

Versorgung im Licht der aktuellen Gesetzgebung

Was verschlechtert sich und
was verändert sich?

Dürfen wir hoffen oder müssen wir handeln?

Wird wirklich nichts besser?

Aus welcher Perspektive?

- Krankenkassen
 - Patienten
- Leistungstragende
- Wirtschaftliches Wohlergehen
 - Finanzhaushalt

Wird wirklich nichts besser?

?Effektivität des Gesundheitssystems: Lebensdauer hat viele Einflussfaktoren!

- Raucher
- Gesundheitserziehung
 - Prävention
- Frühe Rehabilitation
 - Bildungssystem

Spannungsfelder

WANZ versus Flat-Rate-Marketing

Selbstverwaltungsfall - Sicherstellungsauftrag

Gesetze: Was verändert sich prinzipiell?

GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz – Paradigmenwechsel: Ausgaben folgen Einnahmen, nicht dem Bedarf

- Einmalig im internationalen Vergleich
- Einmalig in allen nationalen Ressorts
- Staat nimmt 200 Mia neue Schulden auf neben 500 Mia „Sondervermögen“

**GeDIG Digitalisierung und Innovation – Paradigmenwechsel: Ende der Patient- Arzt-Vertrauensbeziehung
– Systemumbau von Krankenkassen her gedacht**

Primärversorgung – Paradigmenwechsel: Ende der zentralen Arzt-Rolle

Nachrichtendienst-Gesetz – Paradigmenwechsel: Herabstufung als Berufsheimnistragende

Ausgaben 336,4 Mrd. € – Beitragssätze – Ökonomie

Ambulante Versorgung 50,1 Mrd. €

- 97% aller Fälle für 15% der Gesamtausgaben
 - Kurative Behandlung 36,8 Mrd. €
 - Psychotherapie 3,8 Mrd. €
 - Früherkennung (Prävention) 2,2 Mrd. €
 - Ausgaben pro Patient 735 €

Krankenhäuser 115,5 Mrd. €

- 3% aller Fälle für 33% der Gesamtausgaben
 - Ausgaben pro Patient 9.945 €

Arzneimittel 58,3 Mrd. €

Verwaltungskosten netto 13,3 Mrd. €

Versicherungsfremde Leistungen 58 Mrd. €

Zahn, Heil-/Hilfsmittel/Vorsorge/Reha 103,2 Mrd. €

Ausgaben 336,4 Mrd. € – Beitragssätze – Ökonomie

Ambulante Versorgung 50,1 Mrd. €

- 97% aller Fälle für 15% der Gesamtausgaben

Krankenhäuser 115,5 Mrd. €

- 3% aller Fälle für 33% der Gesamtausgaben

Arzneimittel 58,3 Mrd. €

Verwaltungskosten netto 13,3 Mrd. €

Versicherungsfremde Leistungen 58 Mrd. €

Zahn, Heil-/Hilfsmittel/Vorsorge/Reha 103,2 Mrd. €

Ausgaben 336,4 Mrd. € – Beitragssätze – Ökonomie

Ambulante Versorgung 50,1 Mrd. €

Krankenhäuser 115,5 Mrd. €

Arzneimittel 58,3 Mrd. €

Verwaltungskosten netto 13,3 Mrd. €

Versicherungsfremde Leistungen 58 Mrd. €

Zahn, Heil-/Hilfsmittel/Vorsorge/Reha 103,2 Mrd. €

Kostentreiber: versicherungsfremde Leistungen, Krankengeld

Deckelung der Ausgaben – Reale Schrumpfung und Abfluss der Wertschöpfung

- **Steigerungsappung bei Grundlohnsteigerung -1%**
- **Bei Kostensteigerung**
- **Bei Wertschöpfung mit 2stelligen Steigerungsraten, z.B. Digitalisierung, KI, Kapital, Maschinen**

Bedeutung für den Arbeitsmarkt

Beschäftigte im Gesundheitswesen (ohne Pharma, Fitness etc.): 6,2 Mio

- Kliniken: 1,4 Mio
- Vollzeitäquivalente 4,4 Mio
- Frauenanteil: größer 75%! (Warken: Vorsitzende der Frauenunion!)

