



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

BERICHT AN DIE VERTRETERVERSAMMLUNG 6. MÄRZ 2026: 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,

willkommen auch von meiner Seite zur ersten KBV-Vertreterversammlung 2026. Bevor ich zu „unseren“ Themen komme, lassen Sie mich kurz ein paar allgemeine Worte sagen. Vor vier Jahren hat Putin die Ukraine überfallen und ein Ende des Krieges und des Leids der Menschen dort ist nicht in Sicht. Nun gibt es einen weiteren Krieg im Nahen Osten, der zwar weiter weg erscheint, der aber nicht nur die Menschen in der Region auf schreckliche Weise trifft, sondern definitiv auch Folgen für den Rest der Welt haben wird, deren Ausmaß wir noch nicht kennen. Angesichts all dessen kann man sich fragen, ob die Probleme, die wir hierzulande beklagen, wirklich so groß sind, wie wir meinen. Man könnte aber auch sagen: Gerade deshalb müssen wir endlich die Dinge geregelt kriegen, die in der Hand dieses Landes und unserer Regierung sowie unseres Parlaments liegen. Wir haben zunehmend kein Erkenntnisproblem – wir haben eher einen Entscheidungs- und Handlungsstau.

Vorige Woche gab es im Deutschen Bundestag einen Staatsakt zu Ehren der verstorbenen ehemaligen Bundesgesundheits- und Familienministerin sowie Präsidentin des Deutschen Bundestages, Frau Prof. Dr. Rita Süssmuth. In seiner dortigen Rede sagte Bundeskanzler Friedrich Merz, dass „demokratische Politik eine Fortschrittsverantwortung in sich trägt, dass in dieser Verantwortung Freude liegen kann, auch wenn sie Arbeit bedeutet und auch wenn es oft Mut erfordert“. Tatsächlich ist es diese „Fortschrittsverantwortung“ und ja, auch der nötige Mut, der zu fehlen scheint. Wenn ich zurückblicke, stelle ich fest: Was ich zu Beginn meiner Rede bei der Vertreterversammlung im Dezember gesagt habe, gilt immer noch. Die schwarz-rote Bundesregierung tut sich nach wie vor schwer, ihr eigenes Motto „Wir müssen liefern“ in die Tat umzusetzen. Stattdessen betreiben die Koalitionäre öffentliche Ping-Pong-Spiele mit Vorschlägen und Gegenvorschlägen, dazwischen kommen immer wieder Querschläger mit unabgestimmten Ideen, statt endlich den Ball gemeinsam übers Netz zu schlagen.

Wenn es eine Sache gibt, bei der in der Gesellschaft und über Parteigrenzen hinweg Einigkeit besteht, dann ist es doch dies: Alle sagen „Wir brauchen große und echte Reformen, um unsere Sozialsysteme, unsere Wirtschaft und unser ganzes Land zukunftsfest zu machen“. Aber wenn es zum Schwur kommt, rennen die Truppen auseinander und heraus kommen am Ende immer wieder Kompromisse, die den zähen Geist alter Ideologien atmen. Was wir brauchen, ist Mut zu Entscheidungen, auch zu solchen, die nicht allen gefallen.

Andreas Gassen hat den aus unserer Sicht verunglückten „Kompromiss“ zum Krankenhausreform-Anpassungsgesetz angesprochen. Was macht das nun mit der Notfallreform? Wie sollen die Strukturen hier nachhaltig geplant werden, wenn wir wohl noch über Jahre hinaus keine Klarheit über künftige Krankenhausstandorte und deren Leistungsspektrum haben? Immerhin: Nachdem der Gesetzentwurf zur Notfallreform jetzt schon seit mehreren Legislaturen durchgekauert wird, soll er nun Ende März zur Befassung ins Kabinett.

Zur Erinnerung: Kernziel der Reform ist, ich zitiere aus der jüngsten Vorhabenplanung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), eine „gezielte Patientensteuerung in die bedarfsnotwendige Versorgungsebene durch verlässliche sektorenübergreifende Vernetzung aller Leistungserbringer“. Doch es scheint eher das Gegenteil der Fall: Statt eben jener gezielten Steuerung werden Parallelstrukturen etabliert. Eine bessere Vernetzung soll zwar in der Tat erfolgen – etwa der 116117 mit der 112 – aber die fehlende Harmonisierung unterschiedlicher Ersteinschätzungssysteme dürfte eine stringente Steuerung ebenfalls erschweren.

Einer der wesentlichen Kritikpunkte aus unserer Sicht ist in dem derzeitigen Entwurf unverändert enthalten, nämlich die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), rund um die Uhr, also während der Praxisöffnungszeiten, telemedizinische Beratung sowie einen Hausbesuchsdienst vorzuhalten. Mit anderen Worten: ein bewusster Aufbau unwirtschaftlicher Doppelstrukturen parallel zur Regelversorgung. Auf der einen Seite will die Politik die Wartezeiten verkürzen und fordert noch mehr Termine für die Versicherten. Gleichzeitig sollen ebenjene Ärztinnen und Ärzte, die diese Termine zur Verfügung stellen, tagsüber ihre Praxen verlassen und zusätzliche Hausbesuchsdienste fahren oder vor dem Rechner sitzen und Telemedizin anbieten. Das überschreitet die bisherigen gesetzlichen Vorgaben zum Bereitschaftsdienst bei Weitem, der ja bewusst als Dienst „außerhalb der Sprechzeiten“ für dringenden Bedarfe angelegt ist und eben nicht als „Lieferando“ für ärztliche Leistungen. Wir leben nicht in Lappland

oder im australischen Outback, für Dreiviertel der Bevölkerung hierzulande ist die nächste hausärztliche Praxis maximal einen Kilometer entfernt – und damit übrigens näher als die nächstgelegene Apotheke.

Abgesehen davon, dass wir weder den Bedarf noch das Personal haben, um die Wünsche nach einer mehrgleisigen 24/7-Parallelversorgung zu erfüllen, stellen sich auch finanzielle Fragen. Die Finanzierung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in seiner jetzigen Form geschieht regional häufig über einen Vorwegabzug bei der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Wenn hierfür künftig mehr Geld aufgewendet werden muss, um die Vorgaben zu erfüllen, schrumpft die Summe, die für die ärztlichen und psychotherapeutischen Honorare zur Verfügung steht. Sprich, die Mitglieder der KVen werden am Ende in mehrfacher Hinsicht belastet, und das kann nicht sein.

Unterstützt wird unsere Kritik an der Notfallreform in wesentlichen Aspekten von einer Institution, die einer Parteinahme für das KV-System ansonsten unverdächtig ist, nämlich vom Bundesrechnungshof. Dessen Einwände decken sich in zentralen Punkten mit den unsrigen. Auch der Bundesrechnungshof sieht in der bisherigen Ausgestaltung der Reform ein erhebliches Risiko für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung, insbesondere aufgrund des massiven zusätzlichen Personalbedarfs, welcher den bereits jetzt bestehenden Fachkräftemangel ausblendet. Der Gesetzentwurf enthalte keine belastbaren Konzepte, wie dieser Mehrbedarf kurz- und mittelfristig gedeckt werden soll. Des Weiteren kritisiert der Bundesrechnungshof die fehlende Steuerung von Patientinnen und Patienten, indem diese künftig Integrierte Notfallzentren (INZ), Krankenhäuser und Praxen parallel aufsuchen können. Ein weiterer Kritikpunkt, den wir teilen, ist der hohe bürokratische Aufwand durch zahlreiche untergesetzliche Regelungen, neue Gremien, Kooperationsvereinbarungen und enge Fristen, die nicht ausreichend aufeinander abgestimmt sind. Und schließlich bemängeln die Staatsprüfer die fehlende Wirtschaftlichkeit, insbesondere bei der Anzahl und Standortwahl von INZ, und warnen vor ineffizienten Doppelstrukturen, die Ressourcen der ambulanten Versorgung binden, ohne die Patientensteuerung wirksam zu verbessern.

Der Bürokratieabbau war ja eigentlich eines der großen Ziele, welche diese Bundesregierung sich auf die Fahne geschrieben hatte. Nach dem Motto „steter Tropfen höhlt den Stein“ haben wir als KBV unseren Katalog mit Vorschlägen für eine schnelle und aufwandsarme bürokratische Entlastung der Praxen wieder einmal aktualisiert und mit konkreten Zahlen zu potenziellen Kosteneinsparungen unterfüttert. Den als Broschüre gestalteten Katalog sowie einen „One Pager“ mit zentralen Kennzahlen erhalten Sie heute. Mehr Hilfestellung kann man der Politik nun wirklich nicht geben. Dabei geht es nicht nur um Geld – auch wenn man in der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte schnell diesen Eindruck bekommen kann. Entbürokratisierung dient auch und vor allem dazu, Ressourcen in Sachen Arbeitszeit zu heben – und zwar sowohl bei Ärztinnen und Ärzten als auch beim Praxispersonal.

Wenig Freude machen die Verhandlungen zur Ausgestaltung der Versorgungspauschale für chronisch Kranke mit „geringem Betreuungsbedarf“. Die Systematik der Abrechnung soll sich ändern – weg von der Quartalslogik –, aber nur in diesem eng umgrenzten Versorgungsbereich und ohne, dass dies zu Mehr- oder Minderausgaben führt. Gleichzeitig ist eine belastbare Bindung der Patienten an die neuen Regelungen im Gesetz nicht vorgesehen. Auch ist die Definitionshoheit über einen „geringen Betreuungsbedarf“, der, wie wir als Ärztinnen und Ärzte wissen, nicht alleine von einer Diagnose abhängt, strittig.

Ursache für diese Umstände sind die – von uns im Vorfeld deutlich kritisierten! – Formulierungen im Gesetz. Unsere konkreten und konstruktiven Vorschläge im Vorfeld wurden nicht aufgenommen und so haben wir in der gemeinsamen Selbstverwaltung, wieder einmal, die wenig dankbare Aufgabe, dessen negative Auswirkungen auf die Versorgung möglichst gering zu halten.

Das bringt mich zum nächsten Thema, der primärärztlichen Versorgung, im politischen Raum nur noch Primärversorgung genannt. Wie Andreas Gassen bereits dargestellt hat, ist der offizielle Startschuss für die konzeptionelle Arbeit hieran mittlerweile erfolgt. Gleichzeitig bremste Ministerin Warken schnelle zeitliche Erwartungen und kündigte an, dass nicht vor 2028 mit der konkreten Umsetzung zu rechnen sei. Allerdings ist im darauffolgenden Jahr schon wieder Bundestagswahl. Ob die Regierungskoalition dann noch den Mut haben wird, ein Vorhaben umzusetzen, das den Bürgerinnen und Bürgern und damit der Wählerschaft die eine oder andere Verhaltensänderung abverlangen wird?

Wie dem auch sei: Ich halte an der Terminologie der „primärärztlichen Versorgung“ fest. Noch gilt in Deutschland die Prämisse, dass Bürgerinnen und Bürger sich mit einer Erkrankung direkt an ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt wenden können. Wenn die Politik das ändern will, muss sie es den Wählerinnen und Wählern klar kommunizieren. Nicht nur, aber auch deshalb sprechen wir uns, entgegen teilweise anders lautender Berichte, nicht für das Prinzip „immer digital first“ aus, wie es aus Teilen von Krankenkassen und der Politik inzwischen immer häufiger vorgeschlagen wird.

Wir haben bereits in unserem Konzept zur primärärztlichen Versorgung die unmittelbare Anbindung der oder des Versicherten an eine Praxis und dementsprechenden persönlichen Kontakt und Beratung als Königsweg herausgestellt. Nur wenn eine solche persönliche Anbindung nicht gegeben ist sowie außerhalb der Sprechzeiten in Akut- und Notfällen soll eine Vermittlung beziehungsweise Steuerung auch über digitale Zugangswege wie die 116117 helfen – also gewissermaßen als belastbare Default-Lösung. Hier wird dann neben der Dringlichkeit auch die zum aktuellen Bedarf der Patienten die für den Ort und die Zeit passende Versorgungsstruktur ausgewiesen. Ein Ergebnis einer solchen Ersteinschätzung kann dann in Zukunft auch sein, dass es keinen aktuellen ärztlichen Behandlungsbedarf gibt. Um es klar zu sagen: Der direkte Zugang zu einer primärärztlichen Versorgung muss für alle Menschen gewährleistet bleiben! Wir lassen uns nichts anderes in den Mund legen.

