
BERICHT AN DIE
VERTRETERVERSAMMLUNG
7. MÄRZ 2025:
**SITZUNG DER
VERTRETERVERSAMMLUNG DER KBV**

REDE VON DR. SIBYLLE STEINER
MITGLIED DES VORSTANDS

ES GILT DAS
GESPROCHENE WORT

Sehr geehrte Frau Vorsitzende, liebe Petra, liebe Kolleginnen und Kollegen,

auch von mir ein herzliches Willkommen hier in der KBV und im Livestream. Über das Ergebnis der Bundestagswahl ist heute schon vieles gesagt worden, auch über den kontinuierlichen Raubbau an der ambulanten Versorgung, der die zurückliegenden Jahre so deutlich geprägt hat. Dieser muss ein Ende haben!

Jenseits der Frage, welche Parteifarbe das Bundesgesundheitsministerium (BMG) künftig oder weiterhin trägt: Die Zeit ist um für ein Fortsetzen der vergangenen Jahre, in denen die Selbstverwaltung und die Praxen gleichermaßen zurückgedrängt wurden. Die Zeit ist mehr als reif für Umdenken und für einen Neustart! Wir brauchen dringend eine Versorgungspolitik, die ambulante Strukturen endlich als unverzichtbares und tragendes Element begreift. Wir brauchen eine sektorenumfassende Versorgung, geprägt von den Werten der Selbstständigkeit und der Selbstverwaltung. Wir brauchen ein Prinzip von digital und ambulant vor stationär. Dabei gilt: Bewährtes zu erhalten und Neues mutig zu wagen. Kurzum: Es geht darum, die enorme Leistungsfähigkeit unserer Praxen zu bewahren, indem sie sich – befreit von Unnützem – endlich wieder auf das fokussieren können, was ihre Aufgabe ist: Patienten zu behandeln und Menschen zu heilen. Menschen zu heilen, macht die berufliche Option der Selbstständigkeit für junge Ärzte und Psychotherapeuten attraktiv.

Für die Lebenswirklichkeit der Menschen sind die Praxen unverzichtbar: Sie gewährleisten die dezentrale, wohnortnahe, vertrauensvolle und effiziente ambulante Versorgung. Ist unser Praxenland erst einmal verschwunden, dann entreißt das den Menschen einen maßgeblichen Vertrauensanker in ihr Land. Wer mit zentralisierten und vorrangig stationären Vorstellungen sowie politischem Durchregieren agiert, verspielt leichtfertig, was Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern so erfolgreich gemacht hat – und hoffentlich auch zukünftig wieder zum Erfolg beitragen wird.

Die Themen liegen auf der Hand: Die Stärkung der Selbstverwaltung als Garant für eine evidenzbasierte sowie wirtschaftliche, ausreichende, notwendige und zweckmäßige Versorgung. Der dringend notwendige Bürokratieabbau, zum Beispiel allem voran durch die Abschaffung von sinnlosen Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen durch die Einführung von Bagatellgrenzen. Und das Voranbringen einer sinnvollen Digitalisierung für echte Versorgungslösungen.

Ich bin überzeugt: Ungeachtet ihres stolzen Alters ist die Gemeinsame Selbstverwaltung mit ihrem partnerschaftlichen Prinzip, mit der Methodenbewertung und der evidenzbasierten Entscheidungsfindung nach dem jeweils allgemeinen Stand medizinischer Erkenntnisse ein äußerst modernes und gerade in politisch turbulenten und international herausfordernden Zeiten unentbehrliches Gestaltungsprinzip für etwas so Elementares wie die Gesundheitsversorgung von Menschen.

Gute Medizin braucht gute Rahmenbedingungen – dies gilt in den Krankenhäusern ebenso wie in den Praxen. Rahmenbedingungen, die den Fokus auf Versorgung legen und Prozesse bürokratiearm und schlank halten. Bei beidem muss die Politik das Rad nicht neu erfinden, sie muss die vorhandenen Reifen nur von störenden Unwuchten befreien. Wie auch Andreas Gassen und Stephan Hofmeister schon betont haben: Wir sind vorbereitet. Wir stehen bereit, um gemeinsam mit der Politik die drängenden Probleme anzugehen und die Versorgung zu stärken.