Ambulante Versorgung

- 2,4 Mio Beschäftigte
- 100.000 Praxen mit 790.000 Menschen , darunter 192.000 Ärzte und PPT und 338.000 MFA

Automobilindustrie

- Herstellung 440.000 Beschäftigte
- Zulieferer 230.000 Beschäftigte

Pharmaindustrie

- 130.000 bis 140.000 Beschäftigte
- Chemisch-pharmazeutischer Gesamtsektor: 460.000 Beschäftigte
 - Internationale Megakonzerne
- Orientieren sich nicht am relativ unbedeutenden deutschen Markt (Rabattverträge)

GKV-BStabG = Leistungskürzungsgesetz

Narrativ: alle werden belastet

- Staat verantwortet Belastung der Beitragssätze durch jährlich 12 Mrd. € alleine für Grundsicherungsempfänger – Beiträge subventionieren den Staat
- Insgesamt nutzt der Staat die GKV als Sparbüchse für 58 Mrd. € versicherungsfremde Leitungen (Nutznießer!) und verweigert eine Diskussion darüber
- Staat nimmt hier nur kosmetische Korrekturen für Marketing vor (lächerliche 250 Mio €)
- Pharmalobby hat Entlastung bewirkt – Wirtschaftspolitik mit Beitragsgeldern
- Bundesrat beschenkt Länder (Krankenhäuser) mit nicht vorhandenen 500 Mio €
- Einseitig belastet wird die ambulante Medizin
- Insbesondere die fachärztliche Versorgung und die Psychotherapie
 - Vorleistung durch Budgetierung 2,4 Mrd. €
 - Nun weitere 3 Mrd. €, ab 2030 5 Mrd. €
 - Durch Budgetierung und gesetzliche Streichung von gewachsener struktureller Vergütung
 - Das ist kein Rasenmäher sondern gesetzgeberischer Vandalismus!

DIE SPARLISTE: AUSWIRKUNGEN DES SPARGESETZES FÜR PRAXEN

EGV in MGV

- 550 Mio € in 2027
- Keine Wachstumsperspektiven
- Mindereinnahmen

ERLÄUTERUNGEN	VORWIEGEND BETROFFENE ARZTGRUPPEN	FOLGEN FÜR DIE PRAXEN
Wegfall der extrabudgetären Vergütung der Leistungen wie ambulante Operationen, Früherkennungsuntersuchungen, Psychotherapie / ab 01.01.2027		
› Überführung der bisher extrabudgetär vergüteten Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) › Extrabudgetäre Vergütung künftig nur für › nichtärztliche Dialyseleistungen › kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen › Leistungen der Substitutionsbehandlung › neue Leistungen begrenzt auf zwei Jahre › nur im Konsens mit den Krankenkassen können im Bewertungsausschuss (BA) weitere Leistungen der EGV zugeordnet werden	alle	› Die Finanzkommission Gesundheit beziffert die Einsparungen auf 550 Mio. Euro im Jahr 2027 › Perspektivisch weniger Honorarzuwachs bei Ausweitung dieser einbudgetierten Leistungen › Erwartete Mindereinnahmen je Arzt / Psychotherapeut in 2027 im Durchschnitt: 3.629 Euro
Keine volle Vergütung für Haus- und Kinderärzte / ab 01.01.2027		
› Aufsatz der Berechnung der Kinderarzt-MGV wird geändert, Zahlung der Krankenkassen nicht mit befreiender Wirkung › Zudem werden Abschläge für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen auf Ausgleichszahlungen in den Versorgungsbereichen der Kinder- und Jugendmedizin und der allgemeinen hausärztlichen Versorgung neu aufgenommen; durch die Änderungen wird die Höhe der Ausgleichszahlungen der Krankenkassen sinken	Haus- und Kinderärzte	› Aufsatz der Berechnung der Kinderarzt-MGV: 150 Mio. Euro › Abschlag für die Fixkostendegression laut Begründung des Referentenentwurfs: 30 Mio. Euro › Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: 3.084 Euro

Wegfall Steuerung TSVG

- 1,64 Mrd. €, 117 Mio. € HÄ, 1,523 Mrd.€ FÄ
- Durchschn. Mindereinnahmen FA Praxis 29.937 €

Abschaffung der Vergütungsregelungen für die TSVG-Fälle / spätestens ab 01.01.2027

› Die „TSVG-Zuschläge“ werden aus Paragraph 87 SGB V entfernt. Die extrabudgetäre Vergütung für die TSVG-Fälle entfällt. Dies betrifft: › extrabudgetäre Vergütung plus Zuschläge für TSVG-Terminfälle › extrabudgetäre Vergütung für Hausarzt-Terminvermittlungsfälle und Vermittlungspauschale für Hausärzte › extrabudgetäre Vergütung für Behandlungen in der offenen Sprechstunde › Es werden nur die Bereinigungsbeträge der offenen Sprechstunde in die MGV zurückgeführt und nur aus den Jahren 2023 bis 2025; damit werden nach KBV-Berechnungen der MGV mehr als 300 Mio. Euro entzogen	alle	› Honorarverlust insgesamt pro Jahr: 1,64 Mrd. Euro Davon: › Hausärztlicher Versorgungsbereich: 117 Mio. Euro › Fachärztlicher Versorgungsbereich: 1,523 Mrd. Euro › Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: › Haus- und Kinderärzte: 2.403 Euro › Fachärzte: 29.937 Euro
---	------	--

Streichung der Hygienezuschläge / ab 01.01.2027

› Rücknahme der Hygiene-Zuschläge und entsprechende Absenkung der MGV	alle	› Honorarverlust insgesamt pro Jahr: 103 Mio. Euro › Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: 716 Euro
---	------	--

Streichung der Vergütung für Erst- und Folgebefüllung der ePA / ab 30.07.2026

› Die gesetzliche Grundlage, dass für die Erstbefüllung und die weitere Befüllung der ePA Vergütungsregelungen vorzusehen sind, entfällt › Der BA wird das Inkrafttreten der Streichung konkretisieren › Die Befüllung erfolgt nur noch nach Paragraph 346 Absatz 1 SGB V	alle	› Honorarverlust insgesamt pro Jahr: 279 Mio. Euro › Erwarteter Honorarverlust je Arzt / Psychotherapeut pro Jahr im Durchschnitt: 7.465 Euro
---	------	--

Absenkung des technischen Leistungsanteils im EBM für Leistungen bestimmter Fachgruppen / ab 01.07.2027

› Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM für Leistungen folgender Fachgruppen und entsprechende Absenkung der MGV: › Nuklearmedizin, Radiologie und Strahlentherapie › Bis zum 31.03.2027 soll der Beschluss des BA zur Absenkung erfolgen	Nuklear- mediziner, Radiologen, Strahlen- therapeuten	› Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr je 1 Prozent Bewertungsabsenkung: › Nuklearmedizin: 3.216 Euro › Radiologie: 4.263 Euro › Strahlentherapie: 10.621 Euro
---	---	---

Absenkung der Bewertung von Katarakt-OP / ab 01.07.2027

- › Absenkung der Bewertung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-Operationen und entsprechende Absenkung der MGV
- › Bis zum 31.03.2027 soll der Beschluss des BA zur Absenkung erfolgen

Augenärzte

- › Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr je 1 Prozent Bewertungsabsenkung: 3.358 Euro

Streichung der Angemessenheitsprüfung für psychotherapeutische Leistungen / ab 01.01.2027

- › Vom Bundessozialgericht (BSG) geforderter Abgleich der Vergütung der Psychotherapeuten mit der Vergütung anderer Arztgruppen aus dem Gesetz gestrichen

Psycho-
therapeuten

- › Keine Auswirkung, da die BSG-Rechtsprechung weiterhin gilt

Streichung der Kurzzeittherapie-Zuschläge für Psychotherapie / ab 01.01.2027

- › Wegfall der Zuschläge zu den psychotherapeutischen Leistungen für den ersten Therapieblock der Kurzzeittherapie im EBM

Psycho-
therapeuten

- › Honorarverlust insgesamt pro Jahr: 91 Mio. Euro
- › Erwarteter Honorarverlust je Arzt / Psychotherapeut pro Jahr im Durchschnitt: 3.656 Euro

Streichung der Vergütung für Beratung zur Organ- und Gewebespende / ab 01.01.2027

- › Die Leistung für die ergebnisoffene Beratung zur Organ- und Gewebespende wird aus dem Katalog § 87 SGB V entfernt

Haus- und
Kinderärzte

- › Honorarverlust insgesamt pro Jahr: 52 Mio. Euro
- › Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: 1.949 Euro