In diesem Sinne möchte ich auch davor warnen, Steuerung als eine Art „Arztverhinderungstool“ misszuverstehen beziehungsweise missbrauchen zu wollen. Dergleichen darf nicht das Ziel sein. Im Gegenteil: Eine bessere Steuerung soll es ermöglichen, dass alle Patientinnen und Patienten ärztliche Versorgung ihrem medizinischen Bedarf entsprechend in Anspruch nehmen können – und nicht diejenigen einen Vorteil haben, denen es gelingt, die derzeitige Offenheit des Systems am besten für ihre persönlichen Bedürfnisse zu nutzen.

Sibylle Steiner wird gleich auf die digitalen Aspekte einer Patientensteuerung näher eingehen. Lassen Sie mich aber auf eine Aussage eingehen, die derzeit oft aus dem BMG zu hören ist. Nämlich, dass die elektronische Patientenakte (ePA) zum „zentralen Dreh- und Angelpunkt“ für Versorgung werden solle. Zugespitzt könnte man also sagen: Aus der „ePA für alle“ soll nun die „ePA für alles“ werden. Gerade viele Niedergelassene dürften sich da verwundert die Augen reiben. Um es deutlich zu sagen: So lange die ePA ist, wie sie ist – und wir werden gleich mehr über die Erfahrungen der Praxen hören – sprich, solange sie versichertengeführt, kompliziert in der Handhabung, inhaltlich fragmentarisch und technisch nicht zuverlässig ist, solange kann die ePA auch kein „Dreh- und Angelpunkt“ für Versorgung sein. Hier brauchen wir andere digitale Möglichkeiten, und zwar solche, die in ärztlicher Hand liegen. Dafür setzen wir uns als KV-System ein und hierfür haben wir konkrete Vorschläge.

Nicht darauf zu warten, dass andere endlich liefern – das gilt auch für die Notwendigkeit, das Gesundheitswesen auf Krisen und unerwünschte Ereignisse vorzubereiten. Auf der Münchener Sicherheitskonferenz sagte Ministerin Nina Warken, ein resilientes Gesundheitswesen sei kein Luxus, sondern eine sicherheitspolitische Notwendigkeit, hier habe man, eine „offene Flanke“. Das Bewusstsein hierfür ist in den vergangenen Monaten gestiegen, trotzdem gibt es noch viel zu tun und auch gesetzlich zu regeln. Seit Corona ist nichts passiert. Das Gesundheitssicherstellungsgesetz soll noch in diesem Sommer kommen. Die Federführung liegt beim BMG.

Auch wir als KV-System befassen uns mit der Thematik. Nach einem Treffen auf Vorstandsebene Ende letzten Jahres haben wir Arbeitsgruppen zu verschiedenen Fragestellungen eingerichtet, ein weiteres Treffen auf Vorstandsebene ist geplant. Dabei geht es nicht um eine „Militarisierung“ des Gesundheitswesens, wie manch einer behauptet. Es geht nicht um eine „Verbunkerung“ der Praxen oder darum, Angst zu schüren. Fakt ist aber: Ein Großteil der medizinischen Versorgung in Deutschland findet in den Praxen statt, und das wird auch in einer größeren Krise so bleiben beziehungsweise sogar zunehmen und ist unverzichtbar. Deshalb müssen wir uns zumindest gedanklich vorbereiten. Das gilt für Maßnahmen, welche die Praxen selbst ergreifen können, bis hin zu KV-internen Abläufen und der Kommunikation mit anderen Akteuren, sei es auf kommunaler, Landes- oder Bundesebene. Hierfür tauschen wir uns aus und arbeiten an Konzepten zum Erhalt ebendieser Leistungsfähigkeit auch in einer Krise. Und dies nicht nur wegen der geopolitisch unberechenbaren Zeiten, in denen wir uns befinden, sondern auch im Sinne der

allgemeinen Versorgungssicherheit. Dazu gehört allerdings unbedingt auch, aufzuzeigen, was wir als KV-System und die Praxen selbst nicht leisten können und wo unsere Grenzen sind!

Auch auf EU-Ebene ist die Resilienz – oder „Preparedness“, wie es dort heißt – ein wichtiges Thema. Von den Dingen, die uns in Brüssel derzeit beschäftigen, will ich heute jedoch nur zwei kurz herausgreifen, die große Befürchtungen geweckt haben, bei denen es mittlerweile jedoch positive Entwicklungen gibt.

Vor dem Hintergrund der sogenannten E-Evidence-Verordnung, die es Behörden grenzüberschreitend ermöglichen soll, bei Ermittlungen auf gespeicherte Daten zuzugreifen, bedarf es einer Anpassung der deutschen Rechtslage. Zwar greift, bezogen auf die Daten in den Praxen, das ärztliche und psychotherapeutische Zeugnisverweigerungsrecht. Bei der elektronischen Patientenakte könnten Ermittlungsbehörden jedoch den Umweg über die Krankenkassen gehen, da diese als Diensteanbieter nicht dem Zeugnisverweigerungsrecht unterliegen. Hier haben wir uns für eine rechtliche Präzisierung eingesetzt, wonach der Beschlagnahmeschutz grundsätzlich auch für Inhalte der ePA gelten muss. Das Bundesjustizministerium hat nun eine solche Klarstellung und einen konkreten Regelungsvorschlag nach der Strafprozessordnung zugesagt. Das ist eine wichtige Maßnahme zur Sicherung des Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzten beziehungsweise Psychotherapeuten und deren Patienten.

Letzteres scheint auch an anderer Stelle in Gefahr: Das Bundesinnenministerium arbeitet derzeit an einem Gesetz zur Stärkung der Cybersicherheit. Hierbei geht es auch um verdeckte Ermittlungsmaßnahmen, bei denen aus unserer Sicht die Gefahr besteht, dass der Schutz der ärztlichen Schweigepflicht nicht ausreichend gewahrt bleibt. Auch hier werden wir fordern, den Schutz zeugnisverweigerungsberechtigter Personen zu berücksichtigen und entsprechend klar zu regeln.

Auch beim zweiten Thema, dass uns europäische Akteure beschert haben, ist zumindest ein Etappensieg zu verzeichnen. Dieser betrifft die drohende Einstufung von Ethanol als Substanz der höchsten Gefahrenstufe. Die KBV setzt sich intensiv dafür ein, Ethanol als Hand- und Flächendesinfektionsmittel zu erhalten. Der Biozidprodukte-Ausschuss der Europäischen Chemikalienagentur (ECHA) hat nun Ende Februar ein positives Votum hinsichtlich der weiteren Genehmigung von Ethanol als Wirkstoff in Desinfektionsmitteln abgegeben. Nun ist die EU-Kommission am Zug. Wir hoffen, dass auch sie auf dieser Basis eine vernünftige Entscheidung trifft und wir bei diesem für die Versorgung so wichtigen Thema vollständige Entwarnung geben können.

Ich komme zum Schluss. In den kommenden Wochen sollen viele der anstehenden Reformen konkretere Gestalt annehmen, sofern das BMG seine Ankündigungen wahr macht. Dazu sagte Ministerin Warken kürzlich in einem Interview, alle Akteure müssten bereit sein, sich zu bewegen und „sich für Neues zu öffnen“. Dem wollen und werden wir uns nicht verschließen. Aber allein die Tatsache, dass etwas neu ist, ist noch kein Qualitätskriterium. Das mussten wir gerade in der jüngeren Zeit immer wieder feststellen. Deshalb werden wir weiter sehr genau hinsehen und auf Herz und Nieren prüfen, was man uns vorlegt. Und wir werden nicht nachlassen, uns mit eigenen Konzepten und Maßnahmen einzubringen. Denn wir als KV-System stellen uns der eingangs zitierten „Fortschrittsverantwortung“.

Vielen Dank.