
BERICHT AN DIE
VERTRETERVERSAMMLUNG
11. MAI 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,

besondere Zeiten erfordern besondere Maßnahmen, Krisen erfordern Krisenbewältigung – aber Krisenbewältigung sollte nicht willfährige Kürzungen, sondern Zukunftsgestaltung für morgen sein. Davon ist diese sogenannte „Gesundheitsreform“ weit entfernt. Und die Bundesregierung setzt das Vertrauen der Menschen in eine verlässliche Gesundheitsversorgung aufs Spiel.

Leistungen sollen künftig nur dann finanziert werden, wenn sie einen nachweisbaren Nutzen für Patientinnen und Patienten haben. Das klingt auf den ersten Blick für jedermann nachvollziehbar. Und damit begründet Bundesgesundheitsministerin Nina Warken den größten Teil ihrer vorgesehenen Einsparmaßnahmen im ambulanten Bereich. Genau nach dieser Nutzenmaxime versorgen die Vertragsärzte und -psychotherapeuten ihre Patienten jeden Tag. Sie arbeiten zum Wohl und Nutzen ihrer Patientinnen und Patienten. Die Zahlen belegen es eindeutig: 97 Prozent aller Behandlungsfälle und nur 16 Prozent der Gesamtkosten. Das ist effizient und patientennah. Und die Patientinnen und Patienten wissen und schätzen das. Sie wissen daher auch, was auf dem Spiel steht, wenn nun genau hier in der ambulanten Versorgung mit voller Unwucht gekürzt wird. Eine aktuelle Befragung des Meinungsforschungsinstituts Civey von rund 5.000 Menschen zeigt: 90 Prozent lehnen Kürzungen in der ambulanten Versorgung klar ab. Dieses Ergebnis findet sich in allen Bundesländern und über alle Parteipräferenzen hinweg. Handelt die Politik damit im Sinne und zum Wohle ihrer Wählerinnen und Wähler? Handelt sie überhaupt entsprechend dieses von ihr vorgegebenen „Nutzenanspruchs“? Und ist sie transparent im Umgang mit Bürgerinnen und Bürgern?

Wenn wir den aktuellen Gesetzgebungsentwurf auf den Prüfstand stellen und die vorgesehenen Regelungen an diesem Anspruch messen, so ist die Antwort eindeutig „Nein“! Dazu die Fakten: Die politisch Verantwortlichen werden nicht müde zu behaupten, alle Beteiligten im Gesundheitssystem seien gleichermaßen betroffen. Dies ist schlicht falsch: Die aktuellen Sparmaßnahmen treffen die Vertragsärztinnen und -psychotherapeuten überproportional. Wer den kostengünstigsten und leistungsfähigsten Versorgungsbereich weiter schwächt, handelt weder ökonomisch sinnvoll noch medizinisch verantwortungsvoll. Die extrabudgetären Zusatzvergütungen für Leistungen in offenen Sprechstunden und Terminvermittlungsfällen hätten ihr Ziel, schnellere Termine zu vermitteln, verfehlt, so das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Völlig unbeachtet bleibt dabei, dass nach Zahlen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) die durchschnittliche Wartezeit bei diesen vermittelten Terminen bei nur 8,6 Tagen liegt im Gegensatz zu 42 Tagen in der Regelversorgung. Wer hier finanzielle Mittel streicht, der sollte wissen und benennen, was er damit auslöst: weniger Mittel bedeuten weniger Termine. Wer gleichzeitig von schnelleren Terminen oder gar Termingarantie spricht, muss erklären, wie beides zusammen funktionieren soll. Das ist die Quadratur des Kreises.

Weiterhin vermissen wir ein entschiedenes Einschreiten des BMG bei der völlig ungerechtfertigten Absenkung des Honorars der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten um 4,5 Prozent. Im Gegenteil: Die damit verbundenen Einschränkungen in der Versorgung von psychisch kranken Patienten einschließlich Kindern und Jugendlichen werden durch die im Entwurf des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen Einsparmaßnahmen weiter verschärft. Bereits jetzt schon knappe Behandlungskapazitäten werden weiter reduziert, mit schädlichen Folgen für all diejenigen Menschen, die Hilfe benötigen. Die Belastungen für die Praxen sind aufgrund von steigenden Mieten, Energie- und Personalkosten, aber auch durch Bürokratie- und Digitalisierungskosten heute schon immens hoch. Gleichzeitig haben Ärzte und Psychotherapeuten für ihre Patientinnen und Patienten immer ein offenes Ohr. Aber was ist mit dem offenen Ohr der Politik für ihre Sorgen?

Wenn Politik und BMG wenigstens ehrlich wären, müssten sie bekennen: All diese zusätzlichen Sparmaßnahmen im ambulanten Bereich werden den wirtschaftlichen Druck auf die Praxen so erhöhen, dass diese ihr Leistungsangebot verringern müssen. Denn der Gesetzentwurf schränkt den Handlungsrahmen für das Leistungsangebot der Praxen erheblich ein. Und dies mit allen negativen Konsequenzen für Patientinnen und Patienten. Es mag an der Eilbedürftigkeit des Verfahrens zum Beitragssatzstabilisierungsgesetz liegen, aber entbindet diese plötzliche Eile die Politik wirklich von jeglicher verantwortungsvoller Folgenabschätzung ihres Handelns? Und es kommt noch schlimmer: Das BMG

verspricht munter parallel neue Leistungen und Angebote in anderen Gesetzen. Dies zeigt sich etwa im Rahmen der Notfallreform mit einer 24/7-Verfügbarkeit von aufsuchendem Dienst und telemedizinischen Angeboten, im Apothekenversorgungsweiterentwicklungsgesetz – und auch jetzt im Beitragssatzstabilisierungsgesetz.

Und entgegen des von der Ministerin formulierten Anspruchs, nur noch Leistungen mit nachgewiesenem Nutzen zu finanzieren, ist es gerade nicht so, dass diese neuen Versorgungsangebote allesamt evidenzbasiert wären. Dazu zwei Beispiele aus dem Bereich der Arzneimittelversorgung: Die Erweiterung der Definition von Verbandmitteln im Entwurf des Beitragssatzstabilisierungsgesetz führt dazu, dass nur noch wenige Produkte einer Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unterliegen. Der Grundsatz der evidenzbasierten Medizin wird hier verlassen. Das geplante Vorgehen ist nicht nur konträr zum Anspruch der Ministerin, sondern auch zu den Empfehlungen der Finanzkommission. Und die Konsequenzen: Es sind Mehrkosten ohne gesicherten Zusatznutzen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu erwarten und damit verstärkte Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Krankenkassen, die mit einem erhöhten Regressrisiko für die Ärztinnen und Ärzte verbunden sind. Nächstes Beispiel: Die Gesundheitsuntersuchungen sollen auf Grundlage des aktuellen medizinischen Kenntnisstands geprüft und weiterentwickelt werden. Das klingt nachvollziehbar. Parallel dazu werden jedoch im Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz die Kriterien der evidenzbasierten Medizin durch anlassloses, nicht-evidenzbasiertes Testen und den Ausbau von pharmazeutischen Dienstleistungen in Apotheken über Bord geworfen. Nutznachweis als Voraussetzung für die Finanzierung? Wird offensichtlich überschätzt.

Apropos überschätzt – die Ministerin bezeichnet die elektronische Patientenakte (ePA) ja gerne als „Herzstück der digitalisierten Gesundheitsversorgung“. Aber der Grund dafür, dass dieses Herz überhaupt schlägt, liebe Kolleginnen und Kollegen, sind die Praxen. Die mittlerweile über 100 Millionen Dokumente in den Akten der Patientinnen und Patienten haben bislang fast ausschließlich die Praxen eingestellt. Weiterhin geht das BMG leider nur halbherzig die Einführung des elektronischen Betäubungsmittelrezepts an. Die Einführung soll noch bis mindestens 2028 dauern. Dabei würde gerade dieser Schritt einen tatsächlichen Mehrwert für Ärzte und Patienten bringen: Kein Nebeneinander mehr in den Praxen von elektronischer Verordnung und Verordnung auf dem Papierweg. Vor allem würde eine vollständigere elektronische Medikationsliste zu einer Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit führen.

