



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

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

REDE VON DR. SIBYLLE STEINER
MITGLIED DES VORSTANDS

ES GILT DAS
GESPROCHENE WORT

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

wir hören dieser Tage viel darüber, dass die Zukunft der Gesundheitsversorgung von notwendigen Sparmaßnahmen und echten Strukturreformen abhängig sei. Immer neue Vorschläge werden mit teils großem Getöse diskutiert – und manchmal auch gleich wieder verworfen. Nahezu völlig übersehen wird dabei, was jeden Tag geräuschlos und mit hoher Qualität stattfindet: Die Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Arzt- und Psychotherapeutenpraxen. Die Praxen tragen den Hauptanteil der medizinischen Versorgung in diesem Land – leistungstark, aber auch still und leise.

Denn hinter jedem Erstkontakt, jeder langjährigen Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten und auch jeder Dokumentation steht Arbeit, die in keiner Statistik vollständig abgebildet sein kann. Es ist Arbeit, die wie selbstverständlich wirkt, weil Vertragsärzte und -psychotherapeuten sie professionell, zuverlässig und geräuschlos erbringen. Doch sie ist angesichts sich stetig verschlechternder Rahmenbedingungen alles andere als selbstverständlich.

Neben der medizinischen Verantwortung für Patientinnen und Patienten wächst seit Jahren eine weitere Ebene von Anforderungen überproportional: der Aufwand, der durch neue gesetzliche Pflichten, bürokratische Vorgaben, mittelmäßig bis gar nicht funktionierende digitale Anwendungen und durch von einer Misstrauenskultur geprägte Wirtschaftlichkeitsprüfungen entsteht. Und genau deshalb löst der laute Ruf nach Strukturreformen auch die Sorge aus, dass der bürokratische Aufwand weiter zunimmt, die Technik mit dem Reformwillen aber nicht mithält. Reformwillen und den Mut zu Reformen, den haben wir!

Aber wir verkennen dabei nicht die Realität. Denn in der Realität hält die Technik schon den jetzigen Versorgungsstrukturen nicht stand: Wir haben erhebliche Mehrarbeit durch Medienbrüche, Störungen der Telematikinfrastruktur (TI) sind an der Tagesordnung, elektronische Ausweise werden ausgegeben – und gleich wieder eingesammelt.

Die Hersteller-Hotlines sind völlig überlastet, die Krankenhäuser schicken Faxe und ganz beiläufig werden Tausende von elektronischen Patientenakten (ePA) gelöscht. Das alles führt zu unsichtbarer Mehrarbeit, die die Teams in den Praxen jeden Tag zusätzlich belastet. Die Mehrarbeit bindet Ressourcen und kostet Zeit, aber das lässt die politische Debatte unbeeindruckt.

Wenn die Politik die Gesundheitsversorgung zukunftsfest aufstellen und, wie im Koalitionsvertrag festgehalten, die ambulante Versorgung verbessern, Personal in ärztlichen Praxen entlasten, den Zugang zu Fachärzten bedarfsgerecht und strukturierter gestalten sowie ein Primärarztsystem einführen will, muss sie diese Realität anerkennen. Nicht abstrakt, sondern konkret. Und daraus die richtigen Schlüsse ziehen. Wir können der Politik somit einen erprobten Rat geben, wie es funktionieren könnte, die richtigen Schlüsse zu ziehen. Lassen Sie mich dies an einem Beispiel veranschaulichen.

Eine Frau berichtet auf LinkedIn, wie sie nach einem Auslandsaufenthalt inklusive Langstreckenflug mit einer beidseitigen Ohrenentzündung – im Ausland bereits vorbehandelt – und ohne bisherige Anbindung an eine Praxis dringend einen Arzttermin brauchte. Sie schildert ihren Weg so: digitale Ersteinschätzung über die 116117, hohe Dringlichkeit und Vermittlungscode, noch am selben Nachmittag einen Termin in einer HNO-Praxis. In der Praxis, digitale Anamnese, ärztliche Untersuchung, Behandlung besprochen, elektronisches Rezept (eRezept) erhalten.

Dieses Beispiel zeigt, wie digitale Ersteinschätzung und Terminvermittlung professionell und reibungslos funktionieren können. Die 116117 ist heute längst nicht mehr nur eine Telefonnummer zur Terminvermittlung, mit der alles begann. Aktuelle Zahlen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung sprechen für sich: 2025 betrug die durchschnittliche Wartezeit der vermittelten Facharzttermine 8,6 Tage. Über 90 Prozent der Patientinnen und Patienten erhielten innerhalb von 28 Tagen einen Termin. Wartezeiten auf Termine in der Radiologie und Psychotherapie lagen mit durchschnittlich 7 beziehungsweise 6 Tagen sogar darunter.

