



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

BERICHT AN DIE VERTRETERVERSAMMLUNG 6. MÄRZ 2026: SITZUNG DER VERTRETERVERSAMMLUNG DER KBV

REDE VON DR. ANDREAS GASSEN
VORSITZENDER DES VORSTANDS

ES GILT DAS
GESPROCHENE WORT

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

unser Bundeskanzler sieht sich mehr als Außen- und weniger als Innenpolitiker. Diese Erkenntnis hat sich mittlerweile bei vielen Deutschen festgesetzt. Vor kurzem war er mit einer riesigen Wirtschaftsdelegation zum Staatsbesuch in China. Nach dem chinesischen Kalender hat Mitte Februar das „Jahr des Feuerpferdes“ begonnen. Dieses steht für Dynamik, Leidenschaft, Umbrüche und Neuanfang – und es kommt nur alle 60 Jahre vor. Ob es Herrn Merz gelungen ist, etwas von dieser Dynamik und Aufbruchstimmung mit nach Hause zu nehmen und in die hiesige Politik einzubringen? Es wäre sehr zu wünschen.

Beim Kanzlerbesuch in China zeigten KI-gesteuerte humanoide Roboter eine Kung-Fu-Darbietung. Bei Merz' Wahl zum CDU-Vorsitzenden auf dem Bundesparteitag in Stuttgart wenige Tage zuvor ging das digitale Abstimmungssystem in die Knie, so dass am Ende mit Stift und Zettel gewählt werden musste. Ob sein Außen-Engagement sich auszahlen wird, werden auch die Wahlen am kommenden Sonntag in Baden-Württemberg zeigen, dem ersten von fünf Bundesländern, in denen dieses Jahr ein neuer Landtag gewählt wird. Am selben Tag finden in Bayern Kommunalwahlen statt. Dort hat Ministerpräsident Markus Söder vor wenigen Wochen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) mit dem Staatskommissar gedroht, wenn sie die Versorgung im ländlichen Raum nicht besser manage. Was anscheinend wiederum die SPD in Baden-Württemberg inspiriert hat, in ihrem Wahlprogramm eine unverhohlene Drohung gegen die Selbstverwaltung zu formulieren: „Wir schöpfen alle rechtlichen und politischen Möglichkeiten aus, um die Kassenärztlichen Vereinigungen KVBW und KZVBW zur flächendeckenden Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags zu zwingen.“

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das sind markige Worte, die natürlich leichtfallen, wenn man dabei mit dem Finger auf andere zeigen kann. Aber wie steht es um die eigene politische Verantwortung? Abgesehen davon, dass die Vorschläge sowohl der SPD als auch die von Herrn Söder nicht zielführend sind, goutiert der Wähler das ständige Ärzte-Bashing offensichtlich nicht, wie eine aktuelle Civey-Umfrage zeigt.

Vielleicht an dieser Stelle die Wahlprognose für die SPD in Baden-Württemberg: Sie wird in den Landtag kommen. Ebenso wie wohl die FDP und wohl auch ungefähr mit dem gleichen Ergebnis, nämlich etwa sechs bis neun Prozent der Stimmen. Das nennt man dann wohl Volkspartei light. Im „Ländle“ wird die SPD also bei der Regierungsbildung wohl keine Rolle spielen und auch im Rest der Republik scheint die Verdrossenheit gegenüber einer Reformpolitik groß. Im Bund hatte die SPD vergangenes Jahr eine wohl letzte Chance erhalten. Jedoch, man hätte es ja kaum für möglich gehalten: Rund ein Jahr nach der letzten Bundestagswahl steht die aktuelle Regierung in Umfragen noch schlechter da als seinerzeit die Ampel unter Kanzler Olaf Scholz.

