

Edmund-Rumpler-Straße 2  
51149 Köln

Sperrfrist: 06. Mai 2022, 15:00 Uhr

Telefon 02203 5756-0  
Telefax 02203 5756-7000

Es gilt das gesprochene Wort.

**Bericht zur Lage  
anlässlich der Delegiertenversammlung  
des Deutschen Hausärzterverbandes  
am 06./07. Mai in Hannover**

**Ulrich Weigelt  
Bundesvorsitzender  
des Deutschen Hausärzterverbandes**

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

man kommt dieser Tage nicht umhin, eine solche Rede mit einigen Sätzen zum verbrecherischen Angriffskrieg Russlands gegen die Ukraine zu beginnen.

Der Überfall auf die Ukraine durch das von Putin befehligte russische Militär dauert bereits über 70 Tage und hat unermessliches Leid über die ukrainische Bevölkerung gebracht. Wir stehen dabei an der Seite der Ukraine und helfen mit Spenden und der Versorgung der vor dem Krieg geflüchteten Menschen, in der Mehrzahl Frauen und Kinder. Viele Kolleginnen und Kollegen haben nicht auf Honorarvereinbarungen gewartet, sondern einfach geholfen, wo es ging. Vielen Dank dafür!

Als Hausärztinnen und Hausärzte werden wir, wie bei jeder Krise in der Vergangenheit auch, unserer Verantwortung gerecht und werden alles dafür tun, um die Menschen, die zu uns kommen, vernünftig zu versorgen. Damit die Versorgung dieser Menschen auch weiterhin und so umfassend wie notwendig gewährleistet werden kann, sollten sie in allen Bundesländern mit einer elektronischen Gesundheitskarte ausgestattet werden. Einige Länder zeigen, dass dies grundsätzlich möglich ist, wie beispielsweise Bremen, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen. Zettelwirtschaft mit händischer Datenübertragung in die Arzteinformationssysteme kostet wertvolle Zeit und Ressourcen, die wir lieber der Behandlung der Patientinnen und Patienten widmen würden. Dies ist umso dringender, als die Praxen schon jetzt oft an der Belastungsgrenze oder darüber hinaus arbeiten.

Die schrecklichen Berichte und Bilder dieses Krieges haben die Berichterstattung über die Pandemie immer mehr in den Hintergrund gedrängt. Dennoch beschäftigt uns das Infektionsgeschehen auch weiterhin massiv. Nach wie vor versorgen wir in den hausärztlichen Praxen gut 80 % der Corona-Patientinnen und -Patienten. Glücklicherweise sind die schweren Krankheitsverläufe deutlich zurückgegangen, auch wenn immer noch viele Infizierte unter zum Teil heftigen Symptomen leiden.

Absolut unverständlich ist nach wie vor die schlechte Datenlage. Deutschland befindet sich nach über zwei Jahren Pandemie immer noch im Daten-Blindflug. Es ist offensichtlich, dass die Datenbasis nicht die realen Verhältnisse abbildet. Da werden Zahlen über Infizierte verbreitet, deren Grundlage einzig und allein positive PCR-Tests sind. Eigentlich muss jedem klar sein, dass sich nicht jede oder jeder Infizierte einem PCR-Test unterzogen hat. In den Krankenhäusern und bei Verstorbenen geht es nicht um den ursächlichen Zusammenhang mit einer Covid-19-Erkrankung, sondern auch zufällige Nebenbefunde fließen in die Statistik mit ein. Hinzu kommt, dass bei der Bewertung der Situation

immer wieder zwischen verschiedenen Kriterien hin und her gewechselt wird, ohne dass eine konsistente Strategie erkennbar ist. Während lange Zeit die Belastung der Intensivstationen das Maß der Dinge war, waren es dann die Hospitalisierungsraten und auf einmal spielen die Inzidenzen wieder eine zentrale Rolle. Nachvollziehbar ist das nicht wirklich.

Um klare Erkenntnisse über die Infektionslage und eine Beurteilung der Wirksamkeit von Maßnahmen zu gewinnen, braucht es valide Kohortenstudien, wie wir sie seit langem fordern und die in anderen Ländern bereits durchgeführt werden. Wir sehen hier bisher sehr wenig Engagement der Politik, dieses so entscheidende Problem anzupacken und sich so auf den Herbst 2022 vorzubereiten.