Mittlerweile kennen fast 80 Prozent der Bevölkerung die 116117. Allein im vergangenen Jahr haben die KVen über die 116117 fast zwei Millionen Termine vermittelt – und das erstmals mehr digital als telefonisch. Das zeigt, wir können es, vorausgesetzt die Rahmenbedingungen stimmen.

Vor diesem Hintergrund frage ich Sie: Wäre die Gesundheitspolitik bei der Weiterentwicklung der Versorgungssteuerung nicht gut beraten, auf diese vorhandene Struktur und damit auf mehr als 10 Jahre praktische Erfahrung und Expertise des KV-Systems zu setzen? Von anderen interessierten Seiten hingegen werden mit Schlagworten wie „digitaler Versorgungseinstieg“ oder „digitales Navigationstool“ Konzepte eingebracht, die nach „Entwicklungen auf der grünen Wiese“ oder besser „grauer Theorie“ klingen und vor allem fernab der Versorgungsrealität sind.

Bleiben wir für einen Moment beim digitalen Navigationstool, das der GKV-Spitzenverband zunächst ins Spiel gebracht hat. Dieses soll Behandlungsbedarfe einschätzen, Patienten in die richtige Versorgungsebene steuern und perspektivisch sogar das Ausstellen von Folgeprescriptionen völlig ohne Arztkontakt ermöglichen. Und das Ganze über App, Website oder Telefon, bevor überhaupt ein Arzt oder eine Ärztin ins Spiel kommt.

Wir können dazu nur sagen: Wer zu seiner Hausarztpraxis geht, braucht keinen digitalen Türsteher. Und: Digitale Werkzeuge sind wichtige Hilfsmittel. Sie können aber allein keine Diagnosen stellen, Therapieentscheidungen treffen oder Verordnungen auslösen. Die medizinische Verantwortung liegt bei Ärztinnen und Psychotherapeuten und die Versorgung findet in den Praxen statt. Ein versorgungsfernes übergeordnetes Navigationstool lehnen wir ab, es ist ein Wunschtraum eines verzweifelten Krankenkassensystems.

Als KBV-KV-System sind wir die Einzigen, die beim Thema digitale Patientensteuerung nicht auf der grünen Wiese anfangen müssen. Aufbauend auf den politischen Leitplanken des Koalitionsvertrags haben wir gemeinsam in unserer Vertreterversammlung im Mai vergangenen Jahres mit unserem Positionspapier „Ambulant passgenau versorgt“ ein klares Bild davon gezeichnet, wie eine zukünftige Patientensteuerung aussehen soll: Steuerung durch Haus- und Kinderärzte sowie Gynäkologen und fallabhängig auch durch fachärztliche Bezugsärzte. Und mit den notwendigen Ausnahmen wie dem Direktzugang zu Psychotherapeuten und Augenärzten wie auch zu Leistungen der Früherkennung und zu Schutzimpfungen. Die ärztliche Praxis ist und bleibt die zentrale erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten. Und die 116117 in Verbindung mit einer medizinischen Ersteinschätzung oder elektronischen Überweisung (E-Überweisung) und mit digitaler Terminvermittlung ist ein zusätzlicher Zugang für all diejenigen sein, die nicht bereits in haus- oder auch fachärztlicher Betreuung und Behandlung sind.

Daher begrüßen wir es sehr, dass Ministerin Warken uns aufgefordert hat, eine substanzielle Weiterentwicklung der Versorgungssteuerung mittels der 116117 vorzubereiten. Wir sind bereit, unser Zielbild der 116117 weiter auszugestalten und damit in die Umsetzung zu gehen. Es geht uns darum, Elemente, die wir auf Bundes- wie auch auf KV-Ebene bereits haben, weiter auszubauen. Dazu gehören beispielsweise eine standardisierte und medizinisch fundierte Ersteinschätzung, um Patientinnen und Patienten nach Dringlichkeit und Versorgungsbedarf zu lenken, ebenso wie die Terminvermittlung und digitale Versorgungsangebote.

Wir benötigen für unsere Vorhaben aber auch neue digitale Weichenstellungen. Dazu zählen zum Beispiel die Einführung von Patientenaccounts und die Integration eines TI-Versorgungsfachdienstes für eine digitale Fallübergabe. Denn die in der Ersteinschätzung erhobenen Patienten- und Befunddaten müssen im gesamten Behandlungsverlauf verlässlich verfügbar sein. Nur so lassen sich Mehrfachanfragen, Doppeltermine und unnötige Wiederholungen vermeiden. Die Praxen brauchen außerdem praktikable Schnittstellen, damit Terminangebote aus den Praxisverwaltungssystemen (PVS) heraus bereitgestellt werden können. Und last, but not least – die Bereitstellung von fachärztlichen zeitlichen Kapazitäten für priorisierte Termine muss vollständig bezahlt werden.

Diese Weiterentwicklung kann nicht mal eben über Nacht passieren. Darum brauchen wir jetzt – über zehn Monate nach Unterzeichnung des Koalitionsvertrags – den verbindlichen politischen Auftrag und eine verbindliche Finanzierungszusage. Denn die Finanzierung der Neuausrichtung der 116117 ist ganz klar eine Aufgabe der Daseinsvorsorge. Eine Finanzierung aus der Vergütung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch die KVen lehnen wir ab. Das ist weder leistbar, noch entspricht es einem tragfähigen Reformkonzept.

Es gibt einen weiteren digitalen Bereich, in dem die Praxen allen anderen Akteuren im Gesundheitswesen weit voraus sind. Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind unverändert die Nummer eins, wenn es um

die Nutzung der ePA geht. Trotz aller nach wie vor bestehenden Unzulänglichkeiten der ePA nutzen sie über 90 Prozent der Arztpraxen. Unsere Befragung von Ende Januar, an der rund 4.500 Praxen teilgenommen haben, zeigt, dass nur etwas mehr als jede dritte Praxis mit der Umsetzung der ePA in ihrem PVS zufrieden ist. Ein Drittel der Befragten ist unzufrieden. Im Vordergrund stehen nach wie vor technische Probleme. Das heißt, die Betriebsstabilität der TI und die Umsetzungsqualität der ePA in den PVS haben noch viel Luft nach oben! Und trotz all dieser Hemmnisse machen die Praxen weiter: Mehr als 77 Millionen hochgeladene Dokumente, davon 68 Millionen Arztbriefe und Befundberichte sprechen für sich.

Groß ist die Lücke zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Auf jedes im Krankenhausbereich in die ePA hochgeladene Dokument kommen 187 Dokumente, die in Praxen hochgeladen werden. Oder anders gesagt: Ein halbes Prozent aller ePA-Dokumente stammen aus Krankenhäusern und 99,5 Prozent aus dem ambulanten Bereich. Ohne intersektorale Anbindung kann die ePA ihren Nutzen nicht entfalten. Das gilt ebenso für die Nutzung des KIM-Dienstes.

Daher sage ich sehr deutlich in Richtung Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und gematik: Wir müssen endlich dahin kommen, dass die Praxen mit den Krankenhäusern, den Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst oder der Pflege verlässlich digital kommunizieren können. Die Praxen jedenfalls bräuchten dafür längst keine Faxgeräte mehr.

Als nächste Ausbaustufe der ePA soll der digital gestützte Medikationsprozess mit dem elektronischen Medikationsplan kommen. Wir erwarten, dass dieser ausreichend erprobt wird, bevor er flächendeckend eingeführt wird. Zu einem vollständigen Medikationsplan gehört aber auch, dass Betäubungsmittel per eRezept verordnet werden können. Dies wäre eine einfache und schnell umsetzbare Maßnahme mit großem Nutzen für Versorgung und Arzneimitteltherapiesicherheit. Ein „quick win“ für alle.

Dass dies nun erneut verschoben wird und voraussichtlich erst im Jahr 2028 kommen soll, lässt sich mit gesundem Menschenverstand nicht mehr erklären. Solche Zeitpläne gehen an der Realität der Praxen völlig vorbei. An der Realität der Praxen geht ebenfalls vorbei, dass wir noch immer auf die Möglichkeit der Volltextsuche in der ePA warten müssen. Die Volltextsuche haben wir von Anfang an gefordert und wie dringend sie ist, zeigt ebenfalls unsere Befragung zur ePA: 90 Prozent der Praxen ärgern sich über die komplizierte Suche über Metadaten.