Ich werde nicht ausführlicher dazu sprechen, nur so viel: Die Wahl übermorgen in Baden-Württemberg ist ein erster Stimmungstest für die Bundesregierung, weitere folgen. Schauen Sie sich die Ergebnisse am Sonntag an, die Menschen stimmen dabei auch über die Gesundheitsversorgung in unserem Land ab. Wir werden sehen, ob mit dem Kaputtsparen der ambulanten Versorgung bei den Wählern gepunktet wird oder ob sich der Spruch bewahrheitet, dass man gegen die Ärzteschaft keine Wahl gewinnen kann. Angesichts des bereits erwähnten Superwahljahres ist das mangelnde Vertrauen in die Regierung ein Alarmzeichen. In manchen Landesparlamenten könnte die AfD zweitstärkste Kraft werden oder sogar die Mehrheit der Abgeordneten stellen. Das ist aber nicht schicksalhaft. Die Parteien der demokratischen Mitte müssen endlich Mut und Handlungsfähigkeit beweisen, wenn sie den radikalen Rändern nicht nur die Deutungshoheit, sondern auch die faktische Macht nicht überlassen wollen.

Im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat man zumindest erkannt, dass man irgendetwas machen muss. Tatsächlich gibt es zurzeit wahrscheinlich wenige Ressorts, in denen so viele Reformen und zukunftsgerichtete Gesetze anstehen wie im Gesundheitswesen: das Krankenhausreform-Anpassungsgesetz, die Notfall- und Rettungsdienstreform, ein neues Apothekengesetz, ein weiteres Digitalgesetz, ein Gesundheitssicherstellungsgesetz für Kriegs- und Krisenzeiten und last, not least die primärärztliche Versorgung – das sind nur die wichtigsten Vorhaben und fast alle sollen in der ersten Jahreshälfte verabschiedet oder zumindest wesentlich vorangebracht werden. Die ersten Ergebnisse lassen leider nicht viel Hoffnung aufkommen. Man dreht sich politisch fröhlich weiter in einer Dauerschleife – oder landet bei faulen, angesichts der angeblich doch so angespannten Finanzsituation teils aberwitzigen

Kompromissen. Bestes Beispiel: das Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform. Im Vergleich zu dem, was wir hier in den letzten Monaten gesehen haben, ist die Echternacher Springprozession eine stringente Art der Fortbewegung.

Ende Februar haben sich Bund und Länder, kurz vor einem im Bundesrat drohenden Vermittlungsausschuss, zu einem sogenannten Kompromiss durchgerungen. Ein Fachmedium zitierte einen der Verhandlungsteilnehmer mit den Worten, man habe nun ein Ergebnis mit dem „keiner zufrieden“ sei – weshalb es ein guter Kompromiss sei. Die Erwartungshaltung ist in Deutschland also schon nicht mehr allzu hoch. Verständlich. Dieser Kompromiss beruht im Wesentlichen auf der Verlängerung von Umsetzungsfristen für die Länder und auf jeder Menge Ausnahmeregelungen für die Krankenhäuser, etwa bei Qualitätsvorgaben. Der Krankenhaustransformationsfonds soll nun nicht nur für die Umwandlung von Standorten genutzt werden können, sondern – man höre und staune – auch für deren Erhalt! Man könnte fast lachen, wenn es nicht so komplett am Thema vorbei wäre. Es geschieht das genaue Gegenteil dessen, was ursprünglich mit der Reform intendiert war. Heißt im Klartext: Auch künftig werden flächendeckend horrend Summen ungezielt in den stationären Bereich fließen. Nicht versorgungsnotwendige Standorte werden weiter alimentiert, statt dass man das knappe Geld dorthin steuert, wo wirklich bedarfsnotwendige und qualitativ hochwertige Versorgung stattfindet.

Kurz gesagt: Wieder eine Reform, bei der man als Tiger gesprungen und noch nicht einmal als Bettvorleger gelandet ist. In der Konsequenz bedeutet das: Wieder eine Chance vertan, die Krankenhauslandschaft bedarfsgerecht aufzustellen und die sich immer schneller drehende Kostenspirale im Krankenhaussektor zu stoppen. In der Schule sagt man: Thema verfehlt, setzen, sechs. Aber dies scheint das Grundprinzip deutscher Politik zu sein: Aus Angst vor dem Wählervotum auf wirklich notwendige und tiefgreifende Reformen zu verzichten, die Verantwortung auf morgen zu verschieben und, zur Beruhigung der Gemüter, die Umverteilung sprudeln lassen.

Wohl auch um dem offensichtlichen politischen Hin und Her wie bei der Krankenhausreform vorzubeugen, schiebt die Bundesregierung die Verantwortung in diverse Kommissionen, die mit der Erarbeitung von Vorschlägen für weitere Reformvorhaben beauftragt wurden. Dabei geht es bekanntermaßen um die ganz großen Themen: Alterssicherung, Pflege, die Zukunft unseres Sozialstaats im Allgemeinen. Die Bund-Länder-AG zur Pflegereform hat ihren Abschlussbericht bereits im Dezember 2025 vorgelegt. Die Reaktionen waren durchwachsen. Von einem „Register der Ratlosigkeit“ war da unter anderem die Rede, von „bitterer Enttäuschung“ und einem „unverbindlichen Sammelsurium“ an Vorschlägen. Auch der Bundeskanzler äußerte seinen Unmut. Mehr Substanz erhoffen wir uns von der Arbeit der Kommission zur Reform der GKV-Finanzierung. Das erste Arbeitspaket mit kurzfristig wirksamen Maßnahmen soll Ende März vorliegen, ein zweites mit langfristigen strukturellen Reformvorschlägen soll Ende des Jahres folgen.

Am 8. Januar fand ein Fach- und Expertengespräch der Kommission statt, zu dem auch die KBV geladen war. Wir haben eine Reihe an Vorschlägen unterbreitet, von der Streichung sämtlicher versicherungsfremder Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – mit einem potenziellen Einsparvolumen von bis zu 45 Milliarden Euro, wie schnell wären damit viele Probleme gelöst – bis hin zu kleineren Maßnahmen. Letztere generieren jede für sich vielleicht keine riesigen Beträge, würden in der Summe aber durchaus zu einer Entlastung führen. Die Politik wird die Themen, die offen auf dem Tisch liegen, nicht adressieren. Warum den Sozialstaat reformieren, wenn bei den Vertragsärzten vielleicht doch noch Geld einzusparen ist?

In dieser Logik scheint auch das Thema der versicherungsfremden Leistungen ein Tabu zu sein. Es ist der Elefant im Raum, aber außer Carsten Linnemann will offensichtlich niemand an diesen Sachverhalt ran. Die meisten gesetzlich Versicherten glauben vielleicht tatsächlich, dass die Beiträge deshalb so hoch sind, weil die ambulante Versorgung so teuer ist – weit gefehlt. Neben den absurd hohen Kosten für Krankenhäuser und ständig steigenden Medikamentenausgaben sind es genau diese versicherungsfremden Leistungen, die mit bis zu 45 Milliarden nicht gegenfinanzierten Leistungen fast so viel Geld kosten, wie die gesamte haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Versorgung. Würden diese Leistungen unseres fast fetischhaft geliebten Sozialstaates korrekt finanziert, könnte der Beitragssatz um circa 2,5 Prozentpunkte gesenkt werden – selbst dann, wenn wir weiter munter mehr als 100 Milliarden Euro für unsere Krankenhauslandschaft verbrennen.

Sie alle wissen es: Der ambulante Bereich gehört nicht zu den Kostentreibern in der GKV, 97 Prozent der Behandlungsfälle werden für sechzehn Prozent der Ausgaben versorgt. Gleichwohl gibt es sicher auch hier Effizienzmöglichkeiten. Allerdings keine Einsparpotenziale, wie die Krankenkassen es sich vorstellen, zum Beispiel durch erneute Budgetierung der gerade erst entbudgetierten Haus- und Kinderärzte. Solche pauschale Kürzungsfantasien nach der Rasenmäher-Methode lehnen wir entschieden ab, ganz gleich, ob bei haus- oder fachärztlichen Leistungen oder – einer der jüngsten Vorstöße des GKV-Spitzenverbandes – bei der Psychotherapie!

