



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

BERICHT AN DIE VERTRETERVERSAMMLUNG 5. DEZEMBER 2025: 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,

ich weiß nicht, ob Ihnen das Datum noch in Erinnerung ist: Heute auf den Tag genau vor sieben Monaten haben CDU, CSU und SPD den Koalitionsvertrag unterzeichnet. Das schwarz-rote Bündnis bezeichnete sich damals selbst als „Koalition der Erneuerung“ und versprach, im Gegensatz zur Ampel-Regierung weniger zu streiten, dafür diszipliniert zu arbeiten und zügig Ergebnisse zu liefern. Was meinen Sie, hat das geklappt?

Ich stelle fest: Differenzen, auch substanzielle, werden nach wie vor öffentlich ausgetragen; große und wichtige Reformen liegen bislang entweder nur als Ankündigungen vor oder in Form von Entwürfen, die denen aus der vorherigen Legislatur inhaltlich weitgehend ähneln. Das gilt auch für den Gesundheitsbereich. Nach den gescheiterten Beratungen im Bundesrat zum „Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“ und dem offenen Konflikt um die Rentenreform wird schon darüber geunkelt, dass ein Bruch der Koalition im Bereich des Möglichen sei.

Unbestreitbar hat Bundesgesundheitsministerin Nina Warken kein leichtes Erbe angetreten, sowohl im Hinblick auf die Finanzsituation der Sozialkassen als auch auf die zahlreichen Reformbaustellen ihres Vorgängers und nicht zuletzt dessen, sagen wir mal, schwieriges Verhältnis zur Selbstverwaltung. Frau Warken wollte hier anders agieren und hat stets betont, nicht nur über die Akteure in der Versorgung zu reden, sondern mit ihnen. In diesem Sinne hätten wir sie heute gerne persönlich bei uns begrüßt, eine Einladung haben wir ausgesprochen. Denn auch wir haben von Anfang an nicht nur den Dialog angeboten, sondern mit konkreten Vorschlägen und Konzepten den politisch Verantwortlichen Material an die Hand gegeben, um überfällige Reformen umzusetzen und endlich spürbare Verbesserungen für die Niedergelassenen zu verwirklichen. Wir haben beispielsweise – zusammen mit anderen ärztlichen Verbänden – Vorschläge für eine Reform der Akut- und Notfallversorgung vorgelegt. Wir haben ganz konkrete und einfach umzusetzende Maßnahmen für einen spürbaren Abbau unnötiger Bürokratie in den Praxen erarbeitet. Wir haben Voraussetzungen für eine erfolgreiche Digitalisierung der ambulanten Versorgung skizziert und wir haben – gemeinsam mit Ihnen – ein Konzept für eine bessere und bedarfsgerechte Steuerung der Patienten in der Notfall-, Akut- und der Regelversorgung erarbeitet. Man kann uns also wahrhaftig nicht vorwerfen, dass wir nur meckern, aber keine eigenen Ideen einbringen würden.

Nun ist es nicht so, dass die Bundesregierung oder das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) untätig wären. Schließlich sind einige Gesetze in der Pipeline. Aber: Die wirklich wichtigen, grundsätzlichen Fragen, wie etwa die einer besseren Steuerung der Versorgung, werden bislang nicht angegangen, seit Monaten tritt man hier auf der Stelle. Die letzte verschriftlichte Vorhabenplanung des BMG stammt aus dem Juni – und schon damals gab es für viele der Ankündigungen keine Terminsetzung. Führende Gesundheitspolitiker der Union haben die Erwartung gedämpft, dass es kommendes Jahr einen diskussionsreifen Gesetzentwurf zum Thema Primärversorgung geben wird – immerhin ein Thema, das prominent im Koalitionsvertrag angekündigt wurde.

Krankenhausreform, Notfallreform, Steuerung – das sind die großen Themen, die jetzt angegangen beziehungsweise zu Ende gebracht werden müssen. Diese drei gehören zusammen, sie greifen ineinander, ja bedingen sich geradezu gegenseitig. Man kann sie nicht unabhängig voneinander betrachten. Natürlich sind das komplexe Vorhaben, die man nicht mit einem Federstrich entwirft, geschweige denn umsetzt. Aber, frei nach Fontane: Nicht die Größe der Aufgabe ist entscheidend, sondern wie wir sie lösen wollen. Wir brauchen nicht immer wieder neue Kommissionen, die Vorschläge erarbeiten, die dann wieder diskutiert werden – wir haben kein Erkenntnisproblem. Es liegen von uns längst jede Menge konkreter Vorschläge auf dem Tisch.

Was nicht hilft, sind Pseudolösungen, die vorgeschoben werden. Eine solche besteht darin, die mangelnde Arztzeit auffangen zu wollen, indem andere Gesundheitsberufe oder -angebote diese ersetzen sollen. Dabei sprechen wir längst nicht mehr nur davon, dass Apotheken ärztliche Leistungen übernehmen sollen, wie im Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz avisiert. Sibylle Steiner wird hierauf gleich näher eingehen. Auch Apothekerinnen und Apotheker selbst sollen in bestimmten Konstellationen durch Pharmazeutisch-technische Assistenten (PTA) ersetzt werden können, die zeitweise selbstständig eine Filiale leiten. Dagegen wiederum wehrt sich die Apothekerschaft und warnt vor einer „Apotheke light“,

während man andererseits bereit ist, pharmazeutische Dienstleistungen oder das Impfen auf PTA zu übertragen, um das Leistungsportfolio zu erweitern. Das erinnert mich an den berühmten Satz aus Goethes Zauberlehrling: „Die Geister, die ich rief, werd ich nicht mehr los.“ Denn die Entwicklung setzt sich längst weiter fort. Der nächste, noch weitreichendere Schritt, Andreas Gassen hat es angesprochen, ist der Einstieg von Supermärkten und Drogerieketten in den Gesundheitsmarkt – und die Betonung liegt hier wirklich auf „Markt“, denn um Versorgung im eigentlichen Sinn des Wortes geht es hierbei kaum. Ähnlich wie bei den Apotheken, die Impfstoffe verkaufen und sie anschließend selbst verabreichen oder Arzneimittel ohne Rezept ausgeben sollen, kann der Kunde im Supermarkt künftig seinen vor Ort festgestellten Vitamin-Mangel gleich mit den entsprechenden Präparaten aus dem Regal nebenan „behandeln“. Also ein doppeltes Geschäft für den Anbieter.

All das zeigt meiner Ansicht nach: Es droht nicht nur eine Spirale der Deprofessionalisierung im Gesundheitswesen, sondern auch eine Bagatellisierung von Versorgung. Natürlich erscheint es bequem, wenn man während des samstäglichem Einkaufs noch schnell einen Gesundheits-Check machen kann. Aber wo werden all die Menschen landen, die anschließend mit interpretationsbedürftigen Testergebnissen und verunsichernden Befunden nach Hause gehen? In einer Praxis! Schon jetzt ist absehbar, dass das Ganze am Ende nicht zu weniger ärztlichem Behandlungs- und Beratungsbedarf führen wird, sondern zu mehr. Und natürlich wird das vor allem die hausärztlichen Praxen betreffen.

Das Ganze dient ja vorgeblich dazu, den Zugang zur Versorgung zu vereinfachen und Lücken zu schließen. Gerne wird argumentiert, dass in den USA und anderen Ländern Gesundheitsangebote im Drugstore oder in der Shoppingmall schon lange gang und gäbe seien. Dort gibt es jedoch auch keine ärztliche Versorgung durch Niedergelassene wie hierzulande und kein solidarisch finanziertes Versicherungssystem wie bei uns. Bei der World Medical Association haben zahlreiche afrikanische Ländervertreter das einmal „medicine for poor“ genannt und vehement gefordert, eine ärztliche Primärversorgung als Grundrecht zu etablieren. Wir in Deutschland haben eine solche und wollen sie nun aushöhlen oder gar abschaffen und das preisen wir dann als Modernisierung der Versorgung?! „Honi soit qui mal y pense!“

Faktisch schreitet damit auch bei uns die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens weiter voran. Für einen Investor zählt am Ende des Tages vor allem die Rendite. Er hat keine fachliche oder soziale Verantwortung gegenüber der einzelnen Patientin und keinerlei regionale Verankerung – völlig anders als die freiberufliche und selbstständige Ärztin beziehungsweise Arzt oder Psychotherapeut in der Praxis. Ähnliche Entwicklungen sind auch bei anderen Freien Berufen zu beobachten: Investoren kaufen einzelne kleine Unternehmen auf, bilden Ketten und erbringen anschließend nur noch die Art von Dienstleistungen, die lukrativ sind, mit entsprechend verringerter Angebotsvielfalt.

Doch zurück zum Thema Gesundheitsberufe. Das „Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“, das mittlerweile an den Vermittlungsausschuss überwiesen wurde, sieht vor, dass Pflegekräfte künftig bestimmte ärztliche Aufgaben übernehmen können. Wir begrüßen dies grundsätzlich, sofern dies innerhalb bereits vorhandener Strukturen wie Arztpraxen geschieht und keine Doppelstrukturen mit neuen Schnittstellen geschaffen werden. Unentbehrlich für eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit sind klare Zuständigkeiten, die auch Verantwortlichkeit und Haftungsfragen nicht außen vor lassen. Dies dient nicht nur zur Absicherung der Ärzte und des jeweiligen Fachpersonals, sondern auch der Patienten. Sie müssen jederzeit wissen: Wer versorgt mich und wer trägt die Verantwortung?

Diese Frage ist auch zentral bei der Einführung eines Steuerungssystems. Ob wir von einem „Primärarztsystem“ sprechen oder nur noch von einer „Primärversorgung“, ist ein wesentlicher Unterschied. Hierüber muss Politik sich im Klaren sein. In einem Primärarztsystem, wie es im Koalitionsvertrag formuliert ist, wäre der Hausarzt der „geborene“ Primärarzt. Eine Primärversorgung mit obligat vorgeschaltetem nichtärztlichem Personal oder Instrumenten wäre hingegen ein Paradigmenwechsel. Das kann man politisch wollen, dann muss man es den Bürgerinnen und Bürgern aber auch deutlich sagen.

Damit komme ich zum nächsten Thema, nämlich der Reform der hausärztlichen Vergütung. Wie Sie wissen, haben wir den gesetzlichen Auftrag, mit dem GKV-Spitzenverband die Umsetzung einer sogenannten

Versorgungspauschale für leichte Chroniker zu verhandeln, die regelhaft nur ein Medikament und keine aufwendige ärztliche Betreuung benötigen. Die Verhandlungen sollten laut Vorgabe des Gesetzgebers bereits Ende August abgeschlossen sein, damit die neue Pauschale zum Jahresanfang 2026 greifen kann. Die detaillierten Vorgaben sind tatsächlich jedoch kaum zu erfüllen, vor allem nicht unter der perfiden Maßgabe, dass die Regelungen weder zu „Mehr- noch Minderausgaben“ führen dürfen.

Ich will an dieser Stelle nicht im Detail auf die bisher geeinten Punkte eingehen. Es gibt noch einige relevante offene Fragen. Etwa: Was passiert, wenn neben der einfachen chronischen Erkrankung innerhalb der vorgesehenen zwei Abrechnungsquartale ein zusätzlicher Behandlungsbedarf entsteht und damit die Voraussetzungen für die Versorgungspauschale nicht mehr greifen? Wer rechnet die Pauschale ab, wenn ein Patient zwei verschiedene Hausarztpraxen aufsucht und was berechnet die Praxis, die nicht die Pauschale abrechnet? Wir haben von Anfang an darauf hingewiesen, dass ein solches Konstrukt nur über ein Einschreibemodell funktioniert. Die als Begründung für diese Regelungen vorgetragene Systemerneuerung ist mit den kleinteiligen und limitierenden gesetzlichen Vorgaben nicht zu erreichen – das war aber jedem mit Sachverstand schon nach Vorliegen des Gesetzestextes klar. Jetzt sind wir – man kann es nicht anders nennen – um Schadensbegrenzung bemüht und darum, den Abrechnungsaufwand und die dadurch entstehende Unruhe in den Praxen möglichst kleinzuhalten.

Anderes Thema: Das BMG hat einen neuen Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt – wieder einmal, muss man ja schon sagen. Leider gilt aber hier, dass es sich weitgehend um „alten Wein in neuen Schläuchen“ handelt. Manches geht zwar in die richtige Richtung, aber es ist unverständlich, dass ganz wesentliche Punkte, die wir bereits eingebracht hatten und die auch vom BMG im Dialog anerkannt waren, weiterhin nicht aufgenommen sind. Die geplante bessere Vernetzung der 116117 und der 112 ist sinnvoll, das Vorhaben, dass die einzelnen Leitstellen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) hierzu einseitig Vorgaben machen können sollen, ist allerdings hanebüchen. Ein verpflichtendes und bundesweit einheitliches Ersteinschätzungsverfahren für alle, die keine Hausarztpraxis finden und sich an eine der beiden Nummern wenden oder auf einem anderen Weg Hilfe suchen, ist unabdingbar.

Diese Vorgabe soll dazu dienen, Menschen, die keine Praxis als Ansprechpartner finden, von Anfang an in die richtige Versorgungsebene zu leiten und die Notaufnahme von Fällen zu entlasten, die dort nicht hingehören. Doch genau hier ist der Entwurf nicht konsequent genug. Denn Patientinnen und Patienten sollen weiterhin auch eigenständig eine Notaufnahme aufsuchen können, ohne eine vorherige medizinische Ersteinschätzung. Auch die Rolle der Integrierten Notfallzentren (INZ) bleibt vage, vor allem während der Praxisöffnungszeiten. Wenn eine Steuerung des Patienten von dort in die ambulante Versorgung nicht vorgesehen ist, dann ändert sich zum Status quo wenig. Auch wirft es Fragen auf, wenn Krankenhäuser fachlich und administrativ alleine für die Ersteinschätzung verantwortlich sein sollen. Hier bleibt das zweifelsfrei vorhandene Phänomen des Bettenbefüllung durch Notfallambulanzen unbeantwortet. Da fragt man sich dann schon, ob das Ziel einer besseren Steuerung wirklich ernst gemeint ist. Gleichzeitig sollen noch mehr INZ errichtet werden und zusätzlich sollen die KVen einen fahrenden Dienst rund um die Uhr gewährleisten. Mit welchen Ärzten, wenn diese gleichzeitig in ihren Praxen sein müssen?

Das kann nicht funktionieren, dafür gibt es schlichtweg nicht das nötige Personal. Und ich als Hausarzt versorge doch lieber 50 Patienten am Tag in meiner Praxis als acht im fahrenden Dienst, weil ich zwischendurch nur im Auto sitze. Das ist weder effektiv noch effizient und geht in jeglicher Hinsicht auf Kosten der Regelversorgung in den Praxen. Ein aufsuchender Fahrdienst rund um die Uhr wäre eine unwirtschaftliche, personell kaum zu realisierende und medizinisch nicht notwendige Zusatzaufgabe, insbesondere für Flächen-KVen. Doch damit nicht genug: Zusätzlich sollen die KVen nun auch noch 24/7 telemedizinische Angebote wie die Videosprechstunde bereitstellen – also eine weitere Parallelstruktur. Dass für all dies über das fehlende Personal hinaus auch noch Geld nötig wäre, lässt der Gesetzgeber geflissentlich außer Acht. Wer bezahlt die Fahrzeuge, die digitale Infrastruktur, das Personal in den Callcentern? Die KVen und damit am Ende die Niedergelassenen selbst!

Wir brauchen nicht noch weitere Versorgungsebenen und Versorgungsangebote, die den Menschen suggerieren, dass jeder jederzeit machen kann, was er oder sie will. Im Gegenteil: Wir brauchen endlich stringente Steuerung. Klare, dem objektiven medizinischen Bedarf der Menschen und nicht deren Bedürfnis Rechnung tragenden Angebote, die dann auch wahrzunehmen sind.

Einmal mehr müssen wir also feststellen: Die Politik sollte doch einfach jemanden fragen, der sich mit der Thematik auskennt. In etlichen KVen gibt es durchdachte, moderne und auf die jeweiligen Gegebenheiten vor Ort angepasste Konzepte, von Niedersachsen bis Bayern. Die Verantwortlichen im BMG sollten sich diese Modelle anschauen, bevor sie zentrale Vorgaben machen und bundesweit nach Schema F alles in ein Raster pressen. Es bedarf hier vor allem einer an den regionalen Erfordernissen ausgerichteten Struktur, die sinnvoll durch die KVen als Inhaber des Sicherstellungsauftrages in den Ländern zu organisieren und zu administrieren ist. Bemerkenswert ist auch, dass das BMG seine Reformvorschläge vor allem mit Einsparmöglichkeiten begründet. 1,3 Milliarden Euro könnten es perspektivisch pro Jahr sein, so die Kalkulation. Allein durch die Abgabe von Patienten der Rettungsleitstellen an die Akutleitstellen der KVen rechnet das BMG mit einem Einsparpotenzial von ungefähr 705 Millionen Euro pro Jahr – allerdings weitgehend zulasten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, denn eine entsprechende Gegenfinanzierung der ambulanten Strukturen ist nicht vorgesehen.