Klare Evidenz dafür gibt es beispielsweise aus den Innovationsfondsprojekten ARMIN (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen) und AdAM (Anwendung für digital unterstütztes Arzneimitteltherapie- und Ordnungsmanagement) der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Sachsen, Thüringen und Westfalen-Lippe. Zudem bieten die KVen der gematik die aktive Mitgestaltung bei der Weiterentwicklung der ePA an: Sechs KV-Regionen möchten sich an der Erprobung des elektronischen Medikationsplans beteiligen. Dass sich die KVen und Praxen bei der Erprobung neuer digitaler Anwendungen sehr engagieren, ist keineswegs neu. Etwa die Einführung des elektronischen Rezepts (eRezepts) und der ePA haben viele von Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, intensiv begleitet. Aber genau denjenigen, die die derzeitige und zukünftige Schlagzahl der ePA bestimmen, sollen nun die finanziellen Mittel gestrichen werden. Geht man so mit kompetenten und verlässlichen Partnern um? Kompetenz, Verlässlichkeit und Erfahrung zeichnet auch die 116117 unseres KV-Systems aus: Rund 80 Prozent der Bevölkerung kennen die Angebote der 116117. Patientinnen und Patienten, die wir über die 116117 vermitteln – und das zunehmend digital –, erhalten bedarfsgerecht und schnell einen Termin. Es läge also auf der Hand, was es zur Umsetzung eines Primärarztversorgungssystems zu stärken gälte.

Die im Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen – kurz GeDIG – vorgesehenen digitalen Weichenstellungen für eine zukünftige Patientensteuerung greifen unsere konzeptionellen und technischen Lösungsvorschläge zumindest teilweise auf. Unsere gemeinsame Idee für die elektronische Überweisung (eÜberweisung) als eigenständigen Versorgungsfachdienst innerhalb der Telematikinfrastruktur (TI) hat das BMG aufgenommen. Damit können Ärztinnen und Ärzte unabhängig von der ePA auf die Überweisung und gegebenenfalls weitere relevante Behandlungsdaten zugreifen. Wir werden uns weiter dafür einsetzen, dass das BMG diesen Ansatz auch so realisiert. Der Gesetzentwurf sieht aber auch vor, dass Patientinnen und Patienten sich künftig über die ePA-App ihrer Krankenkasse zu einer

medizinischen Ersteinschätzung und einem Termin über die 116117 vermitteln lassen können. Für uns sind hier zwei Punkte entscheidend: Erstens, die Praxis ist und bleibt die zentrale erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten. Und die 116117 ist ein zusätzlicher Zugang für all diejenigen, die nicht bereits in haus- oder auch fachärztlicher Betreuung und Behandlung sind. Zweitens, der Zugang über die ePA-App mag ein Weg sein, aber er darf definitiv nicht der einzige Weg sein. Das wäre weder diskriminierungsfrei noch entspricht es der Realität: Denn nur circa fünf Prozent der Versicherten haben überhaupt eine ePA-App. Hingegen kennen 80 Prozent der Bevölkerung die 116117. Die Ministerin hat auf der DMEA ausdrücklich zugesagt, dass der Einstieg über die ePA-App und genauso über die 116117 des KV-Systems erfolgen soll.

Entscheidend ist nun, dass sie diese Zusage umsetzt. Der Referentenentwurf enthält auch eine Regelung zur digitalen Bedarfseinschätzung. Doch das BMG beschränkt sich nicht darauf, einen Rahmen für eine bundesmantelvertragliche Regelung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband zu setzen, welche grundlegende Anforderungen ein digitales Bedarfseinschätzungssystem erfüllen muss. Es trifft vielmehr detaillierte technische, methodische und auch medizinisch-inhaltliche Festlegungen. Und damit auch Vorfestlegungen für die Zielrichtung einer zukünftigen Primärversorgungssteuerung. Wir sind der Auffassung, dass die digitale Ersteinschätzung auf medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage nach medizinischem Bedarf und nicht nach Kassenlage erfolgen muss.

Gemeinsam mit dem Zi hat das KV-System über viele Jahre ein funktionierendes und validiertes Instrument aufgebaut. Das BMG sollte sich daher hier nicht vom KI-Hype mancher Krankenkassen irreführen lassen: „Navigationstools“ können allein keine Diagnosen stellen oder gar Therapieentscheidungen treffen und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) können keine indikationsgerechten eÜberweisungen ausstellen. Die Verantwortung für die Versorgung von Patientinnen und Patienten liegt in den Händen von Ärzten und Psychotherapeuten. Und in den Praxen ist KI längst Teil des Alltags. Der verantwortungsvolle Einsatz unterstützt die Effizienz der täglichen Arbeit – sowohl als administrative als auch therapeutische Unterstützung. Das KBV/KV-System hat mittlerweile 12 KI-Roadshows auf die Beine gestellt, an denen mehrere tausend Vertragsärzte und -psychotherapeuten teilgenommen haben. KI ist wahrscheinlich schon konkreter in den Praxen angekommen als in der Bundesregierung. Das zeigt einmal mehr: Wir reden nicht nur über Themen, sondern wir handeln!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, all unser Engagement, unsere Pläne und Vorarbeiten zur Neuausrichtung der 116117 sind angesichts der derzeitigen Lage Makulatur und laufen ins Leere: Eine Infrastruktur, die der Staat für seine Daseinsvorsorge nutzen möchte, muss er auch entsprechend finanzieren. Das kann und darf nicht aus der Vergütung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten geleistet werden. Und gleichzeitig darf die Politik den Fachärzten, die diese Termine bereitstellen sollen, nicht die finanziellen Mittel dafür entziehen. In einem einnahmenorientierten Leistungsangebot sind diese zusätzlichen Termine betriebswirtschaftlich nicht abzubilden. Solche Rahmenbedingungen sind auch für eine Weiterentwicklung der 116117 vollkommen inakzeptabel. Wir sagen dazu laut und deutlich: Steuerung und Digitalisierung sind nicht zum Null- oder vielmehr Minustarif zu haben!

Nutzennachweis „Fehlanzeige“ gilt auch für eine im GeDIG-Entwurf vorgesehene Ergänzung des § 25b SGB V. Demnach ist vorgesehen, sowohl die Nutzungsmöglichkeiten von Patientendaten aus der ePA durch die Krankenkassen als auch deren Befugnisse zur Information ihrer Versicherten weiter auszubauen. Bei all diesen Maßnahmen - zukünftig auch bei der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, handelt es sich um Screening-Maßnahmen mit wissenschaftlich nicht nachgewiesenem Nutzen. Schon bei der Einführung dieser Regelung im Rahmen des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes im Jahr 2024 hatte der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) diese Befugnis der Krankenkassen kritisiert und gefordert, sie zu streichen.

Ungeachtet dessen sollen laut GeDIG-Entwurf die Krankenkassen nun zukünftig nicht nur Daten der ePA nutzen, sondern auch "mit Einwilligung der Versicherten zusätzliche personenbezogene Daten bei ihren Versicherten oder bei anderen Stellen erheben" dürfen. Mit Hilfe des BMG und unter Missachtung von wissenschaftlicher Evidenz sowie datenschutzrechtlichen Bedenken drängen sich die Krankenkassen immer stärker in medizinische Inhalte der Behandlung hinein. Damit stören die Krankenkassen die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient empfindlich. Beenden Sie diesen Irrweg, Frau Ministerin

Warken! Das Gesundheitssystem braucht kein krankenkassengesteuertes Überwachungssystem! Setzen Sie dafür auf digitale Instrumente, die einen nachgewiesenen Nutzen für Ärzte, Psychotherapeuten und Patienten gleichermaßen bringen. Setzen Sie auf diejenigen, die sich um die Patienten täglich kümmern und mittlerweile zum Motor für die Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung geworden sind – auf die Praxen! Und setzen Sie auch weiterhin auf die im Entwurf des GeDIG vorgesehenen sinnvollen Ansätze für mehr Betriebsstabilität in der TI. Bei den Praxisverwaltungssystemen (PVS) steigern mehr Anwenderfreundlichkeit, eine verbesserte Wechsellmöglichkeit durch kostenfreie Datenbereitstellung in interoperablem Format sowie die Möglichkeit der Digitalberatung durch die KVen den Nutzenfaktor der Digitalisierung. Denn Ärztinnen und Psychotherapeuten brauchen eine Digitalisierung, die in der Praxis funktioniert – nicht eine, die auf dem Papier glänzt und im Praxisalltag scheitert. Das alles ist von uns lange gefordert, längst überfällig und jetzt vielleicht in Sichtweite.

