

TOP 2 - Antrag 1: Forderungen zur Stärkung der ambulanten Versorgung

Antragsteller*in:	Vorstand der KBV	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Wir fordern das Bundesministerium für Gesundheit auf, ein klares Bekenntnis zur
2 ambulanten Versorgung über inhabergeführte Praxen abzugeben. Hierzu fordern wir:
3 1. Das Bundesministerium für Gesundheit wird aufgefordert, Vorschläge für eine
4 Stärkung der ambulanten Versorgung im Gesundheitswesen zu unterbreiten, die sich
5 an den sieben Forderungen der Ärzteschaft zum Thema Praxenkollaps orientieren.
6 Eine tragfähige Finanzierung der ambulanten Versorgung, die Abschaffung der
7 Budgets, eine sinnvolle Ambulantisierung mit gleichen Spielregeln für
8 Krankenhäuser und Praxen, eine sinnvolle Digitalisierung, mehr Weiterbildung in
9 Praxen, weniger Bürokratie und eine Abschaffung der versorgungsfeindlichen
10 Regresse bleiben weiterhin die Kernforderungen der KBV.
- 11 2. Das Bundesministerium für Gesundheit wird aufgefordert, dafür Sorge zu tragen,
12 dass die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen nun – wie versprochen –
13 schnell und ohne Komplikationen umgesetzt wird.
- 14 3. Das Bundesministerium für Gesundheit wird aufgefordert, in einem zweiten Schritt
15 nun endlich auch die Entbudgetierung der fachärztlichen Leistungen anzustreben.
- 16 4. Im Rahmen der Krankenhausreform bleibt die Kernforderung der KBV die
17 Gewährleistung fairer Wettbewerbsbedingungen zwischen den Teilnehmern.
- 18 5. Ein funktionierendes Gesundheitswesen braucht eine starke Selbstverwaltung. Wir
19 fordern eine Stärkung der Selbstverwaltung und ihrer Aufgaben anstelle ihrer
20 fortwährenden Schwächung.

Begründung

Das BMG hat nunmehr einen Referentenentwurf zum GVSG vorgelegt. Dieser Entwurf bleibt an vielen Stellen hinter den berechtigten Erwartungen der niedergelassenen Vertragsärzte zurück. Zwar erkennen wir an, dass sich das BMG nunmehr endlich wie versprochen der Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung annehmen will. Ebenfalls erkennen wir an, dass durch die geplanten Reformen Erleichterungen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung erreicht werden könnte. Dennoch erreicht der Entwurf an vielen Stellen noch nicht die berechtigten Anforderungen, die die Vertragsärzte und -psychotherapeuten im vergangenen Sommer aufgestellt haben.

Vertragsärzte und -psychotherapeuten wollen eine zielgerichtete und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung. Hierfür benötigen sie die entsprechenden Ressourcen und Instrumente.

Kritisch sieht die Vertreterversammlung auch den Umgang des BMG mit der Ambulantisierung des deutschen Gesundheitswesens. Weiterhin wird diese allein vom stationären Sektor her gedacht. Eine zielgerichtete Ambulantisierung kann allerdings nur gelingen, wenn sie auch die Anforderungen des ambulanten Sektors berücksichtigt. Hierzu ist es unerlässlich, die Beteiligten des ambulanten Sektors von Beginn an in die Planungen einzubeziehen.

Die Selbstverwaltung war und ist Garant für die Funktionsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens. Diese bedarf einer Stärkung anstelle einer – auch im GMSG wieder enthaltenen – Schwächung zugunsten eines staatsmedizinischen Ansatzes.

TOP 2 - Antrag 2: Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung nach GVSG

Antragsteller*in:	Vorstand der KBV	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Vertreterversammlung der KBV begrüßt ausdrücklich die im GVSG enthaltene
- 2 Entbudgetierung für die Hausärzte nach dem Modell MGV-Plus.
- 3 Im Hinblick auf die im Referentenentwurf zum GVSG enthaltene Entbudgetierung sind
- 4 noch folgend kleinere Anpassungen erforderlich:
- 5 • Die rechnerische Vorgabe zur Bildung der hausärztlichen MGV ist nicht korrekt.
- 6 So wird derzeit aufgrund der rechnerischen Vorgabe im Gesetzestext die zukünftig
- 7 hausärztliche morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Hausarzt-MGV) im Vergleich
- 8 zum tatsächlichen hausärztlichen Honorarvolumen zu groß festgesetzt. Damit
- 9 enthält sie Finanzmittel, die für andere gesetzliche Aufgaben der
- 10 Kassenärztlichen Vereinigung (z.B. Strukturfonds, Strukturförderung) vorgesehen
- 11 sind. Bei einer Verschiebung diese Gelder in das hausärztliche Volumen müssen
- 12 diese Aufgaben aus anderen Töpfen finanziert werden.
- 13 • Weiterhin führt die Formulierung „verhandeln“ anstelle von „vereinbaren“ zu
- 14 einer Verunsicherung. Hier muss die alte Formulierung „vereinbaren“ wieder
- 15 eingefügt werden, da ansonsten nicht sichergestellt werden kann, dass auch
- 16 zukünftig eine Verpflichtung zur Vereinbarung von Zuschlägen besteht.
- 17 • Ausgleichszahlungen müssen quartalsweise erfolgen können. Die über 4 Quartale zu
- 18 bildenden Zuschläge nach Satz 3 dürfen einem solchen Mechanismus nicht
- 19 entgegenstehen. Die schon derzeit ausgezahlten Zuschläge nach Satz 7 zur
- 20 Förderung der Hausärzte müssen langfristig gesichert werden. Eine Gegenrechnung
- 21 mit Ausgleichszahlungen würde dazu führen, dass Ärzte trotz Mehrleistung nicht
- 22 mehr Geld erhalten.
- 23 • Es muss im Gesetzestext klargestellt werden, dass von der Entbudgetierung auch
- 24 die Hausbesuche betroffen sind. Bislang ist eine solche Vorgabe nur in der
- 25 Begründung zum Gesetzgebungsentwurf enthalten.

Begründung

Die Vertreterversammlung ist sich mit der Bundesregierung einig: Die hausärztliche Versorgung muss gestärkt und krisenfest gemacht werden. Das Ausbluten der Praxen muss gestoppt werden, da ansonsten die Versorgung einer immer älter werdenden Gesellschaft nicht mehr gewährleistet werden kann. Die Entbudgetierung ist hierfür der richtige Ansatz.

Die Vertreterversammlung macht deutlich, dass es noch einiger kleinerer Anpassungen bedarf,

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (7) - Mainz, 06.05.2024

um die Entbudgetierung erfolgreich durch den Bewertungsausschuss zum Vorteil der Ärzte und Patienten in die Praxis umzusetzen.

TOP 2 - Antrag 3: Stärkung der ambulanten fachärztlichen Versorgung

Antragsteller*in:	Vertreterversammlung der KBV	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

1. Die Vertreterversammlung der KBV bekennt sich zu einer starken ambulanten fachärztlichen Versorgung.
2. Die Vertreterversammlung fordert den Vorstand der KBV auf zu analysieren, welche Folgen es für die Versorgung der Versicherten haben würde, wenn – wie von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach verlangt – die ambulante fachärztliche Versorgung eingeschränkt werden soll.
3. Der Vorstand der KBV wird aufgefordert, ausgehend von einer Bestandsaufnahme der bestehenden Kapazitäten Konzepte vorzustellen für eine koordinierte und zielgerichtete zukünftige ambulante fachärztliche Versorgung.

Begründung

Bundesgesundheitsminister Lauterbach missinterpretiert das Gutachten des Sachverständigenrats, wenn er die fachärztliche Versorgung perspektivisch allein im Krankenhaus bzw. im Hybridsektor verortet. Die grundversorgende fachärztliche Versorgung findet im Krankenhaus nicht statt. Insofern ist es auch in der Sache grundfalsch, von einer doppelten Facharztschiene zu sprechen. Anstatt eine an medizinischen Kriterien orientierte gestufte Versorgung vorzusehen, die sicherstellen würde, dass Patienten zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Versorgungsebene behandelt werden, setzt Bundesgesundheitsminister Lauterbach vielmehr gezielt auf eine Verknappung des Leistungsangebots im ambulanten Bereich bei gleichzeitiger Konzentration der ambulanten fachärztlichen Versorgung an Krankenhäusern. Die Folgen sind absehbar: Es wird – andere Länder haben es vorgemacht – zu längeren Wartezeiten und zu einer Einschränkung des Leistungsversprechens kommen. Dadurch setzen wir bewährte Strukturen aufs Spiel und riskieren eine hervorragende ambulante Versorgung. Sollte sich Minister Lauterbach mit seinem Vorhaben durchsetzen, wäre das eine massive Schwächung des Gesundheits- und Wirtschaftsstandortes Deutschland. Leidtragend wären nicht nur die Praxen, sondern vor allem die Patienten.

Wir brauchen mehr denn je eine fachärztliche Grundversorgung in den Praxen – und das in der Fläche. Weder organisatorisch noch medizinisch sind die Krankenhäuser in der Lage, die grundversorgende fachärztliche Versorgung zu übernehmen. Dieses Ergebnis bestätigt auch das SVR-Gutachten, das mehr Kooperation fordert. Kooperation setzt zwei funktionierende Partner voraus, die Auflösung einer Versorgungsebene ist damit nicht gemeint.

TOP 2 - Antrag 4: EBM-Reform Hausärzte nach GVSG

Antragsteller*in:	Vorstand der KBV	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

1 Die Vertreterversammlung der KBV fordert eine Reform des Einheitlichen
 2 Bewertungsmaßstabes für die Hausärzte. Die im GVSG angelegten Versorgungs- und
 3 Vorhaltepauschalen können die Arbeit der Ärzte erleichtern und damit die Versorgung
 4 der Patienten verbessern. Um eine sachgerechte Umsetzung im Bewertungsausschuss
 5 erreichen zu können, müssen aber noch folgende gesetzliche Leitplanken geschaffen
 6 werden:

7 **Versorgungspauschale:**

- 8 • Aufgrund der Einführung einer Versorgungspauschale darf die Vergütung für die
 9 Behandlung eines chronisch erkrankten Patienten nicht sinken. Die
 10 Versorgungspauschale reduziert nicht den medizinisch erforderlichen
 11 Behandlungsbedarf pro Patienten. Daher muss der Gesetzgeber klarstellen, dass
 12 die Bewertung der Versorgungspauschale nicht geringer sein darf als die Summe
 13 der bisherigen Gebührenordnungspositionen, die der Versorgungspauschale zugrunde
 14 liegen. Bei einer Jahrespauschale muss die Bewertung der Versorgungspauschale
 15 der Summe der Gebührenordnungspositionen aus vier Quartalen entsprechen.
- 16 • Bei der Behandlung von chronisch erkrankten Patienten ist im Laufe eines Jahres
 17 nicht in jedem Quartal ein Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich. Daher können
 18 behandlungsfallbezogen drei Kontakte innerhalb eines Jahres an einen Kontakt mit
 19 dem Praxisteam (auch telemedizinisch) geknüpft werden. Durch die Einführung
 20 eines Praxis-Patienten-Kontakts darf es keinen Spielraum für eine Absenkung der
 21 Vergütung gegenüber der aktuellen Vergütung geben.
- 22 • Im Fokus der Versorgungs-/Jahrespauschale stehen leichte chronische
 23 Erkrankungen, ohne intensiven Betreuungsbedarf durch die hausärztliche Praxis.
 24 Die intensive Versorgung von Patientinnen und Patienten mit hohem
 25 Betreuungsbedarf muss weiterhin über die bekannten Quartalspauschalen möglich
 26 bleiben.
- 27 • Mehrfachinanspruchnahmen können durch die Ärzte nicht ausgeschlossen werden. Bei
 28 der parallelen Behandlung durch einen Hausarzt und beispielsweise
 29 Diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen,
 30 Substitutionsbehandlung, Schmerztherapeuten oder Psychotherapie liegt eine
 31 Mehrfachinanspruchnahme im Interesse der Versorgung. Der Gesetzgeber hat diesen
 32 Sachverhalt bei der Einführung der Versorgungspauschale zu berücksichtigen.

33 **Vorhaltepauschale:**

- 34 • Das Finanzvolumen der Vorhaltepauschale muss definiert werden. Die neue
35 Vorhaltepauschale ist daher als Anteil an der derzeitigen
36 Gebührenordnungsposition 03040 des EBM zu bilden.
- 37 • Die Vorhaltepauschale darf von den Krankenkassen nicht zur Absenkung von
38 leistungsbezogenen Gebührenordnungspositionen im EBM genutzt werden.
- 39 • Es dürfen nur solche Kriterien für die Vorhaltepauschale formuliert werden, die
40 bereits heute üblicher Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind.
41 Kriterien, die sehr selten von hausärztlichen Praxen erfüllt werden und deren
42 Erfüllung aufwändig ist, wie z. B. die Samstagssprechstunde, müssen mit neuem
43 Geld finanziert werden.
- 44 • Die Voraussetzungen der Abrechenbarkeit der Vorhaltepauschale sind so
45 festzulegen, dass durch die Einführung keine Finanzmittel frei werden. Durch die
46 Einführung der Vorhaltepauschale darf es zu keinem Rückgang des hausärztlichen
47 Leistungsbedarfs und damit möglicher Ausgleichszahlungen der Krankenkassen im
48 Zuge der Entbudgetierung kommen.
- 49 • Nicht jede Praxis muss alle Kriterien erfüllen. Welche und wie viele Kriterien
50 (auch als Stufenmodell) durch die Praxen erfüllt werden müssen, ist vom
51 Bewertungsausschuss bedarfsgerecht festzulegen. Strukturelle Benachteiligungen
52 von z. B. Einzelpraxen oder städtischen Praxen müssen dabei ausgeschlossen
53 werden.
- 54 • Für die Erfüllung der Kriterien muss sichergestellt werden, dass die Versorgung
55 von HzV-Versicherten und Leistungen, die für diese erbracht werden,
56 berücksichtigt werden (Versichertenzahlen, Anzahl Hausbesuche, sonstige
57 technische Leistungen etc.).

Begründung

Die Vertreterversammlung der KBV setzt sich für eine Reform der hausärztlichen Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab ein. Die Selbstverwaltung braucht hier ein Instrumentarium im SGB V, um mit der gebotenen Sorgfalt zielgerichtet die hausärztliche Vergütung an die aktuellen Versorgungsbedarfe anzupassen. Teamstrukturen werden in den hausärztlichen Praxen immer wichtiger, dies muss sich zukünftig auch in der Vergütungssystematik widerspiegeln. Zudem müssen Versorgerpraxen gestärkt und die aufwendige Behandlung von multimorbiden Patienten im Verhältnis zu weniger aufwendigen Behandlungen angemessen vergütet werden. Eine Vergütungsreform darf aber nicht dazu führen, dass das Honorar für die Behandlung von chronisch erkrankten Patienten sinkt. Unter dem Paradigma einer finanzneutralen Umsetzung darf die Reform von den Krankenkassen im Bewertungsausschuss nicht dazu genutzt werden, die Vergütung je chronisch erkrankten Patienten abzuwerten. Zudem darf es nicht zu unkontrollierten Honorarverwerfungen und Umverteilungseffekten im Zuge der Reform kommen. Die Vertreterversammlung fordert daher den Gesetzgeber auf, hier entsprechende gesetzliche Leitplanken zu schaffen. Nur so kann eine Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die Hausärzte erfolgreich gelingen.

TOP 2 - Antrag 5: Nutzerzentrierung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit von PVS müssen besser durchgesetzt werden

Antragsteller*in:	Vorstand der KBV, Vertreterversammlung der KBV	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fordert den
- 2 Gesetzgeber auf, wirksame Regelungen zur Durchsetzung von Vorgaben für die Hersteller
- 3 von Praxisverwaltungssystemen (PVS) zu schaffen, mit denen die Hersteller
- 4 verpflichtet werden, an Praktikabilitäts- und Leistungskriterien orientierte
- 5 Funktionalitäten im Zusammenhang mit Anwendungen der Telematik-Infrastruktur (TI),
- 6 wie z. B. der elektronischen Patientenakte (ePA), in ihren PVS umzusetzen. Es sollte
- 7 ein Vorschlagsrecht der KBV beim Kompetenzzentrum für Interoperabilität im
- 8 Gesundheitswesen (KIG) für die Praktikabilitäts- und Leistungskriterien mit
- 9 entsprechender Benehmensherstellung vorgesehen werden.
- 10 Weiterhin müssen durch gesetzliche Regelungen die Transparenz über
- 11 Leistungsfähigkeit, Funktionsumfang und Preise sowie die Wechselaufwände von PVS
- 12 erheblich verbessert und die Rechte der Praxen gegenüber den Herstellern bei
- 13 Schlecht-/Nichtleistung deutlich gestärkt werden; Sanktionen und Bußgelder sind
- 14 insbesondere in diesen Fällen auszusetzen.

Begründung

Derzeit erfüllen die von Vertragsärzten und -psychotherapeuten zu nutzenden PVS die Anforderungen der Praxen an Praktikabilität und Leistungsfähigkeit im Zusammenhang mit den TI-Anwendungen häufig nicht oder in nur sehr unzureichendem Maß. Dies ist durch teilweise massive Probleme bei der Einführung der eAU und des eRezepts, aber auch durch Nutzererfahrungen mit der ePA in der TI-Modellregion Hamburg vielfach belegt. Die Möglichkeiten der Anwender, gegenüber dem Hersteller des PVS Verbesserungen bei Schlecht-/Nichtleistung einzufordern und durchzusetzen, sind sehr begrenzt.

Für die Praxen besteht sowohl bei Praxis-Neugründungen als auch beim Wunsch das PVS zu wechseln, kaum Transparenz hinsichtlich des Markangebotes bei den PVS. Zudem wird die Möglichkeit der Anwender, von einem nicht zufriedenstellend arbeitenden PVS zu einem anderen PVS wechseln zu können, durch technische, finanzielle und die hierfür entstehenden erheblichen Zeitaufwände neben dem Praxisbetrieb deutlich eingeschränkt. Dies führt zu einer aus Kundenperspektive nicht hinreichenden Wirksamkeit von Marktmechanismen im Bereich der PVS.

Schließlich sehen sich die Praxen unverändert unverschuldeten gesetzlichen Risiken in Form von

Sanktionen, Vergütungsausfällen und kostenträchtigen Produktivitätsverlusten im Versorgungsalltag ausgesetzt, ohne hierauf wirksam gegenüber den Herstellern Einfluss nehmen zu können.

Die Mitwirkung der KBV bei der Formulierung der Praktikabilitäts- und Leistungskriterien für die PVS ist erforderlich, um die um eine hinreichende Sicht der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxis in den Kriterien abzubilden.

TOP 2 - Antrag 6: Den Orientierungswert endlich an die tatsächlichen Kostenentwicklungen anpassen und die strukturelle Benachteiligung der Vertragsärzte gegenüber Krankenhäusern beenden!

Antragsteller*in:	Dr. Bernhard Rochell (Nr. 17), Peter Kurt Josenhans (Nr. 18), Dr. Monika Schliffke (Nr. 46), Dr. Ralph Ennenbach (Nr. 47), Dr. Frank Bergmann (Nr. 31), Dr. Carsten König (Nr. 32), Mark Barjenbruch (Nr. 27), Thorsten Schmidt (Nr. 28), Caroline Roos (Nr. 20)	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Politik und Bundesregierung werden aufgefordert, die auf Grundlage
- 2 unterschiedlicher Vorgaben zur jährlichen Anpassung der Vergütungen für stationäre
- 3 und ambulante Leistungen an die aktuellen Kostenentwicklungen entstandene
- 4 strukturelle Benachteiligung des ambulanten Versorgungsbereiches endlich
- 5 auszugleichen und gesetzlich die Neueinstellung und Weiterentwicklung des
- 6 Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V analog der berechtigterweise für die
- 7 stationäre Leistungsvergütung geltenden bzw. mit der aktuell laufenden Gesetzgebung
- 8 geplanten Prinzipien zu regeln.

Begründung

Die für die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung relevante Preiskomponente ist der durch den Bewertungsausschuss jährlich zu vereinbarende Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e SGB V. Dieser wächst im Jahr 2024 das neunte Jahr in Folge unterhalb der Inflationsrate* und behindert zunehmend die wirtschaftliche Arbeit unserer Praxen. *Der kumulativen Inflationsrate in der Inflationszeit der Jahre 2022 bis 2024 in Höhe von 16,3 % (unter Berücksichtigung der Prognose zur Inflationsrate 2024 der Deutschen Bundesbank vom 20.12.2023 in Höhe von 2,7 %) steht eine Erhöhung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V von lediglich insgesamt 7,3 % gegenüber. Die für die Vergütung der Krankenhausleistungen maßgeblichen Bundes- und Landesbasisfallwerte werden in Orientierung an einen jährlich durch das Statistische Bundesamt ermittelten „Orientierungswert für Krankenhauskosten“ festgelegt, welcher nach Planungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) künftig in voller Höhe bei der Weiterentwicklung der Vergütungen der Krankenhäuser Anwendung finden soll. Dieser Wert ergibt sich aus der durchschnittlichen jährlichen Veränderung der Krankenhauskosten, die ausschließlich auf Preis- oder Verdienständerungen zurückzuführen ist und ist seit dem Jahr 2015 bis zum Jahr 2024 um 37,91 % gestiegen, während der Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e SGB V im selben Zeitraum lediglich um 17,62 % angehoben wurde! Im Vergleich mit den Krankenhäusern bedeutet dies eine enorme finanzielle Benachteiligung der Praxen!

In der Erläuterung zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) des BMG vom 15.04.2024 heißt es neben der Ankündigung der Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel an Krankenhäuser u.a. aus einem Transformationsfonds in Höhe von 25 Mrd. EUR hierzu: „Daneben werden die wirtschaftliche Situation und die Liquidität der Krankenhäuser durch die vollständige, umfassende und frühzeitige Tariffinanzierung sowie durch die Anwendung des vollen Orientierungswerts wesentlich und nachhaltig verbessert.“ Innerhalb von vier Wochen sollen unterjährig abgeschlossene Tarifvereinbarungen im ärztlichen und nicht ärztlichen Bereich zu 100% für Krankenhäuser gegenfinanziert werden. Eine Anbindung an die Grundlohnsumme entfällt vollständig.

Eine vergleichbare Lösung für die Neueinstellung und Weiterentwicklung des Orientierungswertes für die vertragsärztliche Versorgung ist längst überfällig! Dies ist zum einen aufgrund des steigenden Anteils angestellter Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung angebracht, zudem muss die Benachteiligung der Praxen gegenüber Krankenhäusern beendet werden, wenn die notwendige ambulante Versorgungsstruktur möglichst weitgehend erhalten bleiben soll.

TOP 2 - Antrag 7: Grundlegende Voraussetzungen für die erfolgreiche Einführung der „ePA für alle“ – Positionen der KBV-Vertreterversammlung

Antragsteller*in:	Vorstand der KBV, Vertreterversammlung der KBV	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Bis zum Jahr 2025 sollen nach dem Willen der Bundesregierung 80 % der gesetzlich
2 Versicherten über eine elektronische Patientenakte (ePA) verfügen. Das Gesetz zur
3 Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens, kurz Digital-Gesetz
4 (DigiG), sieht daher den Start der (Opt-Out-)ePA zum 15.01.2025 vor.
- 5 Damit jedoch die „ePA für alle“ ein Erfolg werden kann, der wirklich zu einer
6 Verbesserung der Prozesse in der ambulanten Versorgung und damit zu einem Nutzen für
7 die Patientinnen und Patienten führt, müssen für die Praxen der Vertragsärzte und
8 Vertragspsychotherapeuten grundlegende Voraussetzungen von Beginn an gegeben sein:
- 9 • Die Telematikinfrastruktur (TI) und alle mit ihr verbundenen Prozesse und
10 Dienste der TI müssen dauerhaft – auch zu Spitzenzeiten – stabil, performant und
11 vor allem ausfallsicher verfügbar und funktionsfähig sein.
 - 12 • Alle in den Praxen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten eingesetzten
13 Praxisverwaltungssysteme (PVS) müssen Akzeptanz- und Qualitätskriterien im
14 Hinblick auf Nutzerfreundlichkeit, Funktionsfähigkeit und Performanz im
15 Zusammenhang mit der Nutzung der ePA erfüllen.
 - 16 • Zu diesen Akzeptanz- und Qualitätskriterien der PVS zählen:
 - 17 • Einfache, schnelle, stabile und im Hintergrund ablaufende Prozesse bei der
18 Patientenmeldung in den Praxen und der damit verbundenen Herstellung des
19 so genannten „Behandlungskontextes“, der Voraussetzung für die Nutzung der
20 ePA in den Praxen der Ärzte und Psychotherapeuten ist.
 - 21 • Alle Interaktionen mit der ePA müssen von Ärzten und Psychotherapeuten
22 innerhalb des PVS an ihr medizinisches Personal delegierbar sein.
 - 23 • Die Orientierung in der ePA, die Suche nach Inhalten sowie das Lesen und
24 Herunterladen von Dokumenten der ePA in die Behandlungsdokumentation der
25 Praxis muss übersichtlich und – auch in Spitzenzeiten – verlässlich
26 performant erfolgen. Der Aufruf eines Dokuments aus der ePA darf unter
27 Realbedingungen regelhaft maximal 2 Sekunden betragen.
 - 28 • Die Volltextsuche in der ePA muss von den PVS implementiert und performant
29 zur Verfügung gestellt werden, sobald sie technisch verfügbar ist.
 - 30 • Sämtliche Prozesse der – zukünftig an vielen Stellen für Ärzte und

31 Psychotherapeuten gesetzlich vorgeschriebenen und damit verpflichtenden –
32 Befüllung der ePA mit Befunden, Arztbriefen und weiteren medizinischen
33 Dokumenten müssen von den PVS optimal so unterstützt werden, dass Prozesse
34 bei Bedarf durch die Anwender mit entsprechenden Einstellungen im PVS
35 automatisierbar gestaltet werden können und zusätzlicher Zeitaufwand
36 vermieden wird.

- 37 • Die besonderen Möglichkeiten, die sich durch die Verfügbarkeit
38 strukturierter und standardisierter Daten mit Hilfe von medizinischen
39 Informationsobjekten (MIO) ergeben, müssen in den PVS zum Nutzen der
40 Anwender bestmöglich ausgeschöpft werden (z. B. eImpfpass,
41 eMedikationsplan).
- 42 • Die Erfüllung der vorgenannten Anforderungen muss vor dem flächendeckenden
43 Rollout der ePA in hinreichend langen, an realen Prozessen in Arzt- und
44 Psychotherapiepraxen orientierten und unter Realbedingungen aussagekräftigen
45 Tests nachgewiesen werden.

Begründung

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist kein Selbstzweck und darf nicht der Erfüllung politisch gesetzter, abstrakter Zielmarken dienen. Dies gilt auch und gerade für die Einführung der so genannten „ePA für alle“.

Die Einführung der „ePA für alle“ muss dazu dienen, die Versorgungsprozesse und Abläufe in den Praxen, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens schrittweise aber spürbar von Anfang an zu verbessern. Diese Verbesserung kann – im Sinne einer *conditio sine qua non* – aber nur dann gelingen, wenn die ePA von den Ärzten, den Psychotherapeuten und ihren Mitarbeitenden mit Hilfe des PVS im Versorgungsalltag funktionsfähig genutzt und eingesetzt werden kann.

Denn nur dann besteht eine Chance, dass die ePA ihren Zweck erfüllt: Medizinischen Nutzen für die Patientinnen und Patienten zu entfalten und die Versorgungsprozesse in der täglichen ambulanten Praxis zu vereinfachen, zu verbessern und zu beschleunigen. Und nur dann wird die ePA von den Betroffenen als ein Erfolg bewertet werden können.

Wenn jedoch zur Erreichung politischer Ziele im Januar 2025 eine funktionslose, unzureichend getestete und massiv fehlerbehaftete ePA flächendeckend eingeführt wird, drohen massive Störungen der Versorgung und erneute zusätzliche Belastungen des medizinischen Personals mit weiterem Akzeptanzverlust für die notwendige sinnvolle digitale Transformation des Gesundheitswesens. Das muss vermieden werden!

TOP 2 - Antrag 8: Überprüfung der Krankenhausreform bei der Europäischen Kommission

Antragsteller*in:	Mark Barjenbruch (Nr. 27), Dr. Christian Schütte (Nr. 29), Dr. Matthias Berndt (Nr. 30), Thorsten Schmidt (Nr. 28)	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand, eine Überprüfung der
- 2 Krankenhausreform bei der Europäischen Kommission zu veranlassen.

Begründung

Faire Wettbewerbsbedingungen in der ambulanten Versorgung sind ein zentraler Bestandteil eines funktionierenden Gesundheitsmarktes. Die jüngsten Entwürfe zur Krankenhausreform begründen die Besorgnis, dass Wettbewerbsbedingungen zum Nachteil der niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten verschlechtert werden. Dies ist das Ergebnis einer Begutachtung, die die KBV durch die Kanzlei GleissLutz hat durchführen lassen. Hier wird ausgeführt, dass die geplante Krankenhausreform gegen europäisches Beihilfenrecht verstößt und insofern ein Verstoß gegen faire Wettbewerbsbedingungen gegeben ist. Vor dem Hintergrund der durch den Referentenentwurf entstehenden Bedrohung beauftragt die Vertreterversammlung die im Gutachten genannte Handlungsoption, die Anzeige gegenüber der Europäischen Kommission, zu ergreifen.

TOP 2 - Antrag 9: Ungesunde Machtfülle für Kommunalpolitik und Krankenkassen vermeiden!

Antragsteller*in:	Dr. Burkhard Ruppert (Nr. 12), Dr. Christiane Wessel (Nr. 13), Catrin Steiniger (Nr. 15), Dr. Stefan Roßbach-Kurschat (Nr. 16), Dr. Klaus Heckemann (Nr. 41), Dr. Sylvia Krug (Nr. 42), Dr. Jörg Böhme (Nr. 44), Dr. Holger Grüning (Nr. 45), Dr. Annette Rommel (Nr. 49), Dr. Thomas Schröter (Nr. 50), Caroline Roos (Nr. 20)	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Vertreterversammlung der KBV wendet sich entschieden gegen jede Fremdbestimmung
- 2 der regionalen vertragsärztlichen Versorgung durch Kommunalpolitik und Krankenkassen.
- 3 Sowohl der Einvernehmensvorbehalt von Zulassungsentscheidungen mit der
- 4 Landesgesundheitsbehörde (§ 96 Abs. 2a SGB V nach RefE-GVSG) als auch die Einführung
- 5 von Verträgen zwischen Kommunen und Krankenkassen über vertragsärztliche Belange
- 6 („Gesundheitsregionen“, im RefE-GVSG vorläufig gestrichen) drohen die gemeinsame
- 7 Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen zu schwächen und leisten einer
- 8 Verstaatlichung und zentralistischen Oligostruktur der ambulanten Versorgung
- 9 Vorschub. Wir fordern die Mitglieder des Deutschen Bundestages auf, diese Vorhaben
- 10 des Bundesgesundheitsministers zu verhindern.

Begründung

Die vom BMG gewünschten Gesetzesformulierungen lauten:

Zusatz zu § 96 Absatz 2a SGB V:

„Die ... Entscheidungen des Zulassungsausschusses für Ärzte sind im Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde zu treffen. Das Einvernehmen gilt als erteilt, wenn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde bei der Beschlussfassung keine entgegenstehende Erklärung abgibt.“

Damit werden Fragen der Zulassung und Ermächtigung von Ärzten und Psychotherapeuten in das politische Belieben von Amtsträgern gestellt, die sich erfahrungsgemäß von wahltaktischen Erwägungen und nicht von objektiven Kriterien der Versorgungslage leiten lassen.

Aufnahme eines § 140b (neu) SGB V:

„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit einem oder mehreren Kreisen oder einer oder mehreren kreisfreien Städten in einer Region (Gesundheitsregion) auf deren Antrag einen Vertrag ... schließen, ...“

Aufgabe im Rahmen der Organisation einer Gesundheitsregion soll insbesondere auch die Sicherstellung der Versorgung über Sektorengrenzen hinweg sein können. Die ambulanten Hauptleistungsträger, die bisher in Kollektiv- und Selektivverträgen paritätisch die Versorgung

mitgestalten, sind nicht erwähnt und drohen von den vorgesehenen Vertragsparteien abhängig zu werden. Einerseits bekommen Krankenkassen die Möglichkeit, durch „Austrocknung“ der herkömmlichen Vertragsformen über Gesundheitsregionen-Verträge sukzessiv eine dominierende Rolle im Gesundheitswesen zu erlangen. Andererseits werden Kommunalpolitikern weitgehende Gestaltungsrechte eingeräumt, die sie nicht daran hindern können, interessengeleitete Prestigeprojekte zu priorisieren.

TOP 2 - Antrag 10: Stärkung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie in den Praxen

Antragsteller*in:	Dr. Bernhard Rochell (Nr. 17), Peter Kurt Josenhans (Nr. 18), Dr. Monika Schliffke (Nr. 46), Dr. Ralph Ennenbach (Nr. 47)	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	mehrheitlich
	Nein:	0
	Enthaltung:	1

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Zur Stärkung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie werden der Gesetzgeber und die
- 2 Partner des Bundesmantelvertrags Ärzte/ Psychotherapeuten aufgerufen, die Ärzte-
- 3 Zulassungsverordnung und den Bundesmantelvertrag entsprechend zu flexibilisieren:
- 4 Ansatzpunkte hierfür sind:
- 5 • 19a Abs. 2 Ärzte-ZV: Erweiterung der Option auf Erklärung des Arztes zur
- 6 Einschränkung seines Versorgungsauftrages auf frei skalierbare Anteile des
- 7 Versorgungsauftrages oberhalb drei Viertel des Versorgungsauftrags nach §19a
- 8 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV (Kindererziehung/ Pflege von Angehörigen – ggf. unter
- 9 Befristung nach Anlass)
- 10 • Die Partner der Bundesmantelverträge regeln einheitlich, unter welchen
- 11 Voraussetzungen Video- und Telefonsprechstunden außerhalb des Vertragsarztsitzes
- 12 gehalten werden können.
- 13 • 32 Abs. 2 Ärzte-ZV: Weitere Flexibilisierung der Fristen für die Beschäftigung
- 14 von Assistenten während Zeiten der Erziehung von Kindern bzw. der Pflege von
- 15 Angehörigen

Begründung

Zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie müssen die Optionen zur vorübergehenden Einschränkung des Versorgungsauftrages aus Gründen der Kindererziehung und Pflege von Angehörigen, zum Angebot von Video- und Telefonsprechstunden außerhalb des Vertragsarztsitzes und für die Beschäftigung von Assistenten und die damit zusammenhängenden Sprechstundenangebote weiter flexibilisiert werden. Damit wird auch die selbstständige Tätigkeit in der Praxis hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie in ihrer Attraktivität gestärkt und in dieser Frage nicht zum Hindernis für dringend benötigte Neuniederlassungen.

TOP 2 - Antrag 11: Fortführung der Förderung der Weiterbildung nach deren Unterbrechung durch Mutterschutz und Elternzeit garantieren

Antragsteller*in:	Dr. Bernhard Rochell (Nr. 17), Peter Kurt Josenhans (Nr. 18), Dr. Monika Schliffke (Nr. 46), Dr. Ralph Ennenbach (Nr. 47)
Status:	Vorstandsüberweisung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Der Gesetzgeber und die Partner der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung
- 2 gemäß § 75a SGB V werden darum gebeten, die gesetzlichen und untergesetzlichen
- 3 Vorgaben zur Förderung der Weiterbildung dahingehend zu konkretisieren, dass diese
- 4 nahtlos im Anschluss an Mutterschutz und Elternzeit fortgeführt werden kann, d.h.,
- 5 dass die Wiederaufnahme der Weiterbildungsförderung garantiert wird und ausreichende
- 6 Mittel ohne Erfordernis eines erneuten Antragsverfahrens hierfür bereit gestellt
- 7 werden.

Begründung

Gegenwärtig ist die Fortführung der Förderung der Weiterbildung nach deren Unterbrechung durch diese Anlässe häufig nur unter Inkaufnahme von mehrmonatigen Verzögerungen durch eine erneute Antragsstellung samt der damit verbundenen bürokratischen Verfahren sowie der Limitierung der Fördermittel für die fachärztliche Weiterbildung möglich. Dies ist weder familien- noch versorgungsfreundlich und beeinträchtigt unnötig die Attraktivität des Berufes in der Patientenversorgung.

TOP 2 - Antrag 12: Förderung der Teampraxis durch Stärkung der Delegation und Kooperation durch Einführung eines Praxis-Patientenkontaktes

Antragsteller*in:	Dr. Volker Schrage (Nr. 52), Dr. Monika Schliffke (Nr. 46), Dr. Dirk Spelmeyer (Nr. 51)	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	mehrheitlich
	Nein:	0
	Enthaltungen:	5

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 • Die KBV setzt sich für die Förderung der Delegation und Kooperation in der
- 2 vertragsärztlichen Praxis ein.
- 3 • Eine Überarbeitung des Bundesmantelvertrages (Anlage 8 & 24), die Optionen für
- 4 eine zeitgemäße Delegation und Kooperation mit anderen medizinischen
- 5 Berufsbildern schafft, wird angestrebt.
- 6 • Die verpflichtende Vorgabe eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes für die
- 7 Abrechnung der Versicherten- / Grundpauschale kann für viele Sachverhalte
- 8 abgeschafft werden. Stattdessen wird der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt
- 9 (APK) als Voraussetzung zur Abrechnung der Versicherten- / Grundpauschale ersetzt
- 10 durch den Praxis-Patienten-Kontakt (PPK). Der Praxis-Patienten-Kontakt anstelle
- 11 des persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes als Abrechnungsvoraussetzung ist bei
- 12 gleichbleibenden EBM-Bewertungen ein wirksames Instrument zur Lösung von
- 13 Versorgungsproblemen.

Begründung

Die ärztliche Arbeitskraft ist mittlerweile eine knappe Ressource. Das hat viele Gründe, stellt aber für die ambulante und stationäre Versorgung ein großes Problem dar. In der Konsequenz bleiben Praxissitze ohne Nachfolger. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten müssen dann die verbliebenen Praxen übernehmen, die selbst oft bereits an der Belastungsgrenze sind. Gleichzeitig erleben wir eine stetige Ambulantisierung der Medizin. Die Kolleginnen und Kollegen können mehr Patienten versorgen - allerdings kommt es auf die Rahmenbedingungen an.

Vor diesem Hintergrund müssen wir uns als System einige Fragen stellen:

- Wie schaffen wir die Arbeit, die auf uns zukommt?
- Wie wollen wir arbeiten – wie unsere Arbeitswelt gestalten?
- Wie können wir Kompetenzen und Honorare in der ambulanten Versorgung halten oder sogar noch erweitern?
- Und nicht zuletzt: Welche Rolle werden wir in einer sich verändernden Versorgung künftig als Ärzte oder Psychotherapeuten spielen?

Die haus- und fachärztlichen Praxen müssen sich in der Versorgung künftig breiter aufstellen. Die ärztliche oder psychotherapeutische Praxis muss auch weiterhin die ambulante Versorgung in der ganzen Breite abdecken und darstellen.

Dafür müssen die Praxen einerseits die Ressourcen haben. Und dafür muss andererseits auch eine erweiterte Versorgungskompetenz durch die qualifizierten Heilberufe mitgedacht werden.

Aus dieser Grundüberlegung ist festzuhalten:

- Es müssen mehr Tätigkeiten an qualifiziertes Personal in den Praxen delegiert werden.
- Das ambulante System muss Modelle einer kooperativen Berufsausübung mit anderen medizinischen Berufen entwickeln. Solche professionsübergreifenden, am Patientenproblem orientierten Arbeitsgemeinschaften müssen selbstverständlich unter ärztlicher oder psychotherapeutischer Leitung agieren.
- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen so verändert werden, dass eine rechtssichere Delegation medizinischer Leistungen an medizinische Fachberufe möglich ist. Die Verantwortung für die einzelne Leistungserbringung und den gesamten Behandlungsprozess verbleibt in ärztlicher Hand.
- Die Vergütungssystematik muss Anreize setzen, um das Modell der Teampraxis und die Delegation und Kooperation unter ärztlicher Verantwortung zu fördern.

TOP 2 - Antrag 13: Entwicklung wirksamer Steuerungsinstrumente der Inanspruchnahme

Antragsteller*in:	Dr. Monika Schliffke (Nr. 46), Dr. Ralph Ennenbach (Nr. 47), Dr. Marc Dupas (Nr. 48), Dr. Bernhard Rochell (Nr. 17), Peter Kurt Josenhans (Nr. 18)
Status:	Vorstandsüberweisung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die ungesteuerte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems infolge eines
- 2 uneingeschränkten Leistungsversprechens der Politik ist weder medizinisch sinnvoll,
- 3 noch personell und finanziell heute und zukünftig leistbar. Es sind geeignete
- 4 Instrumente einzusetzen, die die haus- und fachärztliche Grundversorgung in
- 5 erreichbarer Nähe ermöglichen, die Eigenverantwortung des Bürgers stärken und Anreiz
- 6 bieten, die eigene Gesundheitskompetenz zu verbessern.

Begründung

Alle gesetzlichen Vorgaben zur Patientensteuerung wie TSS-Vermittlung, HaFa-Regelungen, Offene Sprechstunden sind ausschließlich Vorgaben an Praxen und bleiben im Wesentlichen wirkungslos angesichts einer zunehmenden und ungesteuerten Nachfrage im Gesundheitswesen. Dies betrifft alle Praxen und ebenso die zentralen Notaufnahmen der Kliniken.

Folgende Steuerungsinstrumente sind seit Jahren bekannt und bis heute ungenutzt.

Der Vorstand wird beauftragt, ein strukturiertes Konzept zur Etablierung einer Patientensteuerung vorzulegen. Dieses soll eine Bewertung und ggf. Integration von Elementen wie beispielsweise eines Einschreibesystems, Wahlтарifen oder einer verstärkten Rolle der 116117 beinhalten.

TOP 2 - Antrag 14: Bündelung sozialer Anlaufstellen statt weiterer Diskussionen um Gesundheitskioske

Antragsteller*in:	Dr. Monika Schliffke (Nr. 46), Dr. Ralph Ennenbach (Nr. 47), Dr. Marc Dupas (Nr. 48), Dr. Bernhard Rochell (Nr. 17), Peter Kurt Josenhans (Nr. 18), Caroline Roos (Nr. 20)	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	mehrheitlich
	Nein:	3
	Enthaltungen:	9

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Bund, Länder und Kommunen werden aufgerufen, statt Etablierung von Gesundheitskiosken
- 2 als teure neue Strukturen mit unklaren Aufgaben und Fachpersonal und Finanzmittel aus
- 3 der Gesundheitsversorgung abzuziehen, bestehende Angebote auf regionaler Ebene unter
- 4 dem Dach des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu vernetzen, zu bündeln und auf
- 5 geeigneten Wegen den Menschen bekannt zu machen. Die zahlreichen Schnittstellen
- 6 zwischen gesundheitlichen und sozialen Angeboten sollten zielgruppengerecht
- 7 zusammengeführt werden.
- 8 Die Forderung nach effizienterer und strukturierter Aufgabenverteilung zwischen
- 9 diversen zuständigen Stellen für ganzheitliche Beratungen vor Ort wird aktuell
- 10 unterstützt durch das Gutachten des Normenkontrollrates.

Begründung

Kommunen, Hilfsorganisationen, Selbsthilfegruppen, Jobcenter, Vereine, Stiftungen, der öffentliche Gesundheitsdienst und multiple weitere Akteure bieten bereits soziale Unterstützung und Hilfen auch zu Gesundheitsfragen an. Dies reicht von frühen Hilfen bis zur Sterbebegleitung. Die regionalen Angebote sind denen, die sie in Anspruch nehmen könnten, vielfach nicht ausreichend bekannt. Unterschiedliche Trägerschaften behindern bisher eine transparente Angebotsdarstellung für die Bevölkerung der Region.

TOP 2 - Antrag 15 : Fortführung der Aufgaben des ÄZQ

Antragsteller*in:	Dr. Peter Heinz (Nr. 7), Dr. Carsten König (Nr. 32), Dr. Doris Reinhardt (Nr. 2)	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	mehrheitlich
	Nein:	0
	Enthaltungen:	2

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Vertreterversammlung fordert den Vorstand der KBV auf, intensiv zu prüfen, welche
- 2 medizinisch-wissenschaftlichen Einrichtungen zukünftig Nationale
- 3 Versorgungsleitlinien (NVL) entwickeln. Dies muss unbedingt in ärztlicher Hand
- 4 bleiben und darf nicht einer rein staatlichen Institution überlassen werden.

Begründung

Das ÄZQ hat in den letzten fast 30 Jahren mit der unabhängigen Entwicklung und regelmäßigen Aktualisierung von Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL), welche auch die Basis der Disease-Management-Programme (DMP) sind, sowie mit der Erstellung von evidenzbasierten mehrsprachigen Patienteninformationen eine unverzichtbare Arbeit auf wissenschaftlich höchstem Niveau geleistet.

Die Nachricht von der geplanten Auflösung des ÄZQ zum 31.12.2024 wurde daher von der Ärzteschaft mit berechtigter Sorge aufgenommen.

Entsprechend des ärztlichen Selbstverständnisses muss diese wichtige Aufgabe in der Hand der Selbstverwaltung und damit politisch unabhängig bleiben. Sie darf keinesfalls auf eine staatliche Behörde übertragen werden. Andernfalls droht eine weitere Verstaatlichung der Medizin.

TOP 2 - Antrag 16: Lessons Learned bei künftigen Formulardigitalisierungen berücksichtigen

Antragsteller*in:	Dr. Monika Schliffke (Nr. 46), Dr. Volker Schrage (Nr. 52)	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	mehrheitlich
	Nein:	0
	Enthaltungen:	2

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die KBV wird aufgefordert, sich aktiv in die Diskussion zu einer funktionierenden
- 2 Digitalisierung einzubringen. Nutzererfahrungen müssen bei der Einführung von
- 3 elektronischer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und elektronischem Rezept obligat bei
- 4 der anstehenden Digitalisierung weiterer Formulare und Verordnungen (z. B. HKP)
- 5 berücksichtigt werden.

Begründung

Gemeinsam mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und Mitarbeitenden der KVen sind die praktischen Erfahrungen aus den beiden bislang eingeführten digitalen Formularen elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und elektronisches Rezept zusammengetragen und daraus Eckpunkte für die Digitalisierung der bisher noch papiergebundenen Formulare formuliert worden. Ziel ist es, die Rückmeldungen aus den Praxen zu nutzen, um künftige digitale Muster nutzerorientierter, arztentlastender und praxistauglicher auszugestalten. Die im Positionspapier ausgearbeiteten Punkte sollen daher als Richtschnur in Digitalisierungsprojekten verwendet werden und an die beteiligten Stakeholder (BMG, gematik, IT-Industrie, etc.) in unterschiedlichen fachlichen Kontexten herangetragen werden.

Diese „lessons learned“ sind insbesondere bei allen Formulardigitalisierungsprojekten zu berücksichtigen.

TOP 3.1 - Antrag 1: Aktualisierung der Zertifizierungsrichtlinie der KBV

Antragsteller*in:	Vorstand der KBV	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Zertifizierungsrichtlinie der KBV wird mit den sich aus der vorliegenden Fassung
- 2 ergebenden Änderungen beschlossen.

Begründung

Die KBV führt Zertifizierungen in unterschiedlichen Themenbereichen durch. Die Vorgaben ergeben sich aus der von der Vertreterversammlung der KBV beschlossenen Zertifizierungsrichtlinie.

Diese enthält in § 1 „Gegenstand“ Absatz 2 die Themen, in denen die KBV Zertifizierungen durchführt. Die Aufnahme von Nummer 14 „Schnittstelle gemäß § 370 a Absatz 2 SGB V“ ermöglicht eine Zertifizierung von Herstellern zur Nutzung des 116 117-Terminservice durch Dritte. Durch die Aufnahme von Nummer 15 „Sektorzulassung Praxisausweis“ kann die KBV Zertifizierungen für Anbieter des Praxisausweises der TI im vertragsärztlichen Bereich aussprechen. Des Weiteren erfolgt eine Klarstellung im Bereich Sicheres Netz der KVen (Nummer 9), da die KBV zukünftig keine Zertifizierungen von KV-Apps sowie für die Nutzung von Anwendungen des SNK über die Telematik-Infrastruktur (TI) anbietet. Die weiteren Änderungen sind Konkretisierungen und Klarstellung der Regelungen zur Durchführung von Zertifizierungen.

TOP 3.2 - Antrag 1 : Anpassung KBV-Richtlinie Elektronischer Brief (eArztbrief)

Antragsteller*in:	Vorstand der KBV	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen
- 2 Versorgung gemäß § 383 SGB V (Richtlinie Elektronischer Brief) wird in der
- 3 vorliegenden Fassung (siehe Anlage 1) beschlossen.

Begründung

Die Anforderungen zum Inhalt eines eArztbriefes wurden so erweitert, dass mindestens die notwendigen Datenangaben, wie sie im Ersatzverfahren (Anhang 1, Punkt 2.5, Anlage 4a BMV-Ä; siehe Anlage 2) vorgeschrieben sind, als Inhalt eines eArztbriefes festgelegt werden. Diese Erweiterung dient der Erzeugung eines vollständigen Stammdatensatzes bei der Empfängerpraxis, der für die Abrechnung von Leistungen genutzt werden kann. Dieser Erweiterungswunsch wurde von den Kassenärztlichen Vereinigungen adressiert.

Das gesetzlich geforderte Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband, der Gesellschaft für Telematik (gematik) und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) wurde hergestellt.

Im Rahmen der Benehmensherstellung wurde dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) der Entwurf der angepassten Richtlinie „Elektronischer Brief“ zur Kenntnisnahme zugesandt. In diesem Zusammenhang hat das BMG seine Zustimmung zu der Anpassung schriftlich bekundet.

Nach Beschluss der Vertreterversammlung tritt die KBV-Richtlinie Elektronischer Brief (eArztbrief) mit Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt in Kraft.

TOP 3.3 - Antrag 1: Verfahrensordnung nach § 370a Abs. 3 SGB V zur Nutzung des elektronischen Systems zur Vermittlung telemedizinischer Leistungen durch Nutzer der Schnittstelle und die Spezifikation Schnittstelle gemäß § 370a Abs. 2 SGB V

Antragsteller*in:	Vorstand der KBV	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Verfahrensordnung nach § 370a Abs. 3 SGB V zur Nutzung des elektronischen Systems
- 2 zur Vermittlung telemedizinischer Leistungen durch Nutzer der Schnittstelle mit den
- 3 Anlagen 1 und 2
- 4 • Anlage 1: Richtlinie zur Zertifizierung der Umsetzung der Vorgaben zur Nutzung
- 5 der Schnittstelle gemäß § 370a Abs. 2 SGB V;
- 6 • Anlage 2: Anforderungskatalog
- 7 sowie die Spezifikation Schnittstelle gemäß § 370a Abs. 2 SGB V werden in den
- 8 vorliegenden Fassungen beschlossen.

Begründung

Nach § 370a Abs. 2 SGB V hat die KBV Dritten die Nutzung des nach Abs. 1 der Vorschrift zu errichtenden elektronischen Systems zur Vermittlung telemedizinischer Leistungen durch die Veröffentlichung einer Schnittstelle zu ermöglichen. Absatz 3 der Vorschrift beauftragt die KBV, das Nähere zur Nutzung der in diesem elektronischen System bereitgestellten Informationen durch Dritte in einer Verfahrensordnung zu regeln.

Die Verfahrensordnung bestimmt den Kreis der in Frage kommenden Nutzer des elektronischen Systems, die Errichtung und den Betrieb der Schnittstelle, statuiert einen Zulassungsvorbehalt für die Nutzung und enthält weitere Regelungen zum Diskriminierungsverbot, zur Barrierefreiheit, ein Werbeverbot zugunsten bestimmter Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, zum Datenschutz und zur Wahrung der freien Arztwahl im Rahmen der Terminvermittlung.

Das Verfahren der Zertifizierung für die Zulassung zur Nutzung des elektronischen Systems durch Dritte ist in der Anlage 1 geregelt; die Anlage 2 enthält den Katalog der Anforderungen, die im Rahmen der Zertifizierung nachzuweisen sind.

Die Verfahrensordnung hat normative Wirkung, so dass die Vertreterversammlung nach § 79 Abs. 3 S. 1 Nr. 3 SGB V für die Beschlussfassung zuständig ist.

Nach § 370a Abs. 3 S. 3 SGB V bedarf die Verfahrensordnung der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die Spezifikation der Schnittstelle gemäß § 370a Abs. 2 wurde auf der Grundlage von FHIR, dem

international anerkannten Standard für die Übertragung von Gesundheitsdaten unter Nutzung der sogenannten KBV-Basisprofile entwickelt.

TOP 3.3 - Antrag 2: Gebührenordnung nach § 370a Abs. 4 SGB V

Antragsteller*in:	Vorstand der KBV	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Gebührenordnung nach § 370a Abs. 4 SGB V wird in der vorliegenden Fassung
- 2 beschlossen.

Begründung

Die Nutzung des elektronischen Systems, das die KBV zur Vermittlung telemedizinischer Leistungen errichtet und nach § 370a Abs. 2 SGB V Dritten über eine Schnittstelle zur Verfügung zu stellen hat, ist nach Absatz 4 der Vorschrift gebührenpflichtig.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die ihm erteilte Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Regelung der Gebührentatbestände und weiterhin die Gebührenerhebung betreffender Regelung gemäß § 370a Abs. 4 S. 4 SGB V mit der Verordnung zur Übertragung der Verordnungsermächtigung nach § 370a Abs. 4 SGB V auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung vom 9.2.2024 auf die KBV übertragen.

Die Gebührenordnung, die somit von der KBV in der Form einer delegierten Rechtsverordnung erlassen wird, trifft Regelungen zur Erhebung und Entstehung der Gebühren, bestimmt Gebührengläubiger sowie -schuldner und regelt die Fälligkeit der Gebühren sowie den Säumniszuschlag. In der Gebührenordnung werden die einzelnen Gebührentatbestände sowie die Höhe der jeweiligen Gebühren bestimmt.

Wegen ihrer normativen Wirkung bedarf die Gebührenordnung nach § 79 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB V der Beschlussfassung durch die Vertreterversammlung.

TOP 4 - Antrag 1: Bekanntmachungen, Ziffer 34.1 der Satzung

Antragsteller*in:	Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Anke Pielsticker (Nr. 56), Dr. Rolf Englisch (Nr. 53), Satzungsausschuss der KBV (Nr. 100)	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	60
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Ziffer 34.1. der Satzung erhält die folgende Fassung:
- 2 „Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfolgen im allgemein
- 3 zugänglichen Bereich der Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in einer
- 4 gesonderten Rubrik “Bekanntmachungen“.“

Begründung

Wegen der Umstellung der Ausgabe PP des Deutschen Ärzteblatts auf ein rein digitales Format zum 1. Juli 2024 ist eine Satzungsänderung erforderlich, wonach Bekanntