KBV
KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

BERICHT AN DIE VERTRETERVERSAMMLUNG 4. SEPTEMBER 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,

auch von mir ein herzliches Willkommen zur Vertreterversammlung der KBV hier vor Ort in Berlin und im Livestream.

Wirksame Patientensteuerung, schnellere Termine, Präventionsoffensive und digitale Innovation. Selten waren die politischen Erwartungen an die ambulante Versorgung so hoch wie heute. Noch nie zuvor hat eine Bundesregierung einen solchen Kahlschlag in der ambulanten Versorgung vorgenommen, wie dies mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) der Fall ist. Nie schien die Diskrepanz zwischen den geschaffenen Rahmenbedingungen und den Erwartungen an die zukünftige Versorgung größer. Ein solcher Widerspruch ist nur durch eine deutliche Kurskorrektur aufzulösen.

Das Spargesetz führt zu tiefgreifenden Einschnitten in der gesamten ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung. Und diese Einschnitte treffen direkt die Patientinnen und Patienten. In der Psychotherapie beispielsweise führen Budgetierung, ersatzlose Streichung der Zuschläge zur Kurzzeittherapie und der Angemessenheitsprüfung für Patientinnen und Patienten zu harten Einschränkungen: weniger Therapieplätze, längere Wartezeiten und eine weitere Verschärfung der Versorgungslage. Dass unsere gemeinsam vorgetragene, zugleich scharfe wie berechtigte Kritik hieran nicht völlig verhallt ist, zeigt der Entschließungsantrag, den die Regierungskoalition eilig und zeitgleich mit dem Gesetz verabschiedet hat.

Die Leistungen für Kinder und Jugendliche, für schwer psychisch Erkrankte im Rahmen der KSV-Psych-Richtlinien sowie dringliche Fälle sollen wieder extrabudgetär vergütet werden. Zugegeben: Das ist ein Signal. Eine nachhaltige und wohldurchdachte Lösung ist es jedoch nicht. Denn anstatt die extrabudgetäre Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen fortzuführen, bleibt ein großer Teil der Versorgung erwachsener Patientinnen und Patienten außen vor.

Statt bloßer und halbherziger Ankündigungen erwarten wir kurzfristige und umfassende Korrekturen für die gesamte ambulante Versorgung. Die Versorgung stärker steuern, schnellere Facharzttermine ermöglichen, die Notfallversorgung neu ordnen, Prävention ausbauen und die Digitalisierung vorantreiben. Wenn die Politik die Antwort auf diese gesundheitspolitischen Herausforderungen am Ende bei den Praxen einfordert, dann muss sich das auch in angemessenen Rahmenbedingungen für die Praxen widerspiegeln.

Sehr geehrter Herr Minister Linnemann, Sie treffen auf Vertragsärzte und -psychotherapeuten und ihre Teams, die jeden Tag mit großem Engagement die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten sichern, Präventionsmaßnahmen erbringen und neue digitale Entwicklungen implementieren. Aber das können die Praxen nicht um jeden Preis leisten. Praxen sind meistens mittelständische Betriebe und können nur dauerhaft bestehen, wenn sie Planungssicherheit haben und betriebswirtschaftlich erfolgreich arbeiten können.

Angemessene Rahmenbedingungen brauchen die Praxen nicht nur bei der Finanzierung. Sie brauchen sie genauso bei der geplanten Neuordnung der Versorgung. Für das angekündigte Primärarztversorgungsgesetz haben wir gemeinsam ein schlüssiges und zukunftsfähiges Konzept vorgelegt. Wir haben ein klares Bild 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, zu Leistungen der Früherkennung und zu Schutzimpfungen. Die Praxen bleiben die zentrale Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten. Und die 116117 als Terminvermittlung in Verbindung mit medizinischer Ersteinschätzung oder elektronischer Überweisung (eÜberweisung) soll ergänzender digitaler Versorgungseinstieg für all diejenigen sein, die nicht bereits in haus- oder auch fachärztlicher Betreuung und Behandlung sind oder ihre Praxis nicht erreichen können.