Fazit: Der vorliegende Entwurf des BMG enthält vernünftige Grundideen, aber in der Ausarbeitung setzt er strukturelle Fehlanreize und wurde offenkundig ohne eine realistische Einschätzung der vorhandenen Ressourcen formuliert. Das wiederum birgt ernsthafte Risiken hinsichtlich der Versorgungssicherheit, der Finanzierbarkeit, der Praktikabilität und der unzureichenden Steuerung.

Notiz am Rande: Auch das Thema der Sozialversicherungspflicht im Notdienst ist nach wie vor nicht gelöst, vor allem wenn man das weitere aktuell hierzu ergangene Urteil des Bundessozialgerichts-Urteil betrachtet und dazu bedenkt, dass angesichts der geplanten Vorgaben im Rahmen der Notfallreform die KVen viel mehr Personal für den ärztlichen Bereitschaftsdienst rekrutieren müssten. Deshalb lautet unsere Forderung nach wie vor: Wir brauchen eine Gleichstellung der Ärzte im Bereitschaftsdienst mit den Notärzten im Rettungsdienst und damit die vollständige und unzweifelhafte Befreiung von der Sozialversicherungspflicht. Taten statt wohlmeinender, aber vager Worte, das ist auch hier, was zählt.

Apropos Taten: Ein weiteres Gesetz, das schon länger angekündigt wurde und das eigentlich mit den anderen großen Vorhaben wie etwa der Notfallreform zusammengedacht werden müsste, ist das Gesundheitssicherstellungsgesetz (GeSiG). Auch für das GeSiG gibt es bislang keinen belastbaren kommunizierten Zeitplan. Mit anderen Worten: Deutschland ist nicht vorbereitet und wird es auch so schnell nicht sein, wenn die politisch Verantwortlichen – und natürlich ist das eine ressortübergreifende Aufgabe – sich nicht schnellstmöglich hierzu verständigen. Dabei geht es gar nicht nur um das Worst-Case-Szenario, dass Putins Armee die NATO-Außengrenze übertritt. Schon der mehrtägige Stromausfall vor wenigen Wochen in Berlin-Treptow hat gezeigt, wie fragil und wenig resilient unsere Strukturen sind. Natürlich waren auch Praxen von dem Ereignis betroffen – schon alleine deshalb muss die ambulante Versorgung, müssen die KVen in entsprechende Krisenpläne involviert werden.

Immerhin sind wir mittlerweile als KV-System untereinander im Austausch, nächste Woche tagt eine entsprechende Arbeitsgruppe der KVen zum Thema „Sicherstellung der ambulanten Versorgung im Krisenfall“. Als KBV sind wir – ebenso wie viele von Ihnen auf Landesebene – mit anderen relevanten Playern im Dialog. Ich selbst habe an verschiedenen Veranstaltungen teilgenommen, unter anderem an einem Symposium im Sommer hier in Berlin zum Thema „Gesundheitsversorgung in der Landesverteidigung“, an dem alle Akteure mit Verantwortung für die Gesundheitsversorgung teilgenommen haben. Auch mit dem BMG sind wir hierzu im Gespräch. Wir tun, was wir in unserem Zuständigkeitsbereich tun können, aber am Ende müssen alle Akteure, zivile und militärische, in eine sinnvolle Struktur mit klaren Entscheidungswegen und Aufgabenverteilung zusammengebunden werden. Kurz gesagt, aus Corona gelernt ist uns klar: Wir wollen uns vorbereiten, will der Gesetzgeber das auch?! Dann wird es höchste Zeit!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich komme zum Schluss. Und da bleibt mir im Moment leider nicht viel mehr als ein ernüchterndes Fazit. Das meiste, was an Gesetzgebung in Aussicht steht, macht den Praxen das Leben nicht leichter, im Gegenteil. Und die dringenden Strukturreformen, die zu einer Entlastung führen könnten, lassen auf sich warten. In der Zwischenzeit werden die Herausforderungen aber nicht kleiner. Wie lange werden die Niedergelassenen sich noch vertrösten lassen? Wir lange können und wollen wir uns noch gedulden?

Bald ist Weihnachten, die Zeit der Einkehr, des Innehaltens, der Besinnlichkeit, vielleicht auch der Besinnung. Danach kommt der Jahreswechsel, die Zeit der guten Vorsätze, des Aufbruchs und vielleicht des einen oder anderen Neuanfangs. Wir sind bereit dafür, wir haben konkrete Lösungen anzubieten. Wir versorgen die Menschen im Land, jeden Tag!

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen von Herzen eine gesegnete und erholsame Weihnachtszeit!

Vielen Dank