



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

BERICHT AN DIE VERTRETERVERSAMMLUNG 5. DEZEMBER 2025: **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 hier in Berlin und im Livestream.

Wir haben in diesem Land eine deutliche Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Dieses Spannungsfeld erleben wir alle jeden Tag. Es reicht vom Anspruch, Deutschland zu einer nachhaltigen Industrienation zu transformieren und die Innovationskraft anzukurbeln, die marode Infrastruktur zu sanieren und den gesellschaftlichen Zusammenhalt gegen interne und externe Angriffe auf die Demokratie zu stärken, bis dahin, Digitalisierungshemmnisse zu beseitigen und die Akteure im Gesundheitsbereich besser zu vernetzen. Es spricht nichts dagegen, hohe Ansprüche zu haben und ambitionierte Ziele zu formulieren. Aber die entscheidende Frage ist doch: Wo leiten sich aus diesem Anspruch klare politische Handlungen ab? Für den Bereich der Gesundheitsversorgung stehen wir bereit, dazu beizutragen, Lücken zu schließen. Wenn man uns denn lässt. Wir haben Lösungsvorschläge! Einige dieser Lücken zwischen politischem Anspruch und realem Handeln – und natürlich unsere Lösungsvorschläge – möchte ich heute ansprechen.

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken sagte vor Kurzem, dass zu viele Schnittstellen und zu wenig Effizienz die Hauptprobleme des deutschen Gesundheitswesens darstellten. Dass nun ausgerechnet das Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz einen Beitrag zur Lösung hierfür sein soll, ist vollkommen absurd. Für wie falsch wir diesen Gesetzentwurf erachten, haben bereits meine Vorstandskollegen angesprochen. Er konterkariert politische Ziele von weniger Schnittstellen und mehr Effizienz in der Versorgung. Er intendiert vielmehr eine gefährliche Verschiebung von Kompetenzen, die voller Risiken für Patienten und für die Wirtschaftlichkeit der Versorgung ist: Gerade ärztliche Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie sind eben keine Bausteine, die nach Belieben in andere – dafür nicht qualifizierte – Hände gelegt werden dürfen. Den Apothekern fehlt ohne Frage eines: diese ärztliche Kompetenz.

Zudem entsteht zusätzlicher Beratungs- und Betreuungsbedarf in den Praxen. Impfungen beispielsweise sind anerkanntermaßen das wirksamste Mittel der Prävention und sie sind sicher. Aber damit Impfungen ihre volle Wirkung entfalten, gehören sie in ärztliche Hände. Denn zu einer Impfung gehören der Ausschluss akuter Erkrankungen und Kontraindikationen ebenso wie unmittelbares ärztliches Handeln bei Zwischenfällen. Nach einer Auswertung des Paul-Ehrlich-Instituts haben bis zu 28 Prozent der von einer Impfnebenwirkung betroffenen Patienten eine prolongierte unerwünschte Reaktion auf eine Impfung. Die Frage, wer in diesen Fällen – auch nach einer Impfung in der Apotheke – die Ursache herausfindet und sich um die Patienten kümmert, beantwortet sich von selbst. Apothekerinnen und Apotheker können all diese Situationen schlicht nicht managen. Hierzu sind sie ebenso wenig befähigt, wie für die Abgabe verschreibungspflichtiger Medikamente ohne ärztliche Verordnung bei Dauertherapien chronisch kranker Patienten und bei „unkomplizierten“ akuten Erkrankungen. Das ist nicht nur für Patienten riskant, sondern auch für eine wirtschaftliche Versorgung. Der Gesetzentwurf hebt die strikte Trennung von ärztlicher Verordnung auf Basis medizinischer Notwendigkeit und neutraler Abgabe durch den Apotheker auf. Die ärztliche Verordnungsentscheidung wird so durch eine möglicherweise ökonomisch geprägte pharmazeutische Abgabeentscheidung ersetzt.

Wenn Patienten in Notdienstpraxen oder beim Hausbesuch durch den fahrenden Bereitschaftsdienst das dringend benötigte Arzneimittel allerdings gleich bekommen könnten, ohne weite Wege in die Notdienst-Apotheke auf sich nehmen zu müssen, dann wäre das für sie eine tatsächliche Verbesserung des Zugangs zur Versorgung. Wir haben dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) deshalb vorgeschlagen, neue Modelle und Kooperationen zu erproben. Diese Vorschläge passen gut in die Notfallreform und sollten dort gesetzlich verankert werden. Dazu gehören zum Beispiel automatisierte Abgabestationen, direkte Abgabe nach einer telepharmazeutischen Beratung oder die Möglichkeit der ärztlichen Dispensierung.

Nullretaxationen bei Formfehlern sollen der Vergangenheit angehören: aber nur für die Apotheker. Der Entwurf des Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetzes nimmt dieses dringende Anliegen für die Vertragsärzte nicht auf, ebenso wenig wie die Streichung von Regressrisiken im Zusammenhang mit Impfungen. Kennen wir Letzteres bei den Apothekern, frage ich Sie? Das ist eine inakzeptable Form von Ungleichbehandlung. Wer Leistungen verschieben möchte, muss die Verantwortung mitdenken. Verantwortung für verantwortungsloses politisches Handeln, das neue Schnittstellen produziert, Ineffizienz fördert und die Patientensicherheit gefährdet, übernehmen wir ausdrücklich nicht.

Wenn wir über effiziente Steuerung sprechen, gibt es im System doch längst ein Instrument, das zeigt, wie es gehen kann: die 116117. Für Steuerung und Terminmanagement sind Digitalisierung und Vernetzung unerlässlich. Der Patientenservice 116117 des KV-Systems kann hier eine zentrale Rolle übernehmen. Er etabliert sich zunehmend im Bewusstsein der Bevölkerung. Laut einer aktuellen Befragung von Ende November kennen mittlerweile etwa zwei Drittel der Menschen in Deutschland die Nummer beziehungsweise die dazugehörige App. Dieses Potenzial gilt es zu nutzen.

Auch der Koalitionsvertrag nimmt das ausdrücklich auf. Dort ist ein klares Bekenntnis zur Rolle der 116117 verankert. Der Anspruch der Politik an uns ist damit formuliert. Und wir haben uns bereits auf den Weg zu einer Weiterentwicklung der 116117 gemacht. Vonseiten des Vorstands haben wir ein Projekt aufgesetzt, um die potenziellen Anforderungen an die 116117 im Rahmen einer „zukünftigen“ Gesetzgebung so umzusetzen, dass die bisherigen Aktivitäten des KV-Systems unterstützt und die Weiterentwicklung gemäß Koalitionsvertrag berücksichtigt werden. Wir sind derzeit in der Ist-Analyse und leiten daraus die zukünftige Zielarchitektur ab. Selbstverständlich ist dies nur unter enger Einbindung der Kolleginnen und Kollegen aus den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), der kv.digital und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) möglich.

Die Bundesgesundheitsministerin hat die KBV vor Kurzem wissen lassen, dass eine substanzielle Weiterentwicklung der Versorgungssteuerung auch mittels der 116117 vorgesehen sei. Als Punkte nannte sie unter anderem: eine gute und nutzerfreundliche Verknüpfung von digitaler Ersteinschätzung und Terminvermittlung, eine tiefe Integration der Terminvermittlung mit den Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) und perspektivisch eine Skalierbarkeit des Systems. Doch wir vermissen an dieser Aufforderung bisher zentrale Punkte. Zwei möchte ich besonders hervorheben.

Erstens: Die verbindliche Umsetzung der von der kv.digital bereits entwickelten Schnittstelle zwischen dem eTerminservice und den Kalendersystemen der Praxisverwaltungssysteme (PVS). Denn für die Praxen ist es völlig unpraktikabel und inakzeptabel, zwei Terminkalender zu pflegen. Hier brauchen wir dringend eine Rechtsverordnung des BMG, die die Hersteller verpflichtet. Erste vorsichtige Signale haben wir aus dem BMG, dass dieses Anliegen verstanden wird.