Definitiv nicht in Sichtweite – auch wenn Ministerin Warken das ein oder andere Mal vage Ankündigungen gemacht hat – sind dringend erforderliche Entbürokratisierungsmaßnahmen im ambulanten Bereich. Im Gegenteil: Die durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Einsparmaßnahmen im Arzneimittelbereich gehen in Teilen zulasten des bürokratischen Aufwands und des finanziellen Risikos für die Arztpraxen. Und auch hier werden Nutzenkriterien zugunsten der Krankenkassen leichtfertig über Bord geworfen. Sicherlich halten wir die Streichung von Satzungsleistungen für homöopathische und anthroposophische Präparate aufgrund nicht ausreichend nachgewiesener Evidenz für richtig. Doch an dieser Stelle endet die Konsequenz dann auch schon. Denn der Gesetzentwurf sieht vor, dass Krankenkassen künftig festlegen dürfen, welche patentgeschützten Arzneimittel als therapeutisch vergleichbar gelten. Auf dieser Grundlage sollen sie dann Rabattverträge abschließen können.

Anders als von der Finanzkommission empfohlen, soll die Festlegung der therapeutisch vergleichbaren Arzneimittel nicht auf Basis der frühen Nutzenbewertung durch den G-BA erfolgen und damit auch ohne die Expertise der Ärzteschaft. Ob Arzneimittel therapeutisch vergleichbar sind, bedarf jedoch einer medizinischen Bewertung. Solche krankenkassenspezifischen Listen stellen möglicherweise nicht den nachgewiesenen Nutzen eines Arzneimittels in den Vordergrund. Sie erhöhen außerdem den bürokratischen Aufwand und das Regressrisiko für die verordnenden Ärztinnen und Ärzte in unzumutbarem Maße. Denn diese sollen nur im medizinisch begründeten Einzelfall von den rabattierten Arzneimitteln abweichen dürfen. Ob die Begründungen für abweichende Verordnungsentscheidungen von den Prüfstellen später anerkannt werden, ist völlig offen. In den vergangenen Jahren haben viele von Ihnen erlebt, dass die Antwort oft zu Ungunsten der Ärzte ausgefallen ist. Deshalb sagen wir klar: Solche krankenkassenspezifischen, nicht evidenzbasierten Listen lehnen wir ab. Bei Entscheidungen über therapeutische Vergleichbarkeit muss die AMNOG-Bewertung des G-BA ausschlaggebend sein und die ärztliche Expertise ist einzubeziehen.

Gleichzeitig wächst für die Ärztinnen und Ärzte die Preisintransparenz bei den Arzneimitteln. Sie kennen die tatsächlichen Kosten ihrer Verordnungen nicht mehr. Wenn Preise nicht transparent sind, müssen preisbezogene Steuerungsinstrumente entfallen. Und wir brauchen jetzt endlich – und dies sage ich an dieser Stelle nicht zum ersten, sondern zum x-ten Mal – die Bagatellgrenze von 300 Euro bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Das Beitragssatzstabilisierungsgesetz hätte die Chance geboten, diese Regelung ohne Mehrkosten für die Versorgung einzuführen. Frau Warken nutzt sie bislang nicht, sondern möchte wohl auch hier die Bedingungen für die Praxen weiter verschlechtern.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die ambulante Versorgung ist leistungsfähig, sie ist effizient, sie wird von der Bevölkerung getragen. Dieser nachgewiesene Nutzen wird trotzdem politisch ignoriert. Jetzt möchte die Bundesregierung die Praxen in einem beispiellosen Verfahren massiv schwächen. Die Teams in den Praxen übernehmen Tag für Tag die Verantwortung für ihre Patientinnen und Patienten und sichern so die Versorgung. Und das unter Bedingungen, die das Arbeiten schon lange nicht mehr leicht machen. Nun legt ihnen die Politik weitere Steine in den Weg. Daher müssen die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten jetzt ganz besonders darauf achten, von der Politik nicht völlig zerrieben zu werden. Dafür stehen wir mit vollem Einsatz an ihrer Seite. Wir können gemeinsam kämpfen. Das wissen Sie hier im Raum alle und das weiß auch die Politik.

Vielen Dank