

---

BERICHT AN DIE  
VERTRETERVERSAMMLUNG  
11. MAI 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,

heute müssen wir deutlich werden. Wenn der Kaiser keine Kleider trägt, dann muss, nein, dann darf man nicht so tun, als würde man seine kostbaren Gewänder bewundern. Und unsere Bundesregierung, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist weitgehend blank!

Um es gleich vorwegzunehmen: Der Junge, der ruft „Seht, der Kaiser hat keine Kleider“ ist nicht schuld an der Nacktheit. Ich lasse den inzwischen immer wieder hörbaren Vorwurf des „Schlechtredens“ des politischen Handelns nicht gelten. Nicht die Kritik an schlechter Politik spielt extremen Parteien in die Hände. Nein, wenn etwas den undemokratischen Parteien in die Hände spielt, dann ist es die schlechte Politik der regierenden.

Bundeskanzler Merz hat gesagt, die Tatsache, dass die Koalition in den letzten Wochen „gewackelt“ habe, sei gelebte Demokratie. Nicht demokratisch ist es aber, wenn jedwede Diskussion mit den Betroffenen über eine angeblich „historische“ Gesundheitsreform von vornherein untergraben wird, indem man geradezu unverschämt kurze Fristen zur Stellungnahme setzt und anschließend eine Anhörung durchführt, die eine reine Alibi-Veranstaltung war, ohne irgendeinen inhaltlichen Austausch.

Nach der Vorlage des ersten Berichts der Finanzkommission sagte Ministerin Warken, die Kommission habe einen „gut gefüllten Werkzeugkasten“ vorgelegt und man werde daraus die geeigneten Instrumente herausuchen. Leider hat sie vornehmlich Hämmer rausgesucht – kein Wunder, dass für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nun alles aussieht wie ein Nagel, auf den man nur ordentlich draufhauen muss, um ihn in die gewünschte Richtung zu treiben.

Bei der gemeinsamen Vorstellung des Kabinettsbeschlusses zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz mit dem Bundeskanzler sagte Frau Warken allerdings einen bemerkenswerten Satz, nämlich, so jedenfalls wird sie zitiert: „Wir sind uns einig, dass wir das Jahr 2030 im Blick haben und danach ist ja auch wieder eine andere Koalition.“ Wie soll man das verstehen? Dass es im Moment nur darum geht, diese Legislatur zu überstehen und die Ministerin selbst nicht darauf vertraut, dass die aktuelle Reformpolitik die Wählerinnen und Wählern überzeugt?

In der Tat ist es mutig, von einer „gelungenen“ Reform zu reden, wenn augenscheinlich alle alarmiert sind und nur der Kanzler und die Ministerin selbst zufrieden. Aber anscheinend gilt es neuerdings als Qualitätsmerkmal für Regierungshandeln, je stärker der Gegenwind ist. Kritik wird dann schnell als „Lobbyisten-Geschrei“ abgebügelt.

Ich möchte betonen: Nicht das Ansinnen zu sparen ist das Problem bei dieser Reform. Sondern die handwerkliche Umsetzung und eklatanten ordnungspolitischen Mängel. Dieses GKV-Spargesetz ist nicht dazu geeignet, die kritische Lage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu beruhigen, im Gegenteil, es ist hochexplosiv. Die politisch vermittelte Botschaft „Wir werden sparen und gleichzeitig die Versorgung verbessern“ ist pure Augenwischerei, um nicht das Wort Wählertäuschung zu benutzen. Jedenfalls dann, wenn man dort sparen will, wo es das Gesetz vorsieht, nämlich im wirtschaftlichsten und effizientesten Bereich der GKV, der ambulanten Versorgung. Nicht genug damit, dass das Beitragssatzstabilisierungsgesetz seinem Namen nicht gerecht wird, wie Andreas Gassen bereits ausgeführt hat, es bedeutet auch noch eine Rolle rückwärts gegenüber bereits erfolgten Reformschritten wie der Entbudgetierung der haus- und kinderärztlichen Versorgung. Die Neujustierung der Logik der Vergütung entspricht faktisch einer Wieder-Einbudgetierung entsprechender Leistungen, noch dazu mit massivem bürokratischem Aufwand. Der Begriff „Entbudgetierung“ ist damit nur noch ein Euphemismus.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das ist nichts anderes als politischer Wortbruch: Wir werden betrogen! Genau wie bei den Regelungen zur schnellen Terminvermittlung werden diejenigen Akteure bestraft, die beim Erreichen des Ziels einer besseren Steuerung von Versorgung eine Schlüsselrolle spielen. Die Lösung des Problems wird selbst zum Problem erklärt. Wie absurd ist das? Ein Blick in die Abrechnungsdaten zeigt, dass die direkte Vermittlung von Haus- zu Fachärzten von den Praxen mit Augenmaß praktiziert wird (weniger als drei Prozent der Fälle). Die entsprechenden Patienten sind im Schnitt älter und bedürfen einer intensiveren Betreuung als solche mit normalen Überweisungen. Somit sprechen die Daten dafür, dass in diesen Konstellationen eine besondere Patientengruppe priorisiert wurde – also genau das, was man von

einem Primärarztsystem erwartet. Die Zahlen zeigen auch, dass dieses Instrument von den Praxen mit Bedacht eingesetzt wurde und keinesfalls überstrapaziert, um zusätzliche Vergütung zu generieren, wie von interessierter Seite gerne kolportiert wird. Und jetzt, wo sich die Regelungen im Praxisalltag etabliert haben, werden sie wieder abgeschafft.

Politische Verlässlichkeit, die wesentliche Grundlage für die Entscheidung selbstständiger Freiberufler ist, in ein unternehmerisches Risiko zu gehen – endgültig Fehlanzeige. Heute hüh, morgen hott, kein Versprechen gilt und eine mittel- oder langfristige Strategie ist erst recht nicht erkennbar. Zu Risiken und Nebenwirkungen, auch für die im Koalitionsvertrag verankerte primärärztliche Versorgung, die ja nach wie vor kommen soll, fragen Sie bitte Frau Ministerin Warken, mir fehlt hier die Fantasie. Die Logik der qualifizierten Überweisung von Haus- zu Facharzt ist immanenter Bestandteil eines primärärztlichen Systems. Die vorgesehenen Kürzungen sind also kein „rein fachärztliches“ Problem. Sie betreffen uns alle – Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – und sie betreffen unsere gemeinsamen Patientinnen und Patienten. Sie sind ein Verrat an der ambulanten Versorgung insgesamt. Deswegen, liebe Kolleginnen und Kollegen, müssen wir in dieser Sache zusammenstehen.

Wenn Frau Warken die Gleichung aufmacht „Einnahmen = Ausgaben“, dann kann das nur heißen „Einnahmen = Ausgaben = Versorgungsleistung“. Angesichts der politischen Diskussion hierzu und der mittlerweile wiederholt getätigten Äußerungen, dass es nur noch um eine Primärversorgung geht und nicht mehr um eine primärärztliche, wird ohnehin deutlich, dass man sich in der Politik bereits mit Siebenmeilenstiefeln vom Anspruch einer direkten ärztlichen beziehungsweise primärärztlichen Versorgung für Bürgerinnen und Bürger entfernt hat und andere Ebenen vorschalten möchte. Ob hier digitale Instrumente oder nichtärztliche Berufe als Filter genannt werden, allem ist gemein, dass Patientinnen und Patienten mit ihren gesundheitlichen Problemen nicht mehr direkt in die Praxen kommen sollen. Hier wird im Übrigen auch deutlich, dass mit diesen Maßnahmen die Rolle von Hausärztinnen und Hausärzten als Primärversorger in Zukunft unterminiert werden soll. Auf diesen Paradigmenwechsel muss man Bürgerinnen und Bürger deutlich hinweisen.

Ebenso fantastisch, fast schon absurd, mutet eine weitere Neuerung an, die uns das Beitragssatzstabilisierungsgesetz beschert: die Teil-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Künftig sollen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die länger als vier Wochen krankgeschrieben sind, die Möglichkeit haben, sich nur zu 25, 50 oder 75 Prozent krankschreiben zu lassen und die restliche Zeit zu arbeiten. Solche Ideen sind ein weiterer Beleg dafür, dass diejenigen, die sich so etwas ausdenken, von der Realität in den Praxen keine Ahnung haben. Wie soll das konkret ablaufen? Soll der Arzt oder die Ärztin beim Arbeitgeber anrufen, um sich genau erörtern zu lassen, wie das Arbeitsumfeld und die Arbeitsbedingungen gestaltet sind, um dann zu entscheiden, ob und inwieweit eine Arbeitstätigkeit mit dem aktuellen Krankheitszustand kompatibel erscheint? Oder besser gleich eine Ortsbegehung vornehmen? Gefragt sind dann vermutlich Hausbesuche an den Arbeitsstätten, um das Arbeitsumfeld qualifiziert begutachten zu können? Wie hochkomplex und zeitlich anspruchsvoll eine solche gutachterliche ärztliche Tätigkeit ist, sehen wir bei Gutachten zu Verrentungen. Dies nun für Millionen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Regelbetrieb einzuführen, ist Wahnsinn! Das ist schlichtweg nicht administrierbar. Gleichzeitig spricht Politik von Bürokratieabbau und entzieht den Praxen Geld, nur damit der Hausarzt oder die Hausärztin nun künftig Zeit damit verbringt, zu begutachten und zu entscheiden, ob der Patient, der vor einem sitzt, nur zu einem Viertel oder vielleicht doch zur Hälfte arbeitsfähig ist. Ein Bürokratiemonster. Absurder geht es kaum. Ist hingegen „lediglich“ die stufenweise Wiedereingliederung nach langer Krankheit gemeint, so gibt es diese längst im System und eine neue Regelung wäre nicht erforderlich.

Eine wesentlich schlankere Lösung, um sowohl die Praxen als auch die Arbeitgeber zu entlasten, wäre die Einführung von drei bis fünf Karenztagen für schlichte Bagatellerkrankungen, die heute schon in vielen Tarifverträgen gilt. Doch statt endlich einfache und klare Regelungen zu entwickeln, die eine spürbare Entlastung von sinnloser Bürokratie und verstopften Wartezimmern brächten, baut die Regierung neue komplizierte Konstrukte mit hohem Konfliktpotenzial für alle Beteiligten. Da kann ich nur sagen: herzlichen Glückwünsch!

Leider auch noch nicht zu Ende gedacht ist die Rolle, die Prävention künftig in unserem Gesundheitswesen spielen soll, um beispielsweise längere Krankheitsfälle zu verhindern. Einerseits sollen Präventionsleistungen nach jetzigem Stand zurückgefahren werden, gleichzeitig wird ihr Ausbau angekündigt. Hier darf man gespannt sein auf den zweiten Bericht der Finanzkommission Gesundheit Ende des Jahres, in dem sie langfristige Strukturreformen ausarbeiten soll.

Richtig ist, dass es ein Spannungsfeld gibt zwischen dem Angebot von Präventionsleistungen und dem von kurativer Versorgung, insbesondere vor dem Hintergrund zurückgehender ärztlicher Arbeitszeit. Salopp gesagt: In der Zeit, in der eine Ärztin eine Früherkennungskoloskopie macht, kann sie keine kurative Versorgung machen. Bislang nehmen, je nach Altersklasse, nur etwa ein Drittel bis 45 Prozent der Anspruchsberechtigten an Koloskopien im Rahmen des Darmkrebs-Screenings teil. Will man diesen Anteil erhöhen, hat das natürlich unmittelbare Auswirkungen auf die Kapazitäten für andere Behandlungen. Hier brauchen wir sachgerechte Regelungen mit Augenmaß.

Klar ist, dass der Ausbau von Prävention erst einmal mehr Geld kosten wird und nur auf längere Sicht möglicherweise welches spart. Ebenso klar ist aber auch, dass sowohl die Einführung als auch die Abschaffung oder Reduktion von Vorsorge- beziehungsweise Präventionsmaßnahmen ausschließlich aufgrund wissenschaftlicher Evidenz erfolgen sollte und nicht aus politischem Opportunismus. Insofern ist die Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich einer möglichen Anpassung des Hautkrebs-Screenings formal zu begrüßen. Das ist allemal besser, als wenn ministerielles Gutdünken über die Einführung flächendeckender Screenings entscheiden soll, wie es in der Vergangenheit schon versucht wurde.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, vor lauter Diskussionen um das Spargesetz ist eine weitere Reform fast vom Radar verschwunden, die nun, nach vielen Anläufen, auf die politische Zielgerade einzubiegen scheint. Sie ahnen es, ich spreche von der Reform der Notfallversorgung. Zwar hat der jetzt vorliegende Kabinettsentwurf gegenüber dem Referentenentwurf nur wenige Änderungen erfahren, diese haben es jedoch in sich. Zusammengefasst kann man sagen: Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) müssen wesentlich mehr Aufgaben schultern bei gleichzeitig deutlich reduzierten finanziellen Mitteln. Auch hier lautet der politische Wunschtraum „mehr Versorgung für weniger Geld“.

Die „Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags“ wie es im Gesetzentwurf heißt, bedeutet nichts anderes als eine erhebliche Ausweitung desselben, was letztendlich einer Neudefinition gleichkommt. Zusätzlich zur Regelversorgung soll eine „notdienstliche Akutversorgung“ rund um die Uhr etabliert werden. Die neuen Akutleitstellen sollen verpflichtend mit den Rettungsleitstellen vernetzt werden. Zusätzlich müssen die KVen 24/7 einen aufsuchenden Dienst und eine telemedizinische Versorgung anbieten. Die Errichtung einer solchen Parallelstruktur zur vertragsärztlichen Versorgung während der Sprechstundenzeiten und deren Finanzierung durch die Ärzteschaft selbst wirft erhebliche verfassungsrechtliche Fragen auf. Zudem ist das Ganze weder personell leistbar noch aus medizinischer Sicht notwendig, das haben wir in den vergangenen Monaten immer wieder mehr als deutlich gemacht.