Zweitens: Wenn die 116117 Steuerungsaufgaben für das gesamte System übernehmen soll, dann braucht sie eine finanzielle Ausstattung für den infrastrukturellen Aufbau. Die geplanten Vorgaben des BMG im Notfallreformgesetz lassen leider Zweifel aufkommen, ob diese notwendige Erkenntnis vorhanden ist. So plant das BMG, die von den KVen bereitgestellte Rufnummer und Versorgungsplattform mit weiteren staatlichen Aufgaben der Daseinsvorsorge zu beleihen. Allerdings sieht das BMG auch hierfür keine Finanzierung, beispielsweise durch das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaschutz, vor. Im Gegensatz zum Rettungsdienst, der mit 225 Millionen Euro digital ausgebaut werden soll. Sehr geehrte Frau Ministerin, die Finanzierung der Weiterentwicklung der 116117 zu einem Instrument der Daseinsvorsorge aus der Vergütung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen lehnen wir ab!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ein weiteres Thema, das sehr deutlich zeigt, wie politisches Handeln und die Realität in den Praxen auseinanderliegen, ist das Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) in der ambulanten Psychotherapie. Dass Psychotherapie verlässliche Standards braucht, steht für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten außer Frage. Dass das gesetzlich eingeführte QS-Verfahren hierfür nicht der richtige Weg ist, ist mittlerweile ebenfalls klar ersichtlich.

Ein QS-Verfahren muss Versorgungsqualität zuverlässig messen, gegebenenfalls zur Optimierung beitragen und es muss vor allem im Praxisalltag funktionieren. Die Realität zeigt schon jetzt, dass das Verfahren diese Anforderungen nicht erfüllt. Die zweite Regionalkonferenz des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zum Erprobungsverfahren hat sehr deutlich gemacht: Die Methodik überzeugt nicht, die Datenerhebung entspricht nach wie vor nicht dem Gebot der Datensparsamkeit und die Datenübermittlung ist fehleranfällig. Trotz dieser Rückmeldungen soll das Verfahren jetzt ausgeweitet werden. Das ist kein Beitrag zu mehr Effizienz und ganz sicher nicht zu mehr Qualität. Es ist eine zusätzliche Belastung in einem Bereich, in dem wir Entlastung bräuchten. Deshalb haben wir uns im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dagegen ausgesprochen, nun auch noch den nächsten Schritt zu tun, bevor der erste funktioniert.

Gemeinsam mit den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Beratenden Fachausschusses und der KBV-Vertreterversammlung machen wir uns auf den Weg, eine sinnvolle Alternative zu entwickeln, um die politische Entscheidung zur Abschaffung dieses Verfahrens zu unterstützen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Diskrepanz zwischen Anspruch und Realität zeigt sich gerade bei der Digitalisierung ganz deutlich. Ich zitiere die Bundesgesundheitsministerin: „Mit den verfügbaren und aufzubauenden digitalen Diensten und Anwendungen werden wir in Zukunft nicht mehr über technische Basisdienste diskutieren, sondern vielmehr über die konkrete Gestaltung von Versorgungsprozessen.“ Die Realität: In den vergangenen Monaten hat uns die Umstellung des Verschlüsselungsverfahrens von RSA auf ECC - und damit der massenhafte Austausch von TI-Komponenten in den Praxen zum vorgesehenen Stichtag 01.01.2026 – massiv an Ressourcen und Energie gekostet. In anderen Worten: Wir haben uns – im Übrigen, ohne dafür verantwortlich zu sein – um „technische Basisdienste“ gekümmert. Dabei haben wir bereits vor eineinhalb Jahren darauf hingewiesen, dass diese Umstellung ein hohes Risiko für die Sicherstellung der Versorgung zum Jahreswechsel darstellt.