Wir wollen gar nicht im Nachhinein den Schlaumeier spielen, es war eine neue Situation und alle Entscheidungen zu Beginn der Pandemie mussten ohne Erfahrungen getroffen werden. Diese Zeiten sind inzwischen allerdings längst vorbei.

Besonders ärgerlich ist nach wie vor die Kommunikation durch die Verantwortlichen. Düstere Drohszenarien helfen in den seltensten Fällen und wie schon in Kindermärchen beschrieben, stumpfen sie ab und bei wirklicher Gefahr werden sie nicht mehr ernst genommen. Wir hatten darüber auch schon auf dem letzten Hausärztetag gesprochen.

Die Einbindung hausärztlicher Expertise beispielsweise durch die Aufnahme des DEGAM-Präsidenten in den Expertenrat ist leider auch unter dem neuen Gesundheitsminister nicht erfolgt. Diejenigen, die an vorderster Front gegen die Pandemie kämpfen, werden nicht gefragt. Das passt zu einem Trend in der Gesundheitspolitik, den wir leider immer wieder beobachten, nämlich ein ausgeprägtes Silodenken. Das gilt zum Beispiel auch für die Besetzung der *„Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“*. Die Kommission soll das Gesundheitsministerium bei der dringend notwendigen Krankenhausreform beraten. Dabei wird auch die Ambulantisierung von Leistungen, die bisher stationär erbracht wurden, unter die Lupe genommen werden. Und in diesem Zusammenhang muss auch die sektorenübergreifende Versorgung deutlich weiterentwickelt werden, wenn dabei Vorteile für die Patientinnen und Patienten, die Ärztinnen und Ärzte aber auch Effizienzsteigerungen insgesamt erreicht werden sollen. So weit, so gut. Umso überraschender ist es dann, wenn nicht eine niedergelassene Ärztin oder niedergelassener Arzt Teil der Kommission ist. Wie soll über Ambulantisierung oder das Entlassmanagement sinnvoll diskutiert werden können, wenn niemand am Tisch sitzt, der jeden Tag damit zu tun hat? In der Regel ist es besser, aus verschiedenen Blickwinkeln auf ein Problem zu schauen, statt zig Mal aus dem gleichen.

Aber zurück zur Rückschau auf die Pandemie: Auch die Kommunikation zur Menge und Art der Impfstoffe ist, vorsichtig ausgedrückt, weiterhin suboptimal. Warum gibt es immer noch keine Informationskampagne, die deutlich macht: Impfen ist cool – die Impfverweigerung nicht! Schon im letzten Jahr hatten wir eine positive, ansprechende Werbung für die Impfung eingefordert. Wir haben in den Praxen nicht nur den Impfturbo gezündet, sobald der Impfstoff verfügbar war, wir haben auch viele unserer nicht geimpften Patientinnen und Patienten von einer Impfung überzeugen können, auch wenn sie die Praxis wegen anderer Anlässe aufgesucht hatten. Von Seiten der Politik ist darüber hinaus deutlich zu wenig passiert. Als mit Novavax der nächste Impfstoff auf den Markt kam, wurde ersichtlich, dass das Warten auf einen weiteren Impfstoff letztlich auch nur eine Ausrede war. Das kommunikative Defizit war damit nicht mehr auszugleichen.

Für den kommenden Herbst brauchen wir nicht nur ausreichend Impfstoff, sondern auch eine motivierende politische Kommunikation. Das gilt nicht nur für die Corona-Schutzimpfung, sondern auch für die Grippe-Schutzimpfung! Klar ist: Die Impfungen sollten in den Hausarztpraxen stattfinden. Das ist nicht nur der Ort, an dem sich die Patientinnen und Patienten am liebsten impfen lassen wollen, es ist im Vergleich zu den Impfzentren auch die deutlich kostengünstigere Variante. Die Praxen haben bewiesen, dass sie in der Lage sind, jeden Tag Hunderttausende Impfungen durchzuführen, wenn sie denn genug Impfstoff bekommen. Vor diesem Hintergrund erscheint es geradezu absurd, dass die leeren Impfzentren in einem aktuellen Gesetzgebungsvorschlag bis in den Herbst hinein weiter mit Steuergeldern alimentiert werden sollen.

Die Diskussion um eine Impfpflicht möchte ich gar nicht kommentieren. Das Ergebnis liegt klar vor uns.

Wer hätte im letzten Herbst gedacht, dass wir Karl Lauterbach als Gesundheitsminister sehen werden? In seiner Rede auf unserem Frühjahrsempfang, den wir als Ersatz für den ausgefallenen Neujahrsempfang am 16. März abgehalten hatten, ist viel Anerkennung für die Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte und der MFA für die Bewältigung der Pandemie zu hören gewesen. Zitat des Bundesgesundheitsministers: *„Die Anliegen der Hausärzte sind auch meine Anliegen“*. Auch in der Vergangenheit haben wir immer wieder Unterstützung von ihm erfahren, u. a. gerade auch bei der Etablierung der HZV in der Gesetzgebung. Insofern sind die Erwartungen natürlich hoch, nachdem sein Vorgänger nicht unbedingt besonderen Fokus auf die hausärztliche Praxis gelegt hatte.

Allerdings ist das BMG derzeit offensichtlich durch die Corona-Infektionslage so eingespannt, dass darüber hinaus bisher nicht viel passiert ist. Die Gesetzesinitiative beschränkte sich auf das Infekti-

onsschutzgesetz und auf einen wohl nicht abgestimmten Entwurf zu den Kassenfinanzen. Auch die veröffentlichte Arbeitsplanung gibt nicht viel her. Hier werden üblicherweise die für die Legislatur vorgesehenen Gesetzesinitiativen aufgelistet und dort sieht es beim BMG derzeit weiterhin recht „mau“ aus.

Auf der Berliner Tonspur hat der Gesundheitsminister allerdings gestern angekündigt, im Mai soll ein „Pandemiebekämpfungsgesetz“ mit Strategien für mehr Impfungen, Impfstoff-Einkauf und weiteren Corona-Regeln für den kommenden Herbst vorgelegt werden.

Zudem wird der Prozess für ein Gesetz zur Cannabis-Legalisierung, ebenfalls ein Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag, gestartet. In der zweiten Jahreshälfte soll ein Entwurf seitens des BMG stehen. Für die Digitalisierung ist eine strategische Entwicklung über den Sommer 2022 geplant, mit einem Gesetz ist dann im Herbst zu rechnen.

Ein Referentenentwurf zur Stabilisierung der Finanzierung der GKV soll auch noch bis Ende Mai 2022 kommen. Die Finanzierung des Gesundheitswesens mit einem geschätzten Defizit von mindestens 17 bis 20 Milliarden Euro abzusichern, ist eine nicht zu unterschätzende Mammutaufgabe! Zur Stabilisierung der Kassenfinanzen werden vier Regelungsbereiche vornehmlich zu behandeln sein: Das Erschließen von Effizienzreserven, die Erhöhung von Steuerzuschüssen und Beiträgen sowie die Preisbeeinflussung im Pharma-Markt. Leistungskürzungen sind vom Minister wiederholt ausgeschlossen worden.

Ich bin davon überzeugt, dass es nicht nur darum gehen kann kurzfristig Löcher zu stopfen, sondern dass man sich Gedanken um langfristig wirkende Strukturanpassungen machen muss. Braucht Deutschland die große Zahl von Krankenhäusern? Dabei spräche man dann nicht nur über Kosten, sondern auch über Minderung des Fachkräftemangels. Ist es nicht vernünftig, die HZV stärker zu fördern und ihre strukturellen und qualitativen Vorteile zu nutzen? Das sind nur zwei Beispiele von vielen.

Die Versorgung mit Medikamenten sicherzustellen ist auch eine Aufgabe der Regierung und damit des BMG. Wir haben das immer als selbstverständlich angenommen. Wenn aber plötzlich Tamoxifen nicht lieferbar ist und die Behandlung von Frauen mit Brustkrebs in Gefahr gerät, ist das ein Grund aufzuhorchen. Gerade im Licht der Abhängigkeit vom russischen Gas sollte man darüber nachdenken, ob in der Versorgung mit Medikamenten nicht ebenfalls ungesunde Abhängigkeiten bestehen.

