

Handreichung für Gespräche mit Abgeordneten, Politikern, Staatssekretären und Journalisten

Ziel dieser Handreichung

Wir wollen Abgeordnete und politische Entscheidungsträger sachlich und verständlich darüber informieren, was das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz für die Versorgung in unseren Fächern bedeutet – für Patient:innen, für das Gemeinwohl und für die Finanzierbarkeit des Systems. Dabei vermeiden wir es, primär über Honorare zu sprechen.

Hintergrund

Honorardiskussionen treffen auf wenig Verständnis in Politik und Öffentlichkeit. Im Gegenteil: Sie provozieren, nicht zuletzt auch bei Journalisten, Sozialneid. Die Politik dissoziiert den Zusammenhang von Budgetrestriktionen und guter Versorgung. Sie scheut aber den Protest der Patient:innen, spricht der Wähler:innen. Und sie scheut eine Zwei-Klassen-Medizin. Hier können wir argumentativ ansetzen und der Politik helfen, den Anschluss an die Realität zu finden. Richtig gelesen: nicht beschimpfen, nicht empören, sondern helfen und unterstützen.

1. Unsere Grundhaltung

- Wir erkennen an, dass die GKV sich in einer schwierigen finanziellen Lage befindet und dass Beitragssätze nicht beliebig steigen können.
- Wir haben ein originäres Interesse daran, dass das System finanzierbar bleibt – ein kollabierendes System schadet zuerst unseren Patient:innen.
- Wir treten als Mitgestalter auf: Wir wollen konstruktiv an Lösungen mitarbeiten, statt nur Forderungen zu stellen.
- Wir bauen keine Drohkulissen auf („Dann machen wir eben zu“), sondern erklären nüchtern, welche realen Folgen bestimmte Regelungen in der Versorgung haben.

Formulierungsvorschlag für den Einstieg:

„Ich bin nicht hier, um über mein Einkommen zu sprechen, sondern um zu schildern, was dieses Gesetz für die medizinische und psychotherapeutische Versorgung Ihrer Wählerinnen und Wähler in meinem Fachgebiet konkret bedeutet.“

BDN e.V.

1. Vorsitzender Dr. Uwe Meier
2. Vorsitzender Prof. Dr. Martin Südmeyer
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39851B
info@berufsverband-neurologen.de
www.berufsverband-neurologen.de

BVDN e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler/Dr. Klaus Gehring
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39918B
info@bvdn.de
www.bvdn.de

BVDP e.V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39765B
info@berufsverband-psihiater.de
www.berufsverband-psihiater.de

2. Wer wir sind – ganzheitliche ZNS-Versorgung

Die von uns vertretenen Fächer behandeln psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Gehirns und des Nervensystems.

Wichtige Punkte, die wir klar benennen sollten:

- Wir sehen Psyche, Somatik und ihre Wechselwirkungen – nicht nur Symptome, sondern den ganzen Menschen.
- Wir verantworten das gesamte Spektrum der Medizin in unserem Bereich:
 - Notfälle und Krisenintervention,
 - Diagnostik (körperlich, psychisch, ggf. Bildgebung),
 - medikamentöse Behandlung,
 - Labor- und Verlaufskontrollen,
 - ärztliche Psychotherapie bzw. intensive Gespräche.
 - Haus- und Heimversorgung.

Wir sind auch zuständig für die Lebensumstände der Patient:innen:

- Angehörigenberatung,
- Beratung zu und Koordination von Reha-, Hilfsmittel-, Pflegegrad- und GdB-Anträgen,
- Zusammenarbeit mit Schule, Jugendhilfe, Arbeitgebern und Sozialleistungsträgern.

Formulierungsvorschlag:

„Unsere Fächer sind keine ‚Sprechzimmerinseln‘. Wir verbinden Gespräch, Medizin, Sozialrecht und Koordination. Wenn hier Kapazität wegbriecht, zerreißt ein ganzes Versorgungsnetz.“

3. Spezifika Neurologie

Die Neurologie ist ein Fach, in dem Mehrbedarf nicht behauptet, sondern gut begründet werden kann. Das Gutachten zur ambulanten Neurologie beschreibt klar, dass sowohl die demografische Alterung als auch die Ausweitung der therapeutischen Möglichkeiten zu einem erheblichen zusätzlichen Versorgungsbedarf führen.