Konzepte haben wir auf der bereits erwähnten VV-Klausur Ende Januar gemeinsam erarbeitet. Wie erfolgreich diese gemeinsame Anstrengung ist, das hat die Vertreterversammlung (VV) schon mehrfach unter Beweis gestellt. Ein Beispiel sind die Eckpunkte für einen medizinisch sinnvollen Einsatz der Videosprechstunde, die mit dem Digitalgesetz in einen gesetzlichen Auftrag mündeten, in dessen Folge die bundesmantelvertragliche Regelung nun letzte Woche in Kraft getreten ist. Wichtig war uns vor allem der Fokus auf dem medizinischen Nutzen: insbesondere also die Vergabe von Terminen anhand von medizinischem Bedarf an Stelle von Leistungswünschen zu priorisieren, die Durchführung von Videosprechstunden außerhalb der Praxisräume zu ermöglichen und gerade auch eine Anschlussversorgung für die Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Dabei haben wir geregelt, dass Videosprechstunden für Patienten vorrangig in räumlicher Nähe zur Arztpraxis angeboten werden sollen. Denn es geht uns darum, dass – wenn nötig und wenn möglich – ein Arzt für sie da ist. Die Vereinbarung ist

schon deshalb innovativ, weil sie eine versorgungsorientierte Digitalisierung zum Wohle der Patientinnen und Patienten vorantreibt. Jetzt brauchen wir noch praktikable und angemessene Vergütungsregelungen!

Entsprechend viel hatten wir uns auch in dieser VV-Klausur bei den Themen Entbürokratisierung und Digitalisierung vorgenommen. Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verbringen immer mehr Zeit mit administrativen Tätigkeiten, anstatt sich der Patientenversorgung widmen zu können. Dies führt zu Frustration, Mehraufwand und einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in den Praxen. Wir fordern daher zum längst überfälligen Bürokratieabbau von der neuen Bundesregierung innerhalb der ersten 100 Tage ein Bürokratieentlastungsgesetz für die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung. Dazu haben wir dem BMG bereits Vorschläge zur Vereinfachung und Digitalisierung von Regelungen unterbreitet. Diese reichen von A wie Antrags- und Genehmigungsverfahren in der Psychotherapie bis Z wie Zulassungsverfahren.

Wir haben aber auch das Thema weiterverfolgt, wie wir als KV-System mit den Krankenkassen sowie mit anderen Partnern gemeinsam die Bürokratielast für die Praxen reduzieren können. Beispielsweise durch das sogenannte Once-Only-Prinzip. Es stammt aus der EU-Digitalstrategie und wird schrittweise auch von den deutschen Behörden umgesetzt. Bürgerinnen und Bürger sowie Unternehmen müssen demnach ihre Daten jeweils nur einmalig bei der Verwaltung einreichen, etwa wenn sie einen Antrag stellen. Bei weiteren Anträgen müssen diese und alle weiteren Behörden die Daten dann bei Bedarf sicher untereinander austauschen, anstatt sie redundant von Unternehmerinnen und Bürgern einzufordern. Nur nicht bereits eingereichte Daten dürfen dann noch neu erhoben werden. Das soll die Bürokratie verschlanken, Verwaltungsprozesse beschleunigen und auch für mehr Datensicherheit und -sparsamkeit sorgen.