Uns macht abgesehen davon auch die Intransparenz des Systems im Pharmamarkt zu schaffen. Unterschiedliche Rabattstufen auf den verschiedenen Ebenen bis hin zu den Rabattverträgen der konkurrierenden Krankenkassen machen den Patientinnen und Patienten, wie uns in den Praxen, das Leben schwer. Wie oft muss in der Praxis, aber auch in der Apotheke, darüber diskutiert werden, dass die Schachtel zwar anders aussieht und die Tablette eine andere Farbe hat als die gewohnt verschriebene, aber dennoch alles seine Richtigkeit hat? Die Betrachtung des Preises allein genügt eben nicht, die vergeudeten zeitlichen und personellen Ressourcen müssen auch beachtet werden!

Wenn ich vorhin gesagt habe, dass es kaum Gesetzesinitiativen gegeben hätte, dann stimmt das nicht ganz. Ein Ei hat man uns ins Nest gelegt.

Gesetze werden oft als Omnibusse behandelt. Dem eigentlichen Gesetz werden fachfremde Sachverhalte angehängt. Nicht selten ist das Ziel dabei, kontroverse Fragen, quasi unter dem Radar, durch das Parlament zu bringen. So geschehen mit der Impferlaubnis für Apotheker neben Corona zukünftig auch gegen Grippe über die jetzt schon laufenden Modellvorhaben hinaus impfen zu dürfen. Die bisherigen Zahlen aus der Corona-Impfung in Apotheken – deutlich unter 50.000 Impfungen! – und die Ergebnisse eines Modellversuches bei der Grippeimpfung lassen einen nennenswerten Effekt auf das Impfgeschehen insgesamt nicht erkennen. Dieser Vorstoß ergibt versorgungspolitisch schlichtweg keinen Sinn! Das sehen im Übrigen auch viele Apothekerinnen und Apotheker so.

Eines unserer zentralen Anliegen in der aktuellen Gesetzgebung ist die Möglichkeit, unseren durch die Corona-Pandemie besonders belasteten MFA eine für sie steuerfreie Prämie zahlen zu können. Leider scheint es vor allem aus der FDP noch Gegenwind zu geben, obwohl die Haushaltsbelastung dadurch mehr als überschaubar ausfiele. Unsere Praxismitarbeitenden haben es verdient, und zwar ohne Steuerabzug! Ohne sie hätten wir alle die Krise nicht so meistern können! Dafür gebührt ihnen Dank und Anerkennung.

Mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens wartet eine weitere Großbaustelle auf den Gesundheitsminister. Diesem Thema wollen wir uns deshalb später, in einem separaten Tagesordnungspunkt, widmen. Sieht man sich allein in Europa um, belegt Deutschland eher einen Abstiegsplatz als einen der vorderen Ränge. Es hakt an allen Ecken und Enden. Gut, dass die in diesem Fall zuständige Abteilung 5 des BMG seit dem 1. April 2022 mit Dr. Susanne Ozegowski wieder mit einer Leitung besetzt ist. Ein erster Besuch war von einem offenen konstruktiven Dialog geprägt, was zuvor nicht immer der Fall war.

Wir haben unsere Grundforderung vortragen können, dass die digitalen Instrumente in der Praxis der Versorgung nützen müssen und nicht zusätzlichen Aufwand allein zum Nutzen der Krankenkassen sein können. Das gilt für das e-Rezept, für die e-AU wie für die elektronische Patientenakte gleichermaßen. Unausgereifte Produkte dürfen den Praxen nicht aufoktroiert werden und schon gar nicht mit der Androhung von Strafzahlungen!

Die positiven Signale nähren die Hoffnung, dass unsere Anliegen nicht mehr in den Mühlen der Gematik zermahlen werden und unsere konstruktiven Vorschläge auf fruchtbareren Boden fallen. Es liegt nicht an uns, dass wir auf digitalen Fortschritt warten müssen, wir sind keine grundsätzlichen Digitalverweigerer, wie allein das Beispiel der digitalen Arztvernetzung in Baden-Württemberg zeigt.

Grund für Euphorie gibt es bei allen erfreulichen Aspekten aber noch lange nicht.

Der Austausch der Konnektoren ist ein Musterbeispiel deutscher Bürokratie. Dies werden wir uns unter Tagesordnungspunkt 4 noch einmal genauer anschauen müssen. Fest steht dabei schon jetzt, dass die z. T. überzogenen Sicherheitsanforderungen in der TI keine zusätzlichen Aufwände in unseren Praxen auslösen dürfen! Zumal die TI für die Patientenversorgung de facto keinen Mehrwert bietet, denn die Patientinnen und Patienten können die Anwendungen bisher quasi nicht nutzen. Der Registrierungsprozess für die ePA ist beispielweise dermaßen komplex, dass er bislang niemandem zugemutet werden kann.

Für telemedizinische Anwendungen gelten die gleichen Grundsätze: Sie müssen der Patientenversorgung nützen und den Praxisbetrieb erleichtern. Für irgendwelche Ressourcen-fressenden Gimmicks haben wir keine Zeit. Vorstöße vor allem aus Investorenkreisen zur Etablierung einer neuen Versorgungsebene „digitale Medizin“ sind strikt abzulehnen. Die Sektorierung und Fragmentierung der derzeitigen Struktur unseres Gesundheitssystems mit ihren Kommunikationsbrüchen in den Schnittstellen weiter zu belasten, ist genau der falsche Weg. Die Schwierigkeiten in der Digitalisierung decken Strukturdefizite auf, die bereinigt werden müssen. Noch immer gilt: Wer einen schlechten Prozess digitalisiert, hat einen schlechten digitalen Prozess.

Zu den Fragen der Digitalisierung hat die von uns eingerichtete AG Digitalisierung eine umfassende Stellungnahme erarbeitet, die in dieser Delegiertenversammlung noch vorgestellt wird. An dieser Stelle möchte ich den beteiligten Kolleginnen und Kollegen dafür ausdrücklich danken.

Ein Schlagwort, das uns nicht nur in diesem Zusammenhang immer mehr beschäftigt, ist die Ökonomisierung der Medizin. Nun ist Ökonomisierung eigentlich nichts Negatives, in diesem Kontext aber eher ein Begriff, der die Abhängigkeit medizinischer Entscheidungen von Renditeerwartungen der jeweiligen Investoren beschreibt. In Krankenhäusern erleben es die Kolleginnen und Kollegen täglich, seitdem nicht nur medizinische Kriterien, sondern mehr und mehr DRG-getriebene Maßgaben ins Spiel kommen und nicht selten den Ton angeben.

Die jüngste Diskussion um investorenbetriebene MVZ beleuchtet das Problem in der ambulanten Versorgungsebene. Wir müssen uns mit diesen Problemen intensiv auseinandersetzen, da es für den hausärztlichen Nachwuchs von großer Bedeutung werden wird.

Wir wissen, dass immer mehr junge Kolleginnen und Kollegen die – oft vermeintliche – Sicherheit der Anstellung suchen. Einerseits, um die Arbeitsbelastung auf ein erträgliches Maß zu begrenzen und mehr Zeit für Familie und andere Lebensbereiche zu haben und häufig, auch weil sie das – eigentlich nicht vorhandene – Risiko scheuen, sich in finanzielle Abhängigkeit für eine Praxisgründung zu begeben. Auf der anderen Seite steht immer der Wunsch, gute Ärztinnen oder Ärzte für ihre Patientinnen und Patienten zu sein und gemeinsam mit ihnen richtige, medizinisch begründete Entscheidungen zu treffen. Die Frage ist: In welchem Rahmen ist das am besten möglich?

Über diese Themen diskutieren wir in unserem Verband auf den verschiedenen Ebenen im Bund und in den Landesverbänden. Wir wollen und brauchen kooperative Formen der Berufsausübung von Hausärztinnen und Hausärzten, aber dabei muss klar sein, dass die Ärztinnen und Ärzte das Sagen haben und nicht die Controller! Umso mehr renditegetriebene Strukturen sich bilden, desto eher kann die Anstellung in einer solchen Einrichtung zwar mehr oder weniger klare Arbeitszeiten gewährleisten, aber bei medizinischen Entscheidungen in Abhängigkeit von ökonomischen Kriterien bringen. Wir müssen also an beiden Seiten zu Lösungen kommen, einerseits so weit wie möglich die Kommerzialisierung der Medizin, vor allem der hausärztlichen Medizin an der Ausbreitung hindern und andererseits Wege finden, den Bedürfnissen der jungen Kolleginnen und Kollegen nachzukommen und Praxisstrukturen aufzuzeigen, die diesen entsprechen. Wir sollten auch ruhig über die Vorteile der Niederlassung, beispielsweise in Gemeinschaftspraxen, sprechen. Damit lassen sich flexible Lebensplanung und weitgehende medizinische Unabhängigkeit gut verwirklichen. Das Festival der Allgemeinmedizin hat erst kürzlich in einem jungen und neuen Format den Medizinstudierenden bundesweit die Vorteile der hausärztlichen Niederlassung plastisch veranschaulichen können.



