Kollegin oder ein Kollege mit Lebenspartner und gegebenenfalls Kindern für ein Leben in diesen Regionen begeistern? Einer Region, der diejenigen Bewohner, die es können, den Rücken kehren? Die Lebenswelten ändern sich ebenso wie die Mobilität – das sind Dinge, die wir akzeptieren müssen.

Der tumbe Reflex; dann müssen wir die Ärzte halt zwingen, offenbart neben einem merkwürdigen Verständnis unserer freiheitlich demokratischen Grundordnung auch die völlige Unkenntnis von Versorgungsbedarfen.

Tatsache ist, dass wir im Augenblick die Situation haben, dass kaum jemand weiter als 10 Kilometer zum nächsten Arzt fahren muss. Das sucht international seinesgleichen. Tatsache ist allerdings auch, dass diese kommode Situation trotz steigender Weiterbildungszahlen in der Allgemeinmedizin so nicht bleiben wird – aus vielen Gründen auch nicht bleiben kann.

Für jede Struktur, die vorgehalten wird, benötigen Sie eine gewisse Mindestzahl an „Nutzern“ dieser Struktur. Dass sich Dienstleister, Behörden, ÖPNV aus zunehmend dünner besiedelten Regionen zurückziehen, ist letztlich also folgerichtig – das wird auch in der Medizin so sein. Versorgt werden müssen die Menschen aber auch dort.

Wir müssen nun also Konzepte entwickeln, wie wir auch diese strukturschwachen Regionen versorgen können. Hier werden wir einen Mix aus Zweigpraxen, Telemedizin (falls es irgendwann einmal überall in Deutschland eine moderne Internetversorgung gibt), Delegation und Kooperation mit anderen Playern entwickeln.

Die Aussage, dass dies nur mit großen Strukturen à la MVZ funktioniert, ist zu kurz gesprungen. Je größer die Struktur, umso größer der Bedarf an Nutzern – das Einzugsgebiet wird also eher größer als kleiner, der Weg in dieser Struktur folglich noch weiter.

Deshalb glaube ich unverändert, dass die klassische Einzelpraxis auch zukünftig einen Teil des Versorgungsgeschehens abbilden wird. Was es aber nicht geben wird und nicht geben kann, ist ein Arzt in jedem Dorf. Das gibt es nur im ZDF beim Landarzt.

Wenn 10 km an dem einen oder anderen Ort schwierig zu überbrücken sind, sei stattdessen die Frage nach der sachgerechten Ausstattung des ÖPNV erlaubt. Ja, die Entfernungen zum nächsten Hausarzt oder Facharzt werden sich in der Zukunft wahrscheinlich vergrößern. Ja, man wird möglicherweise auch in die Kreisstadt fahren müssen, um den Arzt aufzusuchen. Das ist nicht schön, aber wir können auch nicht so tun, als könnte man das Rad zurückdrehen.

Sicherlich kennen viele von Ihnen den Film „Fitzcarraldo“, in dem Klaus Kinski als besessener Exzentriker ein Schiff durch den Dschungel transportieren will, um im Nirgendwo des Urwalds ein Opernhaus zu bauen. Das Ende kennen Sie...

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der verlängerte Wahlkampf wird hoffentlich ab Sonntag vorbei sein. Dann müssen wir die Politik endlich wieder mit den Gegebenheiten konfrontieren, wie sie nun einmal sind. Ein schönes Beispiel dafür, wie im Hier und Jetzt vergeblich gegen ökonomische Zwänge angekämpft wird, ist ein Bericht von tagesschau.de vom 4. Februar über die Kleinstadt Genthin in Sachsen-Anhalt.

Dort hat es seit 150 Jahren ein Krankenhaus der Allgemeinversorgung gegeben, zuletzt mit 35 Betten – „aber mit Computertomograph“ –, das nun geschlossen wurde. Die Einwohner sind traurig, der Bürgermeister ist traurig und der Landrat ist auch traurig.

Es gab dort bis eben noch einen gewissen Bedarf – wohl mehr gefühlt als real – für eine Versorgung, die sich dort nur im stationären Bereich abgespielt hat, mit der das Krankenhaus aber logischerweise wirtschaftlich nicht überleben konnte. Wie man es dreht und wendet, unter diesen Bedingungen ist eine Klinik nicht zu betreiben – und es ist auch unlauter, wenn man etwas anderes fordert.

Eine Milliarde im Jahr sind es, die in den Krankenhausstrukturfond gesteckt werden. Ich würde das eine aussichtslose Reanimation nennen.

Die Klinik von Genthin ist aber genau so ein Fall, wo wir Vertragsärzte ins Spiel kommen sollten. Dadurch, dass wir nämlich den STANDORT der Versorgung erhalten, indem wir die ehemalige Klinik in ein ambulantes Arztzentrum überführen.

Auf dem Reißbrett könnte das so aussehen: Niedergelassene Kollegen betreiben in den ehemaligen Klinikräumen Praxen oder Zweigpraxen, bieten all die operativen Eingriffe an, die heute schon ambulant oder belegärztlich vorgenommen werden, und halten im Hintergrund einige Betten vor, falls eine Post-OP-Überwachung nötig ist.

Gleichzeitig gibt es, maximal drei Nächte lang, das sogenannte „betreute Schlafen“ von Patienten, die wegen Dekompensation oder anderer leichter Indikationen eine vorübergehende medizinische Betreuung brauchen. Hier wird vor allem die hausärztliche Kompetenz eine große Rolle spielen, wir haben darüber schon ausführlich gesprochen.

Um aus dem Reißbrettentwurf ein Konzept mit Realitäts-Check zu machen, haben wir eine Arbeitsgruppe in der KBV eingerichtet, die mit der regionalen Expertise aus den KVen an konkreten Lösungen arbeitet. Parallel dazu ist ein Gutachten in Auftrag gegeben worden, das die Einflussfaktoren analysiert und rechtliche sowie betriebswirtschaftliche Aspekte durchspielt. Wir erwarten die Ergebnisse noch in diesem Sommer.

Ich sagte vorhin, dass wir uns auf unsere Stärken besinnen und unsere Kräfte bündeln müssen. Genau das tun wir, wenn wir den Strukturwandel anschieben und uns diejenigen Partner suchen, mit denen wir zielorientiert arbeiten können. Das ist etwas – und ich kann es gar nicht oft genug betonen –, das auf regionaler Ebene stattfinden muss.

Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, sind die Experten für die Versorgung vor Ort. Die KBV kann auf Bundesebene dafür nur die Schützenhilfe geben – und das tun wir auch permanent.

Ich nenne die Baustellen noch einmal, an denen wir arbeiten wollen, um den Strukturwandel voranzubringen:

- Der belegärztliche Leistungskatalogs im EBM muss überarbeitet und erweitert werden und soll auch konservative und hausärztliche Tätigkeiten umfassen.
- Die DRGs müssen nachvollziehbar neukalkuliert und vor allem auch offengelegt werden.
- Statt des Erlaubnisvorbehalts muss der Verbotsvorbehalt für die belegärztliche Versorgung gelten, um Innovationen schneller und gezielter in die Fläche zu bekommen.
- Das Potential der Praxiskliniken muss genutzt werden, zum Beispiel durch die Einführung einer Schiedsamtsebene bei Vertragsverhandlungen.
- Förderungsinstrumente müssen dezidiert für die beleg- und praxisklinische Versorgung geöffnet werden, möglicherweise auch durch Mittel des Krankenhausstrukturfonds.
- Kassenärztliche Vereinigungen müssen die MVZ-Gründungsberechtigung erhalten, was im Koalitionsvertrag bereits vorgesehen ist.
- Die Landeskrankenhauspläne müssen überprüft und angepasst werden – praxisklinische Strukturen sollten ihnen nicht unterliegen müssen.
- Und schließlich, liebe Kolleginnen und Kollegen, muss die Budgetierung der ambulanten Leistungen fallen.

Es ist angesichts der übervollen Säckel der GKV schwer verständlich, wenn alle nach mehr Leistungen für die Versicherten schreien, aber ausgerechnet die Grundleistungen nicht voll bezahlt werden. Ja, was meint denn der GKV-SV, wofür die Versicherten Ihre Beiträge entrichten? – Ich unterstelle mal, dass davon die Versorgung der Menschen bezahlt wird. – Da sollte das Geld dann auch langsam hin.

Dieses Land muss sich endlich einen Ruck geben und damit beginnen, die Gesundheitsstrukturen an die Realitäten anzupassen!

Warten wir nicht auf die Politik, lassen Sie uns loslegen. Das sind wir unseren Patienten und unseren Ärzten schuldig.

Vielen Dank.