Das Once-Only-Prinzip sollte beispielsweise auch für die einzelnen Krankenkassen bei formfreien Anfragen gelten. Die Krankenkassen legen Daten aus Praxen nicht zentral für alle Arbeitsbereiche ab. Stattdessen holt jede tätig werdende Abteilung die Daten bei der Praxis ein, obwohl sie in einer anderen Abteilung bereits vorliegen. Der Grund: Datenschutz. Wir brauchen daher eine gesetzliche Regelung, die die interne Nutzung von Patientendaten innerhalb der Krankenkassen ermöglicht. Und perspektivisch muss dieses Prinzip auch für andere administrative Prozesse gelten. Die Digitalisierung bietet auch hierfür gute Chancen, die wir aktiv mitgestalten werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir haben im Rahmen unserer Klausur erneut festgestellt, dass die Praxen der mit Abstand am stärksten digitalisierte und digital vernetzte Bereich in unserem Gesundheitswesen sind. Und zwar aus eigenem Engagement und mit Eigenmitteln. Sie müssen noch immer hybrid arbeiten, auch weil viele andere Akteure noch gar nicht an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sind oder diese schlicht nicht ausreichend nutzen – wie etwa die Krankenhäuser, die beispielsweise für den Entlassbrief noch immer Kommunikation im Medizinwesen (KIM) so gut wie gar nicht nutzen.

Wir sind daher der Auffassung, dass die bereits digitalen Praxen in der nächsten „Ausbaustufe“ zu noch stärker digital vernetzten Praxen werden müssen – vernetzt mit allen anderen relevanten Akteuren. Unser Ziel ist dann ein digitales Praxenland, in dem die Praxis den Nukleus einer digital vernetzten und auch zukünftig wohnortnahen, sektorenübergreifenden Versorgung bildet; nach dem schon erwähnten, zukunftsfesten Prinzip „digital und ambulant vor stationär“. Dafür brauchen wir künftig mehr Unterstützung aus der Politik für die gezielte Förderung von innovativer Praxis-IT und den Ausbau der Terminbuchungsplattform 116117. Wir brauchen ein Praxiszukunftsgesetz – vergleichbar mit dem steuerfinanzierten Krankenhauszukunftsgesetz. Das geplante Sondervermögen für die Infrastruktur muss deshalb mit einem Praxiszukunftsgesetz einhergehen.

Die Digitalisierung muss den Praxen als Unterstützung bei den aktuellen und kommenden prozessualen und personellen Herausforderungen dienen – nicht umgekehrt. Das ist Sinn und Zweck von Digitalisierung. Dafür brauchen wir auch ein Umdenken bei den zukünftigen politischen Entscheidern: Der weitere Digitalisierungsprozess in der ambulanten Versorgung muss durch gezielte Anreize statt Sanktionen vorangetrieben werden. Sanktionen beim Honorar und Kürzungen der TI-Pauschale sind abzuschaffen. Stattdessen sollten „Early Adopters“ gezielt gefördert werden. Und wir brauchen endlich eine stabile TI sowie benutzerfreundliche TI-Anwendungen. Hierfür sind unbedingt die erforderlichen politischen Weichenstellungen zu treffen.

Welch bedeutende Stellschraube das Praxisverwaltungssystem (PVS) darstellt, hat nicht zuletzt die vor wenigen Wochen veröffentlichte Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zur Usability und Fehleranfälligkeit von PVS gezeigt. Die Tatsache, dass sich mehr als 10.000 Ärzte, Psychotherapeuten und Praxispersonal an der Online-Befragung beteiligt haben, unterstreicht die Bedeutung, wenngleich das Ergebnis kaum zu überraschen vermag: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen PVS, was die Häufigkeit von Fehlern angeht; Benutzerfreundlichkeit und Anzahl der Fehlersituationen haben einen direkten Einfluss auf die Effizienz medizinischer Arbeitsprozesse.