Aber das BMG lässt sich durch Fakten nicht beirren. Tatsächlich hat sich durch die zwischenzeitlich beschlossenen Sparmaßnahmen die Situation noch verschärft. Denn mit dem Wegfall der TSVG-Zuschläge und der fehlenden Zusage der Übernahme von Investitionskosten wird diese Reform sozusagen aus der Portokasse der KVen finanziert werden müssen – was natürlich nicht darstellbar ist. Durch die Eindeckelung der Vergütung wird es keinen weiteren Zuwachs an Verwaltungseinnahmen geben, womit gleichzeitig Gelder fehlen für die Finanzierung des Strukturfonds zu Zwecken des Notdienstes. Immerhin dürfen nun auch die KVen für gewisse Aufgaben Gelder aus dem Infrastruktur- und Klimafonds des Bundes beantragen. Anders als bei der Digitalisierung des Rettungsdienstes wird ihnen jedoch keine konkrete Summe – in jenem Fall 225 Millionen Euro – zugewiesen, sondern allenfalls die abstrakte Möglichkeit einer Förderung eröffnet. Letztere dürfte allenfalls ein Tropfen auf den heißen Stein bedeuten und zeigt darüber hinaus, dass hier mit zweierlei Maß gemessen wird: Die KVen haben nicht per se einen Anspruch, sondern sollen sich bitte schön hinten anstellen.

Neben viel Schatten gibt es auch ein wenig Licht in dem Entwurf, allerdings in eher homöopathischen Dosen. So sollen Ärztinnen und Ärzte in Notfallpraxen an Integrierten Notfallzentren (INZ) künftig ein

begrenztes Dispensierrecht für Arzneimittel erhalten. So weit, so gut. Man fragt sich allerdings: Warum gilt dies nicht auch für die Bereitschaftspraxen der KVen und bei Hausbesuchen?

Ich will auf weitere einzelne Aspekte an dieser Stelle nicht eingehen. Unter dem Strich wurden auch mit dem Kabinettsbeschluss zur Notfallreform grundlegende Probleme nicht beseitigt. Es bleibt beim Aufbau ineffizienter Doppelstrukturen, für die es keine Ressourcen gibt. Es kommen sehr viele zusätzliche Aufgaben auf die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sowie die KVen zu, während die Inanspruchnahme der Notfallstrukturen aufseiten der Versicherten weiterhin keinerlei Verbindlichkeiten verlangt. Geht es nach dem Zeitplan des BMG, soll die Reform in diesem Jahr in Kraft treten – also unabhängig von einem Gesetz zur besseren Steuerung der Versorgung.

Diese Unabgestimmtheit kritisieren wir nicht nur in Bezug auf die politischen Vorhaben des BMG, sondern auch auf dessen Umgang mit der Selbstverwaltung und der Ärzteschaft. Wenn Ministerin Warken bei der Vorstellung der Notfallreform betont, diese sei mit der Ärzteschaft abgestimmt und man habe unsere Einwände gehört und aufgenommen, dann stimmt das schlichtweg nicht! Ja, man hört uns an, aber es wird ignoriert, was wir sagen. Die Kommunikation läuft nur in eine Richtung, nämlich von uns ins Ministerium, und dort verhält sie dann.

Vom Gesetzentwurf haben wir als KBV zuerst aus den sozialen Medien erfahren; nach Zusendung des Entwurfs hat man uns eine Stellungnahmefrist von nicht einmal anderthalb Arbeitstagen eingeräumt. Das ist an demonstrativer Geringschätzung der verfassten Ärzte- und Psychotherapeutenchaft, die 97 Prozent der Versorgung in diesem Land stemmen, kaum zu überbieten.

Noch schlimmer aber ist, dass Politik auch mit dieser Reform den Menschen Versprechungen macht, die nicht zu erfüllen sind. Noch einmal: Wenn der Patientenversorgung Milliarden entzogen werden, dann kann es nicht mehr Leistungen rund um die Uhr geben! Diese simple Tatsache werden wir weiterhin so klar benennen, auch wenn die politisch Verantwortlichen uns mit durchschaubaren taktischen Manövern versuchen auszubremsen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie mich an dieser Stelle und gewissermaßen zum Durchatmen kurz von einem Erfolg berichten. Dabei geht es um die Versorgung in Pädiatrischen Institutsambulanzen. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz hatte die KBV und den GKV-Spitzenverband beauftragt, im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu vereinbaren, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen spezialisierten krankenhaushnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Da es zu keiner Einigung kam, gingen die Verhandlungen vor das Bundesschiedsamt. Das Schiedsgremium hat nun beschlossen, dass für die Leistungserbringung in Pädiatrischen Institutsambulanzen grundsätzlich die Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung gelten. Es gilt somit der Facharztstatus einschließlich der entsprechenden Schwerpunktbezeichnung beziehungsweise Zusatzweiterbildung. Gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband haben wir die Einführung von Arztnummern für in den Ambulanzen tätige Kinderärzte und -ärztinnen gefordert und damit die Einführung der gleichen hohen Qualitätsstandards und Transparenz, wie sie in der vertragsärztlichen Versorgung gelten. Das sektorenübergreifende Schiedsgremium ist nun in wichtigen Fragestellungen unserer Argumentation gefolgt. Der allgemeine Trend, immer mehr ambulante Leistungen in Kliniken zu verlagern, allerdings ohne die entsprechenden Qualitätsanforderungen, wie sie im vertragsärztlichen Sektor gelten, ist damit zumindest in diesem Bereich gestoppt. Das ist ein Erfolg für die ambulante Versorgung.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, nach dieser inhaltlichen „Atempause“ wird es noch einmal sehr ernst. Der Krieg gegen die Ukraine hält an, die Kriege am Persischen Golf und im Nahen Osten halten die Welt in Atem und auch hier in Deutschland vergeht kaum ein Tag, an dem wir nicht von Aktionen betroffen sind, die drohen, unsere Wirtschaft und unsere Gesellschaft zu destabilisieren. Resilienz bleibt eine ungeheure Herausforderung. Sie muss in jeder und jedem Einzelnen wachsen, aber auch in unseren Institutionen. Wir stellen uns dieser Herausforderung als KV-System und sind in intensivem Austausch untereinander und mit anderen Verantwortlichen, wie zum Beispiel dem Sanitätsdienst der Bundeswehr, um uns auf mögliche Herausforderungen vorzubereiten. Dabei leitet uns die Gewissheit, dass die beste Vorsorge die ist, die es

den Praxen landauf und landab ermöglicht, auch in schweren Zeiten Patientinnen und Patienten weiter versorgen zu können.

Und damit, liebe Kolleginnen und Kollegen, schließt sich der Kreis zu den anstehenden Reformen im Gesundheitswesen. Oberstes Ziel muss sein, die ambulante Versorgung zu stärken statt weiter zu schwächen. Das Beitragssatzstabilisierungsgesetz tut das Gegenteil. Das gilt leider nicht nur für den ambulanten Bereich, sondern für nahezu sämtliche Versorgungsstrukturen, die den Kern unseres Gesundheitswesens ausmachen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat bereits angekündigt, dass Krankenhäuser notwendige Investitionen in Maßnahmen zur Resilienz, aber auch für den Klimaschutz einstellen werden, weil ihnen schlichtweg das Geld dazu fehle. Ist das allen Ernstes das, was Politik will?

Es mag eine Plattitüde sein, aber dadurch nicht weniger wahr: Wer die Fundamente schwächt, riskiert, dass das ganze Gebäude einstürzt. Die Schwächung des ambulanten Systems ist grundfalsch. Nicht nur, aber vor allem angesichts der Ziele, mit denen diese Bundesregierung vor einem Jahr angetreten ist und was sie den Menschen versprochen hat. Wenn immer mehr ältere Ärztinnen und Ärzte deshalb vorzeitig das System verlassen und immer weniger junge sich überhaupt noch für eine selbstständige Praxis in der ambulanten Versorgung entscheiden, dann kann Politik das SGB V bald neu schreiben beziehungsweise es gleich ganz schreddern. Denn dann gibt es auch keine Praxisinhaberinnen und -inhaber mehr, bei denen sich der ärztliche Nachwuchs noch anstellen lassen könnte. Und mit der aktuell erhobenen Forderung nach acht Prozent mehr Gehalt für angestellte Ärztinnen und Ärzte wird deutlich, dass sich Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einen solchen Umgang, wie er mit den Praxen stattfindet, nicht gefallen lassen müssen.

Morgen beginnt der Deutsche Ärztetag. Ich erwarte eine eindeutige Positionierung des Ärztetages zu diesen für die Versorgung existenziellen Fragen. Wir, das KV-System, haben diese!

Vielen Dank