Im weiteren Verlauf wurde schnell erkennbar, dass die Hersteller die benötigten Komponenten zum Jahresende in nicht ausreichender Anzahl zur Verfügung stellen können. Unsere Warnungen wurden zwischenzeitlich als überzogen bezeichnet. In der Presse war von „viel Lärm um Nichts“ die Rede. Gleichzeitig wurden Zuständigkeiten immer und immer wieder hin und her gereicht. Wir haben uns daraufhin direkt an den Präsidenten der Bundesnetzagentur gewandt. Nach Monaten des Ringens mit diversen Akteuren dann der Erfolg: Die Heilberufsausweise und Praxisausweise mit RSA-Zertifikat bleiben bis Mitte 2026 nutzbar.

Blicken wir kurz zurück: Vor zwei Wochen standen wir noch kurz davor, dass zum Jahresbeginn 2026 zehntausende Praxen keine eRezepte und keine elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen mehr hätten ausstellen können – und stattdessen zum Papierausdruck hätten zurückkehren müssen. Einen solchen immensen Schaden – auch für die Digitalisierung in der ambulanten Versorgung – konnten wir gerade noch in letzter Sekunde abwenden. Die Frage allerdings bleibt: Warum musste dieser Druck überhaupt entstehen? Die Technik müsste geräuschlos und problemlos im Hintergrund laufen. Die Umstellung auf ein neues Verschlüsselungsverfahren ist nur ein Beispiel dafür, dass dies im Alltag häufig – zu häufig – nicht der Fall ist.

Die Praxen arbeiten trotz allem längst digital. Wenn wir auf die letzten Jahre der Digitalisierung zurückschauen, dann sehen wir Praxen, die mit viel Eigenengagement und eigener Finanzierung alles umsetzen, was umgesetzt werden muss. Dabei stoßen sie auf die unglaublichsten Hindernisse: Ich spreche von elektronischen Gesundheitskarten, die durch Wollpullis elektrostatisch aufgeladen werden und die Praxis-IT zum Absturz bringen oder von einer instabilen TI, die die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) beeinträchtigt. Und jetzt noch die Umstellung der TI parallel zur Einführung der ePA. Mit einer derart komplizierten und fehleranfälligen Technologie besteht die Gefahr, Ärzte und Psychotherapeuten, die engagiert Patientinnen und Patienten ambulant versorgen, in ihrer Arbeit zu behindern, anstatt sie zu unterstützen. Und absurd ist es, wenn sie dann noch Sanktionen für Fehler befürchten müssen, die sie nicht verursacht haben. Digitalisierung darf die Praxen nicht zu technischen Reparaturbetrieben machen. Ärztinnen und Ärzte sind für die Versorgung zuständig, sie sind keine Fachleute für eine stabile IT-Infrastruktur. Nichts anderes ist IT mittlerweile. IT ist Infrastruktur wie Strom und Wasser. Und Infrastruktur braucht eine solide Finanzierung und eindeutige Verantwortlichkeiten.

Bei beidem sehen wir eine deutliche Schieflage. Eine finanzielle Zusage für infrastrukturelle Maßnahmen, wie die digitale Ausstattung der ambulanten Praxen oder für die Weiterentwicklung der 116117 gibt es – anders als im stationären Bereich – bislang nicht. Es ist längst überfällig, dass die politisch Verantwortlichen diese Ungleichbehandlung zwischen stationärem und ambulantem Bereich endlich korrigieren. Wenn die Politik die Digitalisierung als einen wichtigen Baustein für die zukünftige Gestaltung von Versorgungsprozessen wirklich ernst nimmt, sollte sie dann nicht gerade auf diejenigen setzen, die Vorreiter der Digitalisierung im Gesundheitswesen sind und 97 Prozent aller Behandlungsfälle stemmen – nämlich die Akteure der ambulanten Versorgung?

Digitalisierung ist in den Praxen im Gegensatz zu den Krankenhäusern kein Zukunftsversprechen, sondern gelebte, realistische Gegenwart. Die Praxen liefern. Jeden Tag. Auch die elektronische Patientenakte ist im Praxisalltag angekommen. Trotz der Milliarden von der Bundesregierung und dem scheinbar nie endenden Geldstrom für Digitalisierungsmaßnahmen in Krankenhäusern: Nach den Daten einer bundesweiten Befragung im Rahmen eines Innovationsfondsprojektes versenden 97 Prozent der Klinikbeschäftigten und 80 Prozent der Krankenkassenmitarbeitenden Unterlagen im Rahmen des Entlassmanagements nach wie vor per Fax. In den Praxen stehen daher immer noch Faxgeräte, um mit den Kollegen in den Kliniken kommunizieren zu können.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, inzwischen haben 99 Prozent der Praxen ein konformitätsbestätigtes ePA-Modul. Rund ein Prozent setzen ein PVS ein, dessen ePA-Modul noch nicht das notwendige Konformitätsbewertungsverfahren bei der gematik erfolgreich durchlaufen hat. Sanktionen in Form eines kompletten Abrechnungsausschlusses sollen nach dem Willen des Gesetzgebers in diesen Fällen aber ausschließlich die Praxisinhaber treffen. Das ist – auch angesichts des gerade erwähnten Digitalisierungsgrades von Krankenhäusern und Krankenkassen – völlig unverhältnismäßig und verfehlt.

Bekanntermaßen konnten wir diesen Mechanismus für 2025 aussetzen. Mit dem BMG konnten wir nun auch Übergangsfristen für Praxen und Ausnahmeregelungen für Praxen, die keinen Arzt-Patientenkontakt haben, vereinbaren. Wie Sie wissen, konnten wir diese Lösungen nur in zähen Verhandlungen erreichen. Aufgeben war nie eine Option.

Eine weitere Chance, Verbesserungen in Bezug auf die Nutzung der ePA gesetzlich zu verankern, gibt es auch im Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege. Hier konnten wir zwei Forderungen der KBV-Vertreterversammlung durchsetzen: die Ausnahme von der Befüllungspflicht, wenn erhebliche therapeutische Gründe dagegensprechen, sowie die Einstellung von Abrechnungsdaten in die ePA in der Form, dass sie nur von den Versicherten selbst eingesehen werden können. Bekanntermaßen steckt das Gesetz im Vermittlungsausschuss fest. Nun müssen wir leider weiter auf diese Regelungen warten. Diese Verbesserungen sind ein Schritt, aber weitere müssen folgen, beispielsweise dürfen Patienten nicht durch Ausschluss- und Verdachtsdiagnosen verunsichert werden. Zudem brauchen wir immer noch eine gesonderte Regelung für Minderjährige bis zum vollendeten 15. Lebensjahr. Hierfür setzen wir uns weiter ein.

Apropos Verbesserungen und Entlastung der Praxen durch die Digitalisierung: Wir sehen beim Thema Künstliche Intelligenz (KI) den hohen Informationsbedarf zum Umgang mit KI in den Praxen. Darum gehen wir als KV-System mit einer KI-Roadshow in die Regionen. Und deshalb gibt es Showpraxen in den KVen, damit die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen selbst entscheiden können, welche Art der Digitalisierung für ihre Praxisabläufe sinnvoll ist.

Zugleich haben wir in der KBV mit Unterstützung der KVen eine Gruppe besonders digital-affiner niedergelassener Kolleginnen und Kollegen eingerichtet, um gemeinsam zu überlegen, wie die digitale Versorgung von morgen aussehen kann, welche digitalen Abläufe helfen, um mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten zu gewinnen. Kurzum: Wir haben ein Format geschaffen, in dem neue Ideen, genauso aber auch aktuelle Herausforderungen einen Platz haben. Die gewonnenen Erkenntnisse wollen wir bei politischen Entscheidungen, in die wir eingebunden sind, möglichst gut berücksichtigen. Denn digitale Anwendungen überzeugen letztlich nur durch ihren Nutzen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir brauchen dringend einen echten Bürokratieabbau statt immer neuer Ankündigungen. Unser 21-Punkte-Katalog liegt dem BMG vor. Wir brauchen die im Koalitionsvertrag zugesagte Bagatellgrenze von 300 Euro bei Regressen und auch das Prinzip Beratung vor Regress bei Einzelfallprüfungen. Regresse bis in den sechsstelligen Bereich sind nicht nur existenzgefährdend, sondern sie schrecken vom Weg, sich für die Selbstständigkeit zu entscheiden, ab. Sie sind ein falsches Signal an junge Kolleginnen und Kollegen.

Wir brauchen eine verlässliche Digitalisierung. Dazu gehört eine Industrie, die insbesondere leistungsfähige PVS liefert. Wenn diese Systeme jedoch die Arbeit erschweren, weil sie langsam, veraltet oder wenig intuitiv sind, muss ein Wechsel des PVS möglich sein. Viele Praxen zögern mit dem Wechsel auch, weil sie einen Verlust ihrer Patientendaten befürchten. Deshalb muss die Datenübertragung vollständig und

kostenfrei funktionieren. Die notwendigen Maßnahmen liegen auch hier unmittelbar auf der Hand: eine gesicherte, kostenfreie Datenmigration, eine finanzielle Unterstützung für den Wechsel und ein verbindliches Beratungsrecht der KVen, damit Praxen die nötige Hilfe erhalten. Ebenso notwendig ist eine stabile TI, die nicht an mehreren Tagen im Jahr ausfällt, sowie eindeutige Zuständigkeiten und Verantwortung für genau diese Betriebsstabilität.

Ohne ein klares politisches Bekenntnis zu einer starken ambulanten Versorgung wird die Versorgungssteuerung nicht gelingen. Diese Koalition hat Vieles aufgeschrieben und die Bundesgesundheitsministerin hat Vieles wiederholt, was wir ausdrücklich unterstützen: eine stärkere ambulante Versorgung, weniger Bürokratie, eine verlässliche Digitalisierung und eine 116117, die zum echten Steuerungsinstrument ausgebaut wird.

Die ambulante Versorgung, das sind rund 99.000 Praxen und über 780.000 Arbeitsplätze. Mehr als die gesamte Automobilindustrie. Über die Hälfte der in der ambulanten Versorgung Tätigen sind Frauen. Gerade bei ihnen zeigt sich der Trend hin zur Anstellung besonders deutlich. Sehr geehrte Frau Ministerin Warken, wenn wir den gegenwärtigen Entwicklungen begegnen wollen, müssen wir den Weg in die Selbstständigkeit für junge Kollegen und besonders Kolleginnen spürbar attraktiver machen. Sie haben dieses Ziel selbst benannt. Nun braucht es die entsprechenden Entscheidungen. Gerade auch in Ihrer wichtigen Funktion als Vorsitzende der Frauen Union kommt es darauf an, Worten konsequent Taten folgen zu lassen! Unsere Vorschläge liegen auf dem Tisch. Jetzt gilt es, sie in politische Realität zu überführen!

Für die intensive Arbeit, die hinter diesen Konzepten steht, für das unermüdliche Engagement und – in diesen Tagen mehr denn je – für den notwendigen langen Atem danke ich den Teams in der KBV und den KVen ganz herzlich. Ohne ihre Beharrlichkeit gäbe es diese realitätsbasierten Konzepte nicht. Wir als KV-System füllen die Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit in der ambulanten Gesundheitsversorgung.

Ich wünsche Ihnen allen und Ihren Familien eine schöne Adventszeit, erholsame Weihnachtsfeiertage und einen guten Start ins neue Jahr.

Vielen Dank