Bei all dem müssen die Praxen als selbstständige mittelständische Betriebe die Hoheit über ihre Terminorganisation behalten. Einem bundeseinheitlichen Terminverzeichnis nach den Vorstellungen des GKV-Spitzenverbands erteilen wir eine klare und deutliche Absage. Nicht mit uns! Mit dem seit Mitte Juli vorliegenden Kabinettsentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) hat die Regierungskoalition – bereits über die digitalen Voraussetzungen hinaus – die Weichen für

ein Primärversorgungssystem gestellt. Und dabei fährt dieser Zug nicht nur in die falsche Richtung, sondern er droht auch zu entgleisen.

Und dies schon an der ersten Weichenstellung – dem digitalen Versorgungseinstieg: Nach den aktuellen Gesetzesplänen sollen die Krankenkassen ihren Versicherten unter Nutzung der ePA-App einen digitalen Versorgungseinstieg anbieten: zur Weiterleitung an die medizinische Ersteinschätzung sowie Terminvermittlung unter Nutzung der 116117. Einen digitalen Versorgungseinstieg ausschließlich über die ePA-Apps der Krankenkassen lehnen wir ab. Dies ist weder diskriminierungsfrei noch entspricht es der Versorgungsrealität. Patientinnen und Patienten müssen Termine digital über die 116117 – per App oder online – sowie über private Drittanbieter vereinbaren können.

Wer den Zugang zur Versorgung organisieren will, sollte ihn nicht an ein Instrument knüpfen, das nur ein Bruchteil der Versicherten tatsächlich nutzt. Eine aktuelle Studie der Ernst-Abbe-Hochschule Jena zeigt, dass die Registrierung zur elektronische Patientenakte (ePA) für viele Menschen eine Hürde darstellt. Selbst unter denjenigen, die die App nutzen wollen, scheitert etwa jeder Zweite am Anmeldeprozess. Der digitale Zugang zur Versorgung darf aber keine Frage von App-Kompetenz, PIN-Verwaltung oder technischem Know-how mit komplexen Identifikationsprozessen werden.

Wir fordern daher, die 116117 von KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als gleichberechtigten digitalen Zugangsweg gesetzlich zu verankern. In Gesprächen mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hören wir zwar immer wieder, dass dies auch so gemeint sei. Gemeint ist aber nicht gemacht. Wir fordern eine klare gesetzliche Regelung dafür! Der mit den Stimmen des BMG und der Krankenkassen getroffene Beschluss der gematik zum sogenannten „Proof of Patient Presence“ lässt allerdings erhebliche Zweifel an dieser guten Absicht aufkommen. Hinter dem sperrigen Begriff „Proof of Patient Presence“ steckt die einfache Frage: Wie kann ein Patient digital nachweisen, dass er wirklich selbst vor dem Gerät sitzt?

Bislang war vorgesehen, dass Anwendungen wie die 116117-App diesen Nachweis direkt abrufen können. Nun sollen stattdessen die Apps der Krankenkassen dazwischengeschaltet werden. Für Versicherte bedeutet das: Wer in der 116117-App einen Termin suchen oder ein eRezept bei einer Online-Apotheke einlösen möchte, muss die Anwendung verlassen – in die App seiner Krankenkasse wechseln – sich dort anmelden – und anschließend wieder in die ursprüngliche App zurückkehren. Komfort und Nutzerfreundlichkeit sehen anders aus und hohe Abbruchraten sind vorprogrammiert. Zwischendurch fragt womöglich noch die Krankenkasse den Versicherten, ob er wirklich einen Arzttermin buchen möchte oder nicht das Servicecenter der Krankenkasse weiterhelfen kann. Das, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist nicht nur Technik ohne Nutzen, sondern es drängen sich auch die Krankenkassen zwischen Versicherte und ihren Versorgungsbedarf. Eine solche Grenzverschiebung von medizinischem Bedarf hin zu wirtschaftlichen Steuerungsinteressen der Krankenkassen ist vollkommen inakzeptabel.

Auch die zweite, zentrale digitale Weichenstellung des GeDIG-Entwurfs – die digitale medizinische Bedarfseinschätzung – darf nicht von wirtschaftlichen Steuerungsinteressen der Krankenkassen überlagert werden. Denn die Frage, welche Art der Versorgung und wie dringend ein Patient diese benötigt, wird nach medizinischen Kriterien beantwortet und nicht nach wirtschaftlichen Erwägungen der Krankenkassen. Die Erhebung gesundheitlicher Beschwerden sowie die Einschätzung von Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung sind medizinische Aufgaben, die allein in ärztliche Hoheit gehören. Sie sind deshalb auch nicht geeignet für eine Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband. Und das schon gar nicht, wenn der Gesetzgeber weitreichende medizinische, methodische und technische Anforderungen an die digitale Bedarfseinschätzung stellt. Diese müssen weiterentwickelt und an neue Erkenntnisse von Medizin und Versorgungsforschung angepasst werden. Dies gilt insbesondere angesichts der hohen Entwicklungsdynamik im Bereich der künstlichen Intelligenz (KI).