Streichung Zuschläge KZT
91 Mio. €
Durchschn. Mindereinnahmen pro Praxis 3.656 €

WEITERE MAßNAHMEN

ERLÄUTERUNGEN	VORWIEGEND BETROFFENE ARZTGRUPPEN	FOLGEN FÜR DIE PRAXEN
Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit / ab 01.01.2028		
› Einführung einer abgestuften Teilarbeitsunfähigkeit: › Versicherte mit voraussichtlich länger als vier Wochen andauernder Arbeitsunfähigkeit können freiwillig zu 25, 50, 75 Prozent weiterarbeiten, wenn Arzt und Arbeitgeber zustimmen	alle	› Zusätzlicher Prüf-, Dokumentations- und Abstimmungsaufwand › Größere Abgrenzungs- und Haftungsrisiken
Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens / ab 01.04.2027		
› Verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren bei vom G-BA festgelegten Indikationen	Fachärzte (ggf. Orthopäden, HNO-Ärzte, Gynäkologen, Urologen)	› Bürokratischer Zusatzaufwand › Weniger Fälle / Operationen › Aufgrund fehlender Zweitgutachter werden sich die Wartezeiten stark erhöhen
Überprüfung Gesundheitsuntersuchung und Hautkrebsscreening / frühestens ab 01.01.2028		
› Der G-BA prüft die Richtlinien zur Früherkennung von Krankheiten auf Grundlage des aktuellen medizinischen Kenntnisstandes bis zum 31.12.2027 und entwickelt sie gegebenenfalls weiter	Hausärzte, Dermatologen	Für den Fall des vollständigen Wegfalls des Hautkrebsscreenings: › Honorarverlust insgesamt pro Jahr: 224 Mio. Euro › Erwarteter Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: › Hausärzte: 2.989 Euro › Dermatologen: 43.324 Euro Hinweis: Weitere Auswirkungen erst nach Prüfung der Richtlinien durch den G-BA absehbar

Prävention und Hautkrebsscreening

- 224 Mio. €
- Mindereinnahmen
- HA Praxis 2.989 €
- Dermatologische Praxis 43.324 €

Abschaffung Konsiliarbericht 0,1 Mio € Mindereinnahmen 60 €/Praxis Aber: Haftung bei Überweisung!

Abschaffung Konsiliarbericht Psychotherapie / ab 01.01.2027

› Konsiliarbericht vor einer ambulanten Psychotherapie entfällt, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt oder wenn im Anschluss an eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Entlassbrief empfohlen wird	alle	› Weniger Bürokratie › Die Finanzkommission geht von einem Einsparvolumen von 0,1 Mio. Euro aus (gibt auch nach wie vor Konsiliarberichte) › Erwartet Honorarverlust je Arzt pro Jahr im Durchschnitt: 60 Euro
--	------	--

Abschaffung bundesweiter Praxisbesonderheiten / ab 30.07.2026

› Streichung der Regelung, dass Erstattungsbetragsvereinbarungen für Arzneimittel mit Zusatznutzen vorsehen sollen, dass diese Arzneimittel bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen sind, wenn bei der Verordnung die dafür vereinbarten Anforderungen an die Verordnung eingehalten wurden (Paragraf 130b Absatz 2 SGB V) › Gilt für neue Vereinbarungen; vor 30.07.2026 vereinbarte Praxisbesonderheiten bestehen im Rahmen ihrer Gültigkeitsdauer fort	alle	› Rechtsunsicherheit und erhöhtes Regressrisiko für Vertragsärzte › Erheblicher zusätzlicher Bürokratieaufwand durch individuelle Begründungen in Prüfverfahren
--	------	--

Streichung Homöopathika und Anthroposophika aus GKV-Leistungskatalog / ab 30.07.2026 (ab 01.01.2027 keine Satzungsleistung mehr)

› Streichung der homöopathischen und anthroposophischen Arzneimittel aus dem GKV-Leistungskatalog (Paragraf 31 Absatz 1 SGB V) › Kostenübernahme auch als Satzungsleistung der Krankenkassen nicht mehr möglich (Paragraf 11 Absatz 6 SGB V)	alle	› Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel können nur noch privat verordnet werden
---	------	---