Besonders relevant ist, dass das Gutachten nicht nur den heutigen Bedarf beschreibt, sondern Szenarien der künftigen Bedarfsentwicklung modelliert. Gerade bei MS und der frühen Alzheimer-Demenz zeigen die Analysen, dass neue therapeutische Möglichkeiten zusätzliche diagnostische, personelle und infrastrukturelle Anforderungen in der ambulanten Neurologie auslösen. **Moderne** Immun- und Antikörpertherapien, aufwendige Diagnostik, engmaschige Kontrollen und sektorenübergreifende Koordination erhöhen den zeitlichen und personellen Aufwand in den Praxen deutlich.

Hinzu kommt die besondere Zeitkritik neurologischer Versorgung. In der Neurologie gilt häufig: *time is brain* – verspätete Diagnostik und Behandlung bedeuten nicht selten irreversible Funktionsverluste, mehr Behinderung und mehr Pflegebedürftigkeit. Deshalb sind Versorgungslücken in diesem Fach nicht nur ein organisatorisches Problem, sondern haben unmittelbare Folgen für Selbstständigkeit, Teilhabe und Lebensqualität der Betroffenen.

4. Spezifika Psychiatrie

In der Psychiatrie steigen die Versorgungsbedarfe seit Jahren kontinuierlich: Burnout, Angststörungen, Depressionen, ADHS und andere Belastungsreaktionen nehmen deutlich zu; die Arbeitsunfähigkeitsstatistiken verzeichnen immer neue Höchststände bei Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen.

Demenzkrankungen können mittlerweile behandelt werden – in jedem Fall ist aber flankierend eine Begleitung im Lebensbereich unter Einbezug der Angehörigen erforderlich.

Psychische Erkrankungen gehören seit Jahren zu den häufigsten Ursachen für Erwerbsminderungsrenten – in manchen Statistiken sind sie bereits der wichtigste Einzelgrund.

Jeder nicht oder zu spät behandelte schwere depressive oder Angstverlauf bedeutet ein hohes Risiko für lang andauernde Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitsplatzverlust und dauerhafte Teilhabebeeinträchtigungen – mit entsprechenden Folgekosten für Betriebe sowie Sozial- und Rentensysteme.

Kürzungen und Deckelungen in diesem Bereich treffen Menschen direkt oder indirekt mitten im Erwerbsleben – mit direkten Folgen für Arbeitsfähigkeit, Fachkräftemangel und soziale Sicherungssysteme.

Die Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie stehen vor der Herausforderung, die unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten (medizinisch, psychotherapeutisch, sozialmedizinisch) zu prüfen und einzuleiten. Gleichzeitig müssen sie akute Krisen, schwere komorbide Erkrankungen, medikamentöse Behandlungen und lang dauernde Psychotherapien schultern. Wenn komplexe Anforderungen wie Krisenversorgung und sozialpsychiatrische Zuwendung in einer Praxis aufgrund von Zeitmangel und fehlenden personellen Ressourcen nicht oder nicht mehr geleistet werden können, liegt die Hinwendung zu planbaren Psychotherapiekontakten nahe.

5. Vom Patienten her argumentieren – nicht vom Honorar

Politik und Öffentlichkeit interessieren sich vor allem für Versorgung und Gemeinwohl – daran knüpfen wir an.

Statt: „Wir verdienen weniger“ - besser:

- „Wenn das Budget gedeckelt wird, bedeutet das bei uns:
 - längere Wartezeiten,
 - kürzere Gespräche,
 - weniger Aufnahmekapazität für komplexe Fälle.
Das trifft vor allem alte Menschen, chronisch Kranke und psychisch Erkrankte mit den Angehörigen in Ihrem Wahlkreis.“
- „Bei Hirn- und psychischen Erkrankungen wird aus jeder Versorgungslücke schnell:
 - mehr Arbeitsunfähigkeit,
 - mehr Frühverrentung,
 - mehr Pflegebedürftigkeit,
 - mehr Familien, die an der Belastung zerbrechen.“
- „Was kurzfristig in den Praxen gespart wird, taucht später in den Etats für Rente, Pflege, Sozialleistungen und im Produktivitätsverlust der Wirtschaft wieder auf.“

Sie können dann ergänzen, was das organisatorisch für Ihre Praxis heißt – aber erst nach der Beschreibung der Folgen für Patient:innen.

6. Reformbereitschaft aktiv betonen

Wir sprechen klar aus, dass wir Reformen brauchen – und dass wir dazu beitragen wollen.

- „Wir sehen, dass das System grundlegend reformiert werden muss – auch in der ambulanten Struktur. Wir sind bereit, unseren Beitrag zu leisten.“
- „Wir unterstützen Maßnahmen, die echte Fehlallokationen und Überversorgung abbauen. Wir kennen aus der Praxis sehr gut, wo Strukturen nicht funktionieren oder Geld ohne Nutzen gebunden wird.“
- „Wogegen wir uns wenden, sind pauschale Deckelungen, die besonders komplexe und zuwendungsintensive Bereiche treffen – wie Hirn und Psyche – ohne ihre Besonderheiten zu berücksichtigen.“
- Der vorliegende Spargesetzentwurf verhindert die dringend erforderliche Ambulantisierung und bedroht damit Patientenversorgung!