An dieser Voraussicht des Gesetzgebers dürften angesichts der fehlenden Zukunftsorientierung und der handwerklichen Fehler beim Spargesetz Zweifel angebracht sein. Bei der digitalen Bedarfseinschätzung müssen nicht neue Strukturen erfunden, sondern die bestehenden sinnvoll weiterentwickelt werden. Eines aber ist Voraussetzung für all das: Wenn der Gesetzgeber der 116117 zusätzliche Aufgaben überträgt und sie zum zentralen Baustein der digitalen Versorgung macht, dann muss er sie auch verlässlich finanzieren.

Ein staatlicher Auftrag der Daseinsvorsorge kann nicht aus der Vergütung der Ärztinnen und Psychotherapeuten quersubventioniert werden.

Eine weitere digitale Weichenstellung ist die eÜberweisung. Sie wird künftig weit mehr sein als die digitale Version des bisherigen Überweisungsformulars. Sie wird zum Hebel für die Umsetzung eines Primärarztversorgungssystems. Aus diesem Grund haben wir hierzu mit vielen von Ihnen hier im Raum ein Fachkonzept erarbeitet und veröffentlicht. Wir gehen von einer Steigerung der Anzahl der Überweisungen von heute 70 Millionen auf rund 170 Millionen aus. Gerade deshalb kommt es darauf an, das Instrument eÜberweisung von Beginn an richtig auszugestalten. Die eÜberweisung soll dafür sorgen, dass Patientendaten bei der mit- und weiterbehandelnden Kollegin schnell, sicher, vollständig und transparent ankommen.

Darum halten wir es für völlig verfehlt, die eÜberweisung ausschließlich über die ePA laufen zu lassen: Die Informationen müssen für alle Patienten verfügbar sein, unabhängig davon, ob sie eine ePA haben oder nicht. Ärztinnen und Ärzte müssen sich darauf verlassen können, dass sie Zugriff auf die Unterlagen haben, diese vollständig sind und nicht Teile gelöscht wurden. Vorbefunde müssen schon bei der Terminvereinbarung für Praxen einsehbar sein und die Terminservicestellen der KVen müssen auf einen Teil der Daten Zugriff haben, etwa wenn sie in Akut- oder Notfällen Termine vermitteln. All das ist nur mit einem Versorgungsfachdienst, wie wir ihn vom elektronischen Rezept (eRezept) kennen, umsetzbar. Diese Art der Digitalisierung steht für die Zukunft einer neuen und effizienteren innerärztlichen Kommunikation und Information. Eine Digitalisierung als Überwachungsinstrument der Krankenkassen lehnen wir ab.

Apropos Überwachung durch die Krankenkassen: Mit dem GeDIG sollen die Befugnisse der Krankenkassen, die ePA-Daten ihrer Versicherten auszuwerten, nochmals erweitert werden. Hierfür gibt es keinen medizinischen Nutzennachweis für Patienten. Den Nutzennachweis gibt es höchstens für die Krankenkassen, die ihre Versicherten hinsichtlich Verhalten und Lebensstil überwachen und ihre wirtschaftlichen Steuerungsinteressen direkt wirken lassen können. Aber die Folgen dieser Bevormundung tragen die Praxen mit zusätzlichen Nachfragen. Für die Praxen entsteht noch mehr Abstimmungsbedarf mit verunsicherten Patientinnen und Patienten, die mit dem Brief ihrer Krankenkasse in die Sprechstunden kommen. Für solchen medizinischen Unsinn haben die Praxen keine Zeit, schon gar nicht unter den Sparzwängen des BStabG. Ein Punkt kennt keinen Verhandlungsspielraum: der Schutz sensibler Gesundheitsdaten. Die ärztliche Schweigepflicht ist kein Verwaltungsdetail. Sie ist die Grundlage des Vertrauens zwischen Patientinnen und Patienten und ihren Ärzten und Psychotherapeutinnen.