Streichung Cannabisblüten aus GKV-Leistungskatalog / ab 30.07.2026

› Streichung der Cannabisblüten aus dem GKV-Leistungskatalog › Vertragsärztliche Versorgung hat zunächst mit Fertigarzneimitteln im Rahmen eines 6-monatigen Therapieversuchs zu erfolgen (Paragraf 31 Absatz 6 SGB V)	alle	› Bisherige Therapie mit Cannabisblüten müssen umgestellt werden › Es müssen für 6 Monate zunächst cannabishaltige Fertigarzneimittel verordnet werden, bevor beispielsweise ein Cannabisextrakt oder eine Rezeptur verordnet werden kann
---	------	--

Rabattverträge für patentgeschützte Arzneimittel möglich / ab 30.07.2026

› Krankenkassen können für die im Gesetz genannten 5 Gruppen mit therapeutisch vergleichbaren, patentgeschützten Wirkstoffen Rabattverträge abschließen › Die rabattierten Arzneimittel müssen von Ärzten bevorzugt verordnet werden › In Wirtschaftlichkeitsprüfungen gelten diese als Praxisbesonderheit › In regionaler Prüfvereinbarung müssen Verordnungsquoten für die rabattierten Arzneimittel vereinbart werden › Rabattierte Arzneimittel müssen in der Software angezeigt werden (Paragraf 130 i.V.m. Paragraf 106b Absatz 1 und Paragraf 73 Absatz 9 SGB V)	alle	› Ärzte haben rabattierte Arzneimittel zu verordnen, es sei denn, medizinische Gründe sprechen dagegen › Rabattierte Arzneimittel gelten als Praxisbesonderheit in Wirtschaftlichkeitsprüfungen › Je nach Kassenzugehörigkeit des Patienten muss gegebenenfalls ein anderes Arzneimittel aus der Wirkstoffgruppe verordnet werden › Begonnene Therapien müssen gegebenenfalls umgestellt werden › Nichtrabattierte Arzneimittel können als unwirtschaftlich gelten › Insgesamt hierdurch Anstieg der bürokratischen Belastung
---	------	--

Einführung von Kurzzeitfallpauschalen für Krankenhäuser / ab 2028

› Mit der Regelung sollen die Fälle, die mit neu ausschließlich für Krankenhäuser einzuführenden Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, bei der Auswahl des Leistungskataloges für die spezielle sektorengleiche Vergütung gemäß Paragraf 115f SGB V (Hybrid-DRG) angerechnet werden	Ambulant operierende Ärzte	› Keine Weiterentwicklung der Hybrid-DRG
---	----------------------------	--



Weitere Informationen zum Spargesetz: www.kbv.de/spargesetz

Kurzzeitfallpauschalen Krankenhäuser

Verhinderung echter Ambulantisierung

GKV-BStabG = Leistungskürzungsgesetz

Fazit: Es verlieren die Patientinnen und Patienten!

Kürzungen bei Psychotherapie, Terminvermittlung, Prävention
Brutale strukturelle Eingriffe in die Mechanismen der Selbstverwaltung
Völlig losgelöst von strukturellen Überlegungen (Gesetzgebungsvandalismus)

Notwendig: Einnahmeorientierte Leistungserbringung
HVM soll Hamsterrad und Arbeiten in der Verlustzone verhindern
Klare Mengengrenzung (z.B. Zeitkapazität) statt Quotierung (Preisverfall)

Betriebswirtschaftliche Kalkulation der Mengengrenzung anpassen

- Bei Zeit: Gruppenvorteil nutzen!
- Ausschließliche Gruppentherapie erfüllt Kriterien für extrabudgetäre Vergütung
- Anpassung durch Neuausrichtung der Life-Work-Balance
- Ausbau Privat- und Selbstzahler-Sprechstunde

Cave bei halben Sitzen!

GeDIG: Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen

Brandmauer fällt: Kassen bekommen Zugriffsrechte auf die ePA

- Zur Beratung der Versicherten
- Zur Erstellung von Risiko-Profilen unter Heranziehung von Daten „Dritter“
- „Freiwilligkeit“, die Zugriffsrechte zu gestatten

Insgesamt ein Paradigmenwechsel zur Steuerung durch Kassen

- Versorgung wird nicht mehr von der ärztlichen Vertrauensbeziehung, sondern von den Kassen hergedacht.
- Durch Organisation der Versorgung via ePA (Digitale Ersteinschätzung, e-Überweisung etc.)
- Die ePA-App ist aber eine Kassen-App! Und: **nach wie vor freiwillig!** **Noch!**

Permanente Ausweitung der Zugriffsrechte

- Jetzt auch Betriebsärzte mit vollem Zugriffsrecht auf ePA! (Einstellungsuntersuchungen!)
- „Freiwilligkeit“, die Zugriffsrechte zu gestatten
- EHDS (Europäischer Gesundheitsdatenraum)
- Arztverantwortung in § 347 SGB V Abs.3 Satz 5 über die Aufklärungspflicht sensibler Gesundheitsdaten belastet Haftungsrisiko einseitig!

GeDIG und Nachrichtendienst-Gesetz

Paradigmenwechsel: Aufhebung der Vertraulichkeit des Patient-Arzt-Verhältnisses
(Schweigepflicht)

- Deklassierung der ärztlichen Vertrauensbeziehung im BND-Gesetzentwurf und die erweiterten Zugriffsrechte auf ePA und auf Clouds Anbieter digitaler Dienste (PVS-Systeme)
- Geistliche, Anwälte, Journalisten besser geschützt als Ärzte bezüglich
 - Zeugnisverweigerungsrecht
 - Vertrauensverhältnis
 - Verwanzung von Geschäftsräumen
 - Verpflichtende Zugriffsgewährung auf Clouds bei Kooperationsanfrage
- Ändert das die Qualität der Behandlungen?
- Ändert das sogar die gesellschaftliche Position der Ärzteschaft?
- Ist politisch eine „Entmachtung“ der Ärzteschaft gewollt?

Aussicht: Es kommt ein Strukturreformgesetz

Von der Idee einer Primärarztversorgung zu einem Primärversorgungssystem („Arzt“ fehlt!)

Ursprüngliche Idee: Hausärzte und FÄ bei chron. Erkrankungen

Nur: rein HA kostet 2 Milliarden zusätzlich

HA-Schleuse:

- keine HA-Kapazität
- schafft keine FA Kapazität
- löst kein Versorgungs- und Termin-Problem

Wem „gehören“ welche Patienten

Primär: z.B. Augen, Gyn, aber auch akute Erkrankungen, z.B. Hörsturz

Chron. Oder sekundär: Onkologie, Psychosomatische Medizin

Wie kann man das definieren?

Wie kann man das erfassen?

Aussicht: Es kommt ein Strukturreformgesetz

Terminvermittlung:

- Was ist dringlich?
- z.B. Termin innerhalb von 1 Woche erforderlich
- absolute Wartezeiten = unsinnig
- Wartezeiten sind bedarfsabhängig
- Die unsinnigste aller Wartezeitangaben ist die Durchschnittsangabe für Psychotherapie!
- Der größte erdenkliche Unsinn ist aber das Versprechen einer Termingarantie durch die Politik!
- Vor allem wenn man Vergütung für vermittelte Termine streicht und dann erwartet, dass dies umsonst oder nicht kostendeckend erfolgen soll!
- Termine richten sich nach dem medizinischen Bedarf und nicht nach politischem Marketing

Aussicht: Es kommt ein Strukturreformgesetz

Liegt das Heil in der Digitalisierung?

- Ja, wenn es nach den Kassen geht, die Termine in die Praxen einstellen wollen
- Als sinnvolle Versorgung?
- Als Marketing?
- Kassen denken auch an Hausärzten vorbei!
- Digitale Ersteinschätzung ist bei Notfällen sinnvoll!
- Aber digitale Patientensteuerung?
 - Digitalisierung meint aber Substitution: Kassen machen es bei Angsterkrankungen vor.
 - Digitalprogramm mit begleiteten Video-Sprechstunden von „Psychotherapeuten“
- Der Systemumbau ist lange schon vorgedacht!
- Forderung: Versorgung vergüten! Das heißt aber auch: Versorgen, z.B. mit unseren 4 Kompetenzen
- Wir warten auf das Christkind mit all seinen Gaben am 18.12.2026? Geschenke: Fehlanzeige!



Bundesverband Psychosomatische Medizin
und Ärztliche Psychotherapie (BDPM- VPK) e. V.

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

Wir bleiben dran!



LV Berlin-Brandenburg
Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.