Apropos Hemmnisse – wie eine „never ending story“ mutet weiterhin das Austauschverfahren von elektronischen Heilberufsausweisen und Praxisausweisen aufgrund der Umstellung des Verschlüsselungsverfahrens in der TI von RSA auf ECC an. Wie Sie wissen, konnte die KBV bei der Bundesnetzagentur eine Verlängerung der Frist für den Austausch bis Ende Juni erreichen. Alle nur RSA-fähigen Karten müssen bis dahin gewechselt sein. Damit sind immer noch Tausende Karten auszutauschen. Erschwerend kommt nun aufgrund von entdeckten Sicherheitslücken in einem QES-Chip noch hinzu, dass dadurch weitere zehntausende elektronische Heilberufsausweise getauscht werden müssen. Um das Chaos perfekt zu machen, hat darüber hinaus ein Hersteller im Januar falsch zertifizierte Karten herausgegeben, die nun ebenfalls erneut getauscht werden müssen. Kommunikationsdefizite und nicht erreichbare Hersteller-Hotlines sind bei alledem inklusive.

Der derzeitige technische Standard hält bereits den jetzigen digitalen Versorgungsstrukturen nicht stand! Das BMG hat vor etwa drei Wochen seine überarbeitete Digitalstrategie vorgestellt und gleichzeitig ein neues Digitalgesetz angekündigt. Wir begrüßen es sehr, dass in der Digitalstrategie ausdrücklich das Ziel einer verlässlichen, stabilen und modernen TI als Handlungsfeld aufgenommen ist. Es geht dabei um nicht weniger als um eine funktionierende Infrastruktur als Priorität. Und dafür braucht es klare Verantwortlichkeiten. Die gematik muss Durchgriffsrechte gegenüber den Anbietern der TI erhalten, damit sie ihre Betriebsverantwortung vollumfänglich wahrnehmen kann. Diese Forderung haben wir bereits vor langer Zeit erhoben. Die Ankündigung des BMG, die diesbezügliche Rolle der gematik stärken zu wollen, lässt uns daher hoffen.

Elementar wichtig ist die Weiterentwicklung der PVS durch einen echten Leistungswettbewerb. Denn die hohe Belastung in den Praxen wird andernfalls nicht abnehmen, sondern weiter zunehmen. Wenn PVS-Systeme die Arbeit in den Praxen erschweren, weil sie langsam, veraltet oder wenig intuitiv sind, muss ein Wechsel möglich sein. Daher fordern wir einen echten Leistungswettbewerb unter den Herstellern, eine

gesicherte und kostenfreie Datenmigration bei einem PVS-Wechsel, Anreize für einen Wechsel sowie ein verbindliches Beratungsrecht der KVen, damit Praxen die nötige Unterstützung erhalten.

Das BMG hat auch das Ziel, die ePA als „digitalen Begleiter in der Versorgung“ weiterzuentwickeln. Ich zitiere: „Durch Einbindung weiterer Anwendungen wie der digitalen Ersteinschätzung, digitalen Terminvermittlung und E-Überweisung soll sie in der aktiven Nutzung spürbare Mehrwerte für Versicherte bieten. Während heute rund 4 Millionen Versicherte die ePA aktiv nutzen, sollen es bis zum Jahr 2030 rund 20 Millionen sein.“ Der Nutzen der ePA wird in politischen Debatten ja gern heraufbeschworen. Aber dass sie nun als freiwillige und versichertengeführte Akte plötzlich sozusagen als Herzstück für eine verbindliche Patientensteuerung dienen soll, das geht an der Realität und an den Versorgungsnotwendigkeiten vorbei. Unser Vorschlag für einen Versorgungsfachdienst liegt vor. Wenn dabei auch die ePA mit Befunddaten und -berichten befüllt wird, so ist das zwar wünschenswert, aber zum Beispiel die Daten aus einer Ersteinschätzung oder eine E-Überweisung müssen verfügbar sein – unabhängig davon, ob der Patient eine ePA hat oder nicht.

Wir fordern mit dem Digitalgesetz ein Ende der Ungleichbehandlung von ambulantem und stationärem Sektor. Die Praxen arbeiten bereits digital. Sie haben mit viel Eigenengagement und Eigenmitteln die Digitalisierung vorangetrieben. Und trotzdem gibt es bislang keinerlei finanzielle Zusage für infrastrukturelle Maßnahmen. Die gibt es natürlich schon – aber nur für den Krankenhausbereich. Dort werden ja gerne mal Milliarden hineingeschüttet. Diese Ungleichbehandlung muss endlich korrigiert werden!

Und wenn wir schon beim Thema der Ungleichbehandlung sind, dann müssen wir auch über das Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz sprechen, zu dem die Anhörung durch den Gesundheitsausschuss vor zwei Tagen stattgefunden hat. Das ist ein Gesetz, mit dem am Ende eigentlich niemand wirklich glücklich ist. Unsere deutliche Kritik daran bleibt bestehen. Hier werden nicht nur die Kriterien der evidenzbasierten Versorgung über Bord geworfen, sondern auch der Arbeitsaufwand in den Praxen wird gesteigert durch anlassloses Testen und Beratungen in den Apotheken zum Beispiel zu kardiovaskulären Risiken. Und dies alles ohne Mehrwert für Patientinnen und Patienten.

Die Abgabe verschreibungspflichtiger Medikamente ohne ärztliche Verordnung will das BMG weiterhin möglich machen – nur eben als Selbstzahlerleistung. Das soll damit zwar etwas restriktiver gehandhabt werden, aber an der Grundrichtung ändert es nichts. Und wir wissen jetzt schon, was passieren wird: Patientinnen und Patienten kommen dann im Nachhinein in die Praxen, um sich doch noch ein Rezept ausstellen zu lassen, damit sie die Kosten nicht selbst tragen müssen. Solche Diskussionen dürfen nicht in die Praxen getragen werden.

Inakzeptabel ist auch folgendes: Mit dem Gesetz sollen Nullretaxationen, etwa aufgrund von Formfehlern bei Rezepten, der Vergangenheit angehören. Allerdings gilt dies nur für die Apothekerinnen und Apotheker, nicht aber für Ärztinnen und Ärzte. Auch Regressrisiken im Zusammenhang mit Impfungen werden für die Vertragsärzteschaft nicht gestrichen. All das ist eine grobe Ungleichbehandlung!

Im Koalitionsvertrag wurde uns erneut versprochen, eine Bagatellgrenze von 300 Euro bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen einzuführen. Damit würden zwei Drittel aller Einzelfallanträge im Arzneimittelbereich entfallen und auch die Abrechnungsprüfungen um mehr als die Hälfte reduziert werden. Diese Bagatellgrenze ist sinnvoll und sie ist längst überfällig. Dass sie im Apothekenversorgungs Weiterentwicklungsgesetz wieder nicht vorgesehen ist, ist für die Politik eine verpasste Chance, für ein positives Narrativ zu sorgen: nämlich für eine Ende der Misstrauenskultur einzutreten und damit für bessere Rahmenbedingungen in der ambulanten Versorgung zu sorgen.

Alle unsere Entbürokratisierungsvorschläge liegen dem BMG seit langem vor. Auf eine Umsetzung warten wir vergeblich. Dabei geht es hier nicht um Kleinigkeiten: Wenn unsere Vorschläge umgesetzt würden, ließen sich jedes Jahr rund 400 Millionen Euro an Bürokratiekosten einsparen. Das sind acht volle Arbeitstage pro Praxis, die sie wieder für die medizinische Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten verwenden könnten – statt für unnötige Bürokratie. Ich kann Ihnen versichern, wir lassen bei diesem Thema nicht locker.

Ich komme zum Schluss: Mit unserem Zielbild zur Neuausrichtung der 116117 schlagen wir ein zukunftsorientiertes Steuerungsmodell vor, das medizinisch verantwortet ist, in verlässlichen Strukturen verankert bleibt und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientiert. Mit unseren Erwartungen an das Digitalgesetz benennen wir klar, was es braucht, damit Digitalisierung nicht zur zusätzlichen Belastung wird, sondern echten Nutzen für Praxen und Patienten bringt. Das sind keine theoretischen Überlegungen. Es sind praktische und praktikable Vorschläge aus dem Alltag der Versorgung heraus. Die ambulante Versorgung ist und bleibt das tragende und notwendige Fundament unseres Gesundheitssystems. Sie funktioniert nicht deshalb, weil sie politisch permanent neu justiert werden muss, sondern weil die Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Tag für Tag Verantwortung für ihre Patientinnen und Patienten übernehmen.

Die Praxen arbeiten zuverlässig und leise. Aber immer leistungsstark. Und auf diese Leistungsträgerinnen und Leistungsträger, die bereits jeden Tag liefern, sollte die Politik vertrauen, wenn sie die Zukunft der Gesundheitsversorgung verlässlich gestalten möchte.

Vielen Dank