Es ist schon eine spezielle Denkweise der Krankenkassen und einiger politischer Geisterfahrer, der man mit gesundem Menschenverstand nur noch schwer folgen kann: Auf der einen Seite betont der GKV-Spitzenverband bei jeder Gelegenheit vollmundig, man dürfe nicht „auf Kosten der Versicherten sparen“. Aber nichts anderes tut er, wenn er gleichzeitig fordert, die Entbudgetierung bei Haus- und Kinderärzten zurückzunehmen oder die extrabudgetäre Vergütung für durch Hausärztinnen und Hausärzte vermittelte Facharzttermine wieder abzuschaffen. Völlig abstrus wird es, wenn im gleichen Atemzug mehr Termine gefordert werden.

Noch mehr kostenlose Arbeit in den Praxen, für insgesamt weniger Geld – das ist das „Sparkonzept“ der Krankenkassen. 40 Millionen nicht bezahlte fachärztliche Termine jährlich reichen den Krankenkassen wohl noch lange nicht aus.

Noch einmal für alle Politikerinnen und Politiker zur Erinnerung: Allein im Zeitraum 2019 bis 2024 haben die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wegen der Budgetierung Leistungen im Wert von über elf Milliarden Euro nicht bezahlt bekommen. Die Auszahlungsquote ist in dieser Zeit gesunken, das heißt, der Effekt der Budgetierung hat sich verschärft. Derzeit werden rund 40 Millionen fachärztliche Termine im Jahr nicht vergütet. Deshalb ist und bleibt die sogenannte „Doppelvergütung“ für Fachärzte beim Hausarztvermittlungsfall eine Mär – diese Regelung tut nicht mehr und nicht weniger, als dass sie der fachärztlichen Praxis garantiert, überhaupt den vollen Preis für die entsprechenden Leistungen zu bekommen.

Die Streichung des Hausarztvermittlungsfall würde maximal 300 bis 400 Millionen Euro einsparen. Und diese Summe soll, zumindest nach Lesart der Krankenkassen und der SPD, entscheidend sein, um die Kassen vor dem Sturz in den finanziellen Orkus zu retten? Das verwundert schon, denn auf der anderen Seite scheint es kein Problem zu sein, die Ausgaben im Krankenhaussektor ungebremst laufen zu lassen und den Apotheken eine Milliarde Euro zusätzliches Honorar beim Packungsfixum zu kredenzen.

Gleichzeitig geben die Krankenkassen fast 1,8 Milliarden Euro jedes Jahr für sogenannte Satzungs- und Ermessensleistungen aus, die letzten Endes nichts anderes sind als Marketinginstrumente, um Mitglieder zu werben. Zwischen 2013 und 2024 sind diese Ausgaben um 94 Prozent gestiegen. Das scheint aber völlig okay zu sein und sowohl die Kassen als auch die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU wehren sofort ab, wenn man vorschlägt, hier zu sparen. Das ginge nun gar nicht und überhaupt wären das ja bei über 300 Milliarden Ausgaben nur Peanuts.

Mit anderen Worten: Für reguläre Behandlungen, die allen Versicherten zustehen, und dafür, Ärzte und Psychotherapeuten für diese Behandlungen angemessen zu bezahlen, ist angeblich kein Geld mehr da – für Yogakurse und Zuckerkügelchen aber schon? Das ist fast so, als würden die Kassenvertreter mit dem Hut vor sich auf der Straße sitzen, während sie hinterm Haus Freibier ausschenken. Liebe Krankenkassen, nicht nur bei den Olympischen Spielen gilt: Kür ohne Pflicht – das geht nicht!

Und in diesem Sinne gilt es, die Debatte zu führen: Was ist unverzichtbar und was ist „nice to have“? Sind „schnelle“ Termine wichtiger oder notwendige Termine? Sind ein gefühltes Behandlungsbedürfnis oder medizinischer Bedarf entscheidend? Ist es wichtiger, dass Krankenkassen ärztliche Regelleistungen bezahlen oder die Reiseschutzimpfung für den Safari-Urlaub? Ich meine, die Antworten liegen auf der Hand.