So vermeiden wir das Bild der „reinen Besitzstandswahrer“ und zeigen uns als verantwortliche Partner.

7. Struktur für das Gespräch

Eine einfache Struktur, an der Sie sich orientieren können:

1. Vorstellung

„Ich bin ..., Facharzt/Fachärztin für ..., Praxis in ..., mit etwa ... Patient:innen aus Ihrem Wahlkreis. Ich engagiere mich im Verband ...“

2. Finanzdruck anerkennen

„Wir wissen, dass die GKV finanziell unter Druck steht und dass Beitragssätze nicht immer weiter steigen können. Auch wir haben ein Interesse an einem finanzierbaren System.“

3. Versorgungslogik erklären

„In meinen Fächern heißt die geplante Deckelung: weniger Zeit, weniger Kapazität, mehr Wartezeiten – für Menschen mit Demenz, MS, Depression, Angst, Traumafolgen etc. Das betrifft direkt die Lebensrealität Ihrer Wählerinnen und Wähler.“

4. Ganzheitliche Rolle betonen

„Wir behandeln nicht nur ein Symptom, sondern begleiten ganze Lebenssituationen – medizinisch, psychisch und sozial. Das braucht Zeit und verlässliche Strukturen.“

5. Konkrete Bitte und Angebot

- „Bitte setzen Sie sich in den weiteren Beratungen dafür ein, dass:
 - klar definierte Hochrisikogruppen im ZNS-Bereich Schutz vor Rationierung erhalten,
 - komplexe, zeitintensive Versorgung nicht genauso behandelt wird wie einfache Standardleistungen,
 - Einsparungen gezielt dort ansetzen, wo es Überversorgung gibt – nicht dort, wo bereits heute jeder Termin hart umkämpft ist.“
- „Ich biete Ihnen an, Ihnen Praxisbeispiele und Zahlen aus unserer Region zur Verfügung zu stellen und für Rückfragen zur Verfügung zu stehen.“

8. Do's and Don'ts

Do's

- Patientenzentrierte Sprache: Versorgung, Wartezeit, Teilhabe, Selbstständigkeit, Pflegebedürftigkeit, Arbeitsfähigkeit, Familienbelastung.
- Reformoffenheit betonen: „Wir wollen, dass die vorhandenen Mittel effizient eingesetzt werden – und wir helfen gerne mit, Fehlentwicklungen zu identifizieren.“

Regionale Beispiele mitbringen: „Bei uns schließen immer mehr Praxen mit älteren Neurolog:innen / Psychiater:Innen etc. ... Patient:Innen kommen von immer weiter her.“



Don'ts

- Honorar an erster Stelle: keine reinen Einkommensklagen.
- Keine Drohszenarien („Dann schließen wir halt“), sondern sachliche Beschreibungen dessen, was realistisch passiert (z.B. verkürzte Sprechzeiten, Aufnahmestopp, Abbau von Zusatzangeboten, Verlust der nichtärztlichen MitarbeiterInnen – Arbeitsplatzverlust für MitarbeiterInnen).
- Politik nicht moralisch abwerten. Besser: „Sie haben eine sehr schwierige Aufgabe – wir wollen helfen, unbeabsichtigte Schäden zu vermeiden.“

Wichtige strategische Leitlinien

- nochmals: Nie primär über Honorare sprechen
- Immer: Patienten → Versorgung → Systemfolgen
- Konstruktiv bleiben, aber klar in der Analyse
- Keine Drohkulisse, sondern Konsequenzen logisch herleiten
- Wiederkehrende Kernbegriffe nutzen:
 - „Versorgungsrealität“
 - „Krankheitslast“
 - „time is brain“
 - „Folgekosten“
 - „Steuerung statt pauschaler Begrenzung“

9. Materialnutzung

- Nutzen Sie die Stellungnahmen und Pressemitteilungen als inhaltliche Grundlage und Faktencheck.
- Für das Gespräch selbst reichen 2–3 gut beherrschte Kernbotschaften – lieber klar, kurz und verständlich als jedes Detail des Gesetzes.

Anhang Materialien:

[PM Neuro](#)

[PM Psych](#)

[Stellungnahme Neuro Beitragsstabilisierungsgesetz](#)

[Versorgungsgutachten zur Bedarfsentwicklung in der Neurologie](#)

[LinkedIn-Posts des BDN](#)