Ein wichtiger Schritt zu effizienteren Strukturen und Reduzierung von bürokratischen Störfaktoren in der Praxis sind die nunmehr seit 14 Jahren etablierten Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung. Die Koordination durch Hausärztinnen und Hausärzten bringt nicht nur strukturelle Effizienzgewinne, sie steigert auch die Qualität der Versorgung der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten. Aber auch die nicht an den Verträgen Teilnehmenden profitieren von der Qualität, weil Ärztinnen und Ärzte die in Qualitätszirkeln wie den pharmaunabhängigen PTQZ erworbenen Kenntnisse auch bei denen nicht vergessen, die nicht eingeschrieben sind.

Wir ringen fortlaufend mit den Krankenkassen um die Verträge. Da geht es natürlich auch um ein auskömmliches Honorar, aber fast mehr noch um strukturelle Weiterentwicklung der Verträge. Die Unterscheidbarkeit vom Altsystem, der Abbau nicht unbedingt erforderlicher bürokratischer Elemente und die Darstellung der qualitativeren Vorteile bestimmen die Diskussion zu den Verträgen.

Die Entwicklung der Zahlen von teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten wie von eingeschriebenen Patientinnen und Patienten wächst stetig. Insgesamt über acht Millionen teilnehmende Versicherte und mehr als 16.000 Ärztinnen und Ärzte beteiligen sich an HZV-Verträgen. Allein sechs Millionen Versicherte an denen, die wir über unsere Service-Organisation HÄVG von der Einschreibung bis zur Honorarauszahlung selbstständig als Hausärztinnen und Hausärzte organisieren.

Der Weiterentwicklung und weiteren Verbreitung dieses freiwilligen Primärarztsystems werden wir auch weiterhin unsere Kraft, Ausdauer und Zeit widmen. Die vorliegenden Evaluationen verdeutlichen, dass die Verträge zu mehr Zufriedenheit bei Patientinnen und Patienten, wie in den Praxen, eine verbesserte Versorgungsqualität, eine bessere Koordination – in Baden-Württemberg auch schon gemeinsam mit fachärztlichen Verbänden – führen. Es lohnt also die Anstrengung!

Wir wollen nicht vergessen, dass wir in den Praxen nicht allein sind und für den Erfolg sorgen, sondern dass wir ohne unsere MFA – wie man nicht zuletzt in der Pandemie gesehen hat – die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten nicht stemmen könnten. Wir haben gemeinsam erkannt, dass die Zukunft unserer Praxen auch von qualifizierten Mitarbeitenden abhängt. Wir haben zusammen mit dem Verband der MFA die VERAH® etabliert. Diese Weiterbildung haben mittlerweile 15.000 MFA abgeschlossen. Wir haben damit aber noch nicht abgeschlossen und seit diesem Jahr, gemeinsam der Fachhochschule FOM, mit einem Bachelorstudium eine weitere Qualifizierungsstufe auf den Weg gebracht. Damit sind die Weichen gestellt, um immer mehr dem Team-Gedanken

folgend unter hausärztlicher Supervision eigenständig tätige MFA an der Patientenversorgung zu beteiligen.

Damit wird die hausärztliche Praxis sicher auch für ärztlichen Nachwuchs attraktiver und noch patientenfreundlicher.

Bevor ich schließe, möchte ich mich ganz herzlich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Landesverbandes Niedersachsen sowie beim gesamten Team des Bundesverbandes, für die tolle Organisation dieser Frühjahrstagung in Hannover bedanken!