Unsere klare Forderung, auch im Hinblick auf ein künftiges Primärarztmodell, lautet: Eine „Termingarantie“ funktioniert nicht ohne Vergütungsgarantie! Nimmt die Politik die zu Recht geschaffenen Anreize für noch mehr Termine wieder zurück, führt dies das Vorhaben einer sinnvollen Patientensteuerung ad absurdum.

Apropos Steuerung: Im Zuge des Krankenhausreform-Anpassungsgesetzes (KHAG) gab es einen Änderungsantrag, laut dem die Wartezeit auf einen radiologischen Behandlungstermin künftig maximal vier Wochen betragen dürfe, im Falle einer Vermittlung durch die Terminservicestelle (TSS) maximal drei Wochen. Soweit die politische Forderung. Und jetzt zu den Fakten: Im Jahr 2025 haben bereits rund 94 Prozent aller Versicherten, die einen radiologischen Termin über die TSS vermittelt bekamen, diesen innerhalb von drei Wochen erhalten; 97 Prozent bekamen einen Termin innerhalb von vier Wochen. Die durchschnittliche Wartezeit zwischen der Buchung eines Termins und der Behandlung betrug sieben Tage. Der Änderungsantrag zum KHAG will somit etwas regeln, das längst funktioniert. Darüber hinaus nimmt er Überlegungen der Bundesregierung für ein verpflichtendes Primärarztsystem vorweg und greift eine Fachgruppe gesondert heraus. Mit anderen Worten: Eine solche gesetzliche Regelung ist inhaltlich überflüssig und systematisch fragwürdig und zeigt sehr deutlich, dass diejenigen, die diesen Antrag eingebracht haben, keine Ahnung von der Versorgungsrealität haben.

Was dadurch leider auch immer deutlicher wird, ist, dass es etlichen politischen Akteuren nicht nur an Sachkenntnis mangelt, sondern ihnen die ambulante Versorgung völlig egal ist. Am Ende des Tages wird der ambulante Sektor als der Sektor identifiziert, bei dem Kürzungen möglich und sinnvoll seien, vielleicht weil man glaubt, die Kolleginnen und Kollegen schlucken auch diesen Affront und machen fröhlich weiter, mit mehr Patienten, schnelleren Terminen und weniger Geld. Vielleicht ist es an der Zeit deutlich zu machen, dass so keine Wahlen zu gewinnen sind.

Damit komme ich zu einem weiteren wichtigen Vorhaben der schwarz-roten Koalition: der primärärztlichen Versorgung. Wie Sie wissen, spricht das BMG neuerdings nur noch von einer Primärversorgung, zu der Ärztinnen und Ärzte dem Anschein nach nur noch einen Teil beitragen. Wo hier die Denkfehler aus unserer Sicht liegen, werden Stephan Hofmeister und Sibylle Steiner gleich noch vertiefen. Auf jeden Fall hat das BMG den sogenannten Fachdialog zur Primärversorgung Ende Januar offiziell begonnen. Nach dem Auftaktgespräch am 27. Januar folgen weitere Fachgespräche, und zwar zu den Themen „Digitale Elemente“, „Sicherstellung“ sowie „Zugang zur Versorgung und Hausarztzentrierte Versorgung“. Das erste Fachgespräch zum Schwerpunkt „Digitale Elemente des Primärversorgungssystems“ hat bereits stattgefunden. Dazu nur so viel von meiner Seite: Eine digitale Unterstützung in Sachen Steuerung ist gut und notwendig – was wir jedoch nicht wollen, ist ein digitaler Schlagbaum vor der primärärztlichen Praxis. Es ist gerade der niedrigschwellige Direktzugang zu Ärztinnen und Ärzten, der unser Gesundheitssystem auszeichnet. Hier gewisse Leitplanken einzuziehen, ist richtig im Sinne eines besseren Ressourceneinsatzes und einer zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten. Was wir jedoch nicht wollen, ist, dass eine Software oder eine KI zuerst eine Art Passierschein ausstellen muss, damit die Menschen überhaupt eine ärztliche Versorgung erhalten.