Das BMG hat endlich verstanden, wie entscheidend die PVS für das Gelingen der weiteren Digitalisierung sind. Im Entwurf für das Gesundheitsdigitalagenturgesetz, das es bekanntermaßen nicht mehr durchs Parlament geschafft hat, fanden sich dazu durchaus positive Ansätze. So muss beispielsweise auch die Möglichkeit der Digitalberatung der Praxen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erneut aufgegriffen und auf eine gesicherte gesetzliche Grundlage gestellt werden. Falls ein PVS – weil der Hersteller die Vorgaben der TI nicht erfüllt – nicht länger genutzt werden kann, müssen Übergangsfristen von mindestens einem Jahr gewährleistet werden, um den Praxisbetrieb nicht zu gefährden. Wir brauchen auch Übergangsregelungen, um gegebenenfalls die Versorgung etwa im Notdienst, in Screening-Programmen oder bei einer geplanten Praxisabgabe weiter sicherstellen zu können. Gleichzeitig sind klare Mitwirkungspflichten der Hersteller für einen reibungslosen PVS-Wechsel verbindlich zu verankern. Für all dies benötigen wir schnell gesetzliche Regelungen.

Aktuell läuft die Testphase der elektronischen Patientenakte (ePA) in den Modellregionen in Hamburg und Franken sowie in den Pilotregionen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Oder besser: Sie läuft allmählich an und in den letzten Wochen konnte man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass sie in der sogenannten „Warm-Up-Phase“ stagniert. Denn auch sieben Wochen nach Beginn der Testphase lässt sich immer noch keine valide Aussage darüber treffen, ob die ePA im Praxisbetrieb funktioniert: Von den etwa 230 Praxen haben knapp ein Viertel noch nicht einmal ein ePA-Modul, bei etwa der Hälfte der Praxen weist das ePA-Modul noch schwerwiegende Fehler auf. Das heißt umgekehrt: Nur wenige Praxen können bislang mit der ePA arbeiten. Dort, wo das – endlich – gelingt, gibt es durchaus positive Erlebnisse, etwa durch die Einsichtnahme in die elektronische Medikationsliste. Das ist aber alles andere als eine belastbare Grundlage dafür, dass der Minister schon seit Wochen den Roll-out für „voraussichtlich Ende März, Anfang April“ ankündigt.

In den Testregionen läuft über Wochen nichts, von denjenigen Praxen, die sich dankenswerter Weise bereit erklärt haben, die ePA zu testen, spricht sich die überwältigende Mehrheit gegen einen zu frühen Roll-out im April aus und mit Blick auf die vom Chaos Computer Club aufgezeigten Sicherheitslücken hat die Bundesdatenschutzbeauftragte, Frau Professor Specht-Riemenschneider in einem Interview jüngst Bedenken geäußert, ob es gelingen könne, diese bis April zu schließen. Erst wenn sich die ePA in den Testregionen im Praxisbetrieb bewährt hat und alle Sicherheitslücken nach Prüfung des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) geschlossen sind, kann die ePA bundesweit starten. Genau das hat das BMG – auf unsere Initiative hin – in der Gesellschafterversammlung der gematik verbindlich mitbeschlossen. Und daran gilt es sich zu halten. Denn: Ein überstürztes Go ist ein absolutes No-Go für die Versorgung.

Wer das nicht versteht, verspielt alles, was die Testpraxen, Apotheken, Krankenhäuser, KVen und auch die gematik in den zurückliegenden Monaten mühsam aufgebaut haben. Und vor allem zerstört es Akzeptanz und Vertrauen bei Ärzten, Psychotherapeutinnen und Patienten gleichermaßen. Komplexe Großprojekte wie die ePA erfordern Sorgfalt und Verlässlichkeit. Aber auch Realitätssinn. In diesem Sinne fordern wir in aller Deutlichkeit: Die Testphase muss verlängert werden. Unabdingbare Voraussetzung ist die positive Bestätigung des BSI, dass die Sicherheitslücken geschlossen sind. Erst dann sind weitere Schritte möglich. Dann kann die Allow-Liste aufgehoben werden und die Praxen können freiwillig auf die ePA zugreifen. Die gesetzlich vorgeschriebenen Sanktionen müssen ausgesetzt werden! Über all diese Punkte habe ich gestern mit dem Minister gesprochen. Und ich habe auch erneut die Notwendigkeit einer Ausnahmeregelung für die Nutzung der ePA bei Kindern und Jugendlichen angesprochen.