Wer hier Grenzen verschiebt, gefährdet am Ende nicht nur die Arzt-Patienten-Beziehung. Er gefährdet auch die Akzeptanz der Digitalisierung in einem liberalen Rechtsstaat selbst. Das BMG hat im GeDIG aber auch gemeinsame Forderungen von uns aufgegriffen. Es sollen nun Maßnahmen greifen, die die Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur (TI) nachhaltig verbessern. Dazu gehört endlich auch eine klare Verantwortungsübertragung auf die gematik. Denn je mehr versorgungsrelevante TI-Anwendungen der Gesetzgeber verpflichtend macht, desto stärker sind die Praxen auf eine funktionierende und verlässliche Technik angewiesen.

Erst vergangene Woche gab es wieder ein massives Problem bei einem ePA-Anbieter mit dem Ergebnis, dass die ePA für viele Versicherte dadurch überhaupt nicht oder nur eingeschränkt verfügbar war. Um das System zu entlasten, musste sogar die Übertragung von eRezept-Daten in die elektronische Medikationsliste vorübergehend ausgesetzt werden. Die ePA steht vor ihrer nächsten Ausbaustufe mit dem digitalgestützten Medikationsprozess und dem elektronischen Medikationsplan. Hinzu kommt die von uns lang erwartete Volltextsuche.

Rund 50 Praxen in sieben KVen stehen bereit, die neuen Anwendungen zu testen und ihre Erfahrungen einzubringen. Die Erprobung sollte Mitte Juli starten. Doch derzeit ist nur von einem Anbieter das Modul verfügbar. Weitere Systeme sollen erst in den kommenden Wochen bereitstehen. Was ist wieder einmal die Folge: Die geplanten 80 Prozent Marktabdeckung in der Pilotierung und ein flächendeckender Roll-out zum 1. Januar 2027 rücken in weite Ferne.

Haben wir hier nicht alle ein Déjà-vu-Erlebnis? Vor allem aber – es bleibt alles wie immer: Die PVS-Hersteller liefern nicht pünktlich, die politischen Zeitvorgaben sind unrealistisch und alles geht letztlich

zulasten der Ärzte und Psychotherapeuten, denen dann noch Sanktionen drohen. Das ist auch deshalb bemerkenswert, weil die Debatte häufig so geführt wird, als läge der Schlüssel zur Digitalisierung in den Praxen. Dass das BMG im GeDIG vom vollständigen Abrechnungsausschluss abgerückt ist, zeugt zwar von einer ersten kurzen Einsicht, trifft jedoch nicht den Kern des Problems. Denn auch die nun vorgesehenen stufenweisen Honorarkürzungen knüpfen letztlich an dieselbe falsche Logik an: Für die Folgen technischer Verzögerungen werden die Praxen verantwortlich gemacht, obwohl deren Verursacher andere sind.

Zwischen einer politischen Vorgabe und ihrer erfolgreichen Umsetzung im Versorgungsalltag liegen mehrere entscheidende Schritte: die Bereitstellung einer funktionierenden Software, eine ausreichend lange Pilotierungsphase, die systematische Berücksichtigung der Rückmeldungen aus der Praxis sowie der Aufbau verlässlicher technischer Strukturen. Apropos Rückmeldungen der Anwender: Auch in diesem Jahr haben wir mit unserem PraxisBarometer Digitalisierung rund 2.300 Praxen zu ihren Erfahrungen mit der Digitalisierung befragt. Im Mittelpunkt standen die ePA, die digitale Ersteinschätzung und erstmals auch der Einsatz von KI. Bei KI geht es in den Praxen nicht mehr um das Ob, sondern um das Wie. Oder, wie es ein teilnehmender Onkologe treffend formuliert hat: „Wir nutzen KI zur Unterstützung, weil die Probleme teilweise sehr komplex geworden sind. Aber die Entscheidungen treffen natürlich wir." Das bringt es auf den Punkt: KI nicht als Ersatz für ärztliche Entscheidungen, sondern als medizinische Unterstützung dieser. Und zur administrativen Entlastung der Praxen.