Aber möglicherweise haben die Gesundheitspolitiker in Teilen auch gar kein Interesse mehr an ambulanter Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Wie viel besser geht das alles doch mit Laienmedizin in Apotheken und Discountern und den Rest macht die Community Health Nurse mit freundlicher Unterstützung der KI im digitalen Vorzeigeland Deutschland. Vielleicht ist es an der Zeit, den Menschen in unserem Land auch deutlich zu machen, dass sie mit ihren weiter steigenden Beiträgen unseren überblähten Sozialstaat finanzieren und nicht die Arbeit der Kolleginnen und Kollegen in der ambulanten Versorgung.

Das bringt mich zum Schluss gedanklich noch einmal nach China. Dort kann die KI nicht nur Roboter bei einer Roboter-Olympiade antreten lassen – auch wenn sie ab und zu noch einfach umfallen. Immer mehr Menschen erhalten dort ihr komplettes Gesundheitsmanagement mittlerweile über KI-Apps und entsprechende Plattformen – besonders in Regionen, wo es faktisch keine ärztliche Versorgung gibt. Ärztliche Versorgung wird in China konsequent monetarisiert und ist etwas, was sich nur noch Besserverdienende leisten können, der Rest kann froh sein, wenn es einen Roboter gibt. So weit ist es bei uns noch nicht, aber ich sehe im Augenblick nicht, dass es nachhaltige Ansätze gibt, die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in ihrer Wohnortnähe zu erhalten und zu stabilisieren. Dazu fehlen offensichtlich das Problembewusstsein und der politische Wille.

Vielleicht gelingt ja zumindest endlich die Einführung einer Zuckersteuer, wie sie andere EU-Länder seit Jahren erfolgreich haben, und am besten gleich noch eine Erhöhung der Tabak- und Alkoholsteuer. Diese

Gelder sollten dann aber zielgerichtet in Prävention und Gesundheitsversorgung fließen und nicht wie die bisherigen 18 Milliarden Alkohol- und Tabaksteuer in den allgemeinen Bundeshaushalt, was letztlich nichts anderes ist als eine nette Umschreibung für Sozialleistungen. Festzuhalten bleibt: Bis Ende 2026 hat Bundeskanzler Merz wörtlich „Klarheit“ in den großen Reformfragen zur Rente, Pflege und Krankenversicherung angekündigt. Das ist so ambitioniert wie notwendig.

Gesundheitspolitik entscheidet sich nicht in Überschriften, sondern in Finanzierungslogiken, Anreizsystemen und Zuständigkeiten. Wenn wir weiter Milliarden in nicht effiziente Strukturen lenken, dann verschieben wir die Probleme nur, aber lösen sie nicht. 97 Prozent aller Behandlungsfälle versorgen wir im ambulanten Bereich, mit rund 16 Prozent der GKV-Ausgaben. Wer ernsthaft über Wirtschaftlichkeit spricht, muss dort ansetzen, wo Mittel falsch gebunden werden, nicht dort, wo Effizienz längst Realität ist. Eine Primärversorgung kann nur funktionieren, wenn sie ärztlich verantwortet ist. Eine Termingarantie funktioniert nur mit einer Vergütungsgarantie. Digitalisierung funktioniert nur mit stabiler Infrastruktur; sie ist ein Unterstützungsinstrument für ärztliche Versorgung und kein Ersatz. Und Steuerung funktioniert schließlich nur, wenn sie Versorgungsrealität respektiert. Gesundheitspolitik braucht Ehrlichkeit. Unsere Vorschläge liegen auf dem Tisch. Die Daten sprechen eine eindeutige Sprache. Jetzt braucht es politische Konsequenz.

Es muss nicht gleich der ganz große Sprung sein, man kann auch mit kleineren Schritten ans Ziel kommen. Loslaufen muss man aber schon und idealerweise in die richtige Richtung. Aktuell fühlt man sich allerdings eher an den „Lauf der Orientierungslosen“ von Monty Python erinnert.