Beim Thema IT-Sicherheit kommen wir unseren Pflichten nach. Die gesetzliche Vorschrift zur Gewährleistung der IT-Sicherheit in den Praxen wurde mit dem Digitalgesetz nicht nur in einen anderen

Paragrafen überführt, sondern auch inhaltlich überarbeitet. Die neuen Vorgaben haben wir aufgenommen und dabei vor allem die Empfehlungen des BSI aufgegriffen, beispielsweise zur Personalsicherheit, Verantwortlichkeiten für regelmäßige Back-Ups und Updates oder organisatorische Regelungen zum Umgang mit mobilen Endgeräten und Wechseldatenträgern. Auch der Einsatz von gehosteten Konnektoren und dem TI-Gateway ist berücksichtigt. Vor allem setzen wir einen Schwerpunkt auf die Awareness – Stichwort Sensibilisierung und Schulungen für Praxisteam. Selbstverständlich stellen wir den Praxen die notwendigen Informationsmaterialien zur Verfügung. Mit der Anpassung der IT-Sicherheitsrichtlinie nehmen wir nicht nur den gesetzlichen Auftrag ernst, sondern adressieren auch die Bedrohungslage mit für Praxen handhabbaren und einfach in den Praxisalltag zu integrierenden Maßnahmen. Ihnen liegt heute die aktualisierte Richtlinie zur Abstimmung vor.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Stärkung der Selbstverwaltung als Garant für eine evidenzbasierte sowie wirtschaftliche, ausreichende, notwendige und zweckmäßige Versorgung benötigen wir auch angesichts der schon seit längerem währenden Entwicklung zu immer spezifischeren, aber auch immer teurer werdenden innovativen Arzneimitteln. Bei innovativen Arzneimitteln gilt es mehr denn je, die Spreu vom Weizen zu trennen und Studiendaten zu fordern, die eine Bewertung der Evidenz tatsächlich zulassen. Viele Entwicklungen, nicht mehr nur in der Onkologie oder bei seltenen Erkrankungen, sondern auch im Bereich der sogenannten Volkskrankheiten, zum Beispiel in der Therapie der Alzheimer-Demenz, stehen erst am Anfang. Die mit der Therapie verbundene Diagnostik ist oftmals nicht nur aufwendig und komplex, sie mutet den Patientinnen und Patienten viel zu. Deshalb müssen wir mit unseren Partnern in der Gemeinsamen Selbstverwaltung sicherstellen, dass die Arzneimittelversorgung qualitativ hochwertig und zugleich wirtschaftlich tragfähig ist.

Die Bewertung der Evidenz, das heißt des Zusatznutzens, machen wir im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemeinsam. Die Verantwortung für die Verhandlung von Preisen und Rabatten liegt beim GKV-Spitzenverband beziehungsweise den Krankenkassen. Die Ärztinnen und Ärzte in den Praxen stehen für einen rationalen und indikationsgerechten Einsatz zum Wohle der Patienten – und diese Verordnungen müssen ohne Regressrisiko sein. Dies fordern wir auch weiterhin unverändert!

Aber die wachsende Bedrohung der Selbstverwaltung wird auch von den Krankenkassen gesehen. Der Verwaltungsrat der Techniker Krankenkasse hat neulich gefordert, die Soziale Selbstverwaltung im Grundgesetz zu verankern. Wir sind also nicht die Einzigen, die diese Entwicklung der letzten Jahre mit Sorge sehen. Wir werden mit all unseren Möglichkeiten dafür kämpfen, dass die Politik angesichts der immensen politischen Herausforderungen, vor denen unser Land steht, unseren Aufruf zur Stärkung der Selbstverwaltung und unser Angebot zur Übernahme der damit verbundenen Verantwortung nicht vergisst!