Über administrative Entlastung durch den Abbau von Bürokratie wird seit Jahren geredet. Der Katalog der KBV zur Entbürokratisierung liegt seit langem vor. Dessen Bilanz: 23 sofort umsetzbare Maßnahmen, über 400 Millionen Euro Einsparungen an Bürokratiekosten und eine Entlastung von acht Arbeitstagen pro Praxis im Jahr. Die Lösungen liegen längst im BMG auf dem Tisch. Fangen Sie mit dem Offensichtlichen aus dem Koalitionsvertrag an, möchte man dem BMG zurufen: einer Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen von verordneten Leistungen und Abrechnungsprüfungen. Sie würde die Praxen schnell und wirksam entlasten und kein Geld kosten. Daneben gibt es weitere Maßnahmen, die kurzfristig Wirkung entfalten könnten. Dazu zählt insbesondere die Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens in der Psychotherapie.

Unfaire Ungleichbehandlung, liebe Kolleginnen und Kollegen, akzeptieren wir bei den vom BMG vorgesehenen Bürokratieabbaumaßnahmen allerdings nicht: Wie Sie alle wissen, sind Nullretaxationen bei formalen Rezeptfehlern für die Apotheker bereits seit dem Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz Geschichte. Jetzt sollen diese auch für die Heilmittelerbringer abgeschafft werden. So sinnvoll das ist: Wann gilt dies auch für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte? Wie lange müssen sie noch darauf warten, dass medizinisch sachgerechte, aber formal fehlerhafte Verordnungen kein Risiko bis hin zu einem existenzgefährdenden Regress auslösen können? Das kann und darf nicht nur für Apotheker und Heilmittelerbringer gelten!

Rund 40 Millionen Impfungen: So lautet die Impf-Bilanz der Praxen nach Zahlen des Zi-Trendreports für das Jahr 2025. „Impfen bei den Profis – sie beraten, klären auf und impfen mit Sicherheit und der notwendigen medizinischen Kompetenz" lautet daher unser Motto für die bevorstehenden Wochen der Grippeschutz-Impfsaison. Auch hier wollen wir Bürokratie abbauen und Regresssicherheit herstellen. Es kann nicht sein, dass das wirtschaftliche Risiko einer gesellschaftlich und politisch gewollten hohen Impfquote einseitig bei den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten liegt. Deshalb fordern wir ein Ende des bürokratischen und dysfunktionalen Bestellprozesses sowie den Wiedereinstieg in eine zentrale Impfstoffbestellung und -verteilung.

Wir brauchen hier endlich praxistaugliche Rahmenbedingungen: einfache Bestellmöglichkeiten, ausreichende Verfügbarkeit von Impfstoffen und volle Regresssicherheit. Praxisfern ist auch ein aktuelles Urteil des Bundesverwaltungsgerichts. Demnach dürfen Rezepturarzneimittel nur noch auf Grundlage einer patientenindividuellen Verordnung hergestellt werden und damit nicht mehr für den Sprechstundenbedarf.

Dies betrifft zahlreiche in der Notfallversorgung, bei ambulanten Operationen, in Diagnostik und Therapie benötigte Arzneimittel, die nicht als zugelassene Fertigarzneimittel zur Verfügung stehen. In den Praxen löst das Urteil gravierende Versorgungsprobleme und Mehraufwand aus. Daher brauchen wir dringend eine Anpassung der rechtlichen Vorgaben und haben dem BMG einen entsprechenden Vorschlag vorgelegt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn die Bundesregierung die durch das Spargesetz verschärfte Krise in der ambulanten Versorgung überwinden will, muss sie vor allem eines tun: den Praxen wieder die Luft zum Atmen geben. Wir sind bereit, Verantwortung für den notwendigen Wandel zu übernehmen. Für mehr Digitalisierung, für eine bessere Versorgungssteuerung und für nachhaltige Entbürokratisierung liegen konkrete Konzepte von uns auf dem Tisch.

Aber jede Reform muss sich an zwei Fragen messen lassen: Verbessert sie die Versorgung der Patientinnen und Patienten? Und entlastet sie diejenigen, die diese Versorgung jeden Tag gewährleisten? Neue Aufgaben, mehr Bürokratie und immer größerer finanzieller Druck können darauf keine Antwort sein. Gute Versorgung braucht starke Praxen. Und genau dafür werden wir uns auch weiterhin mit aller Kraft und Nachdruck einsetzen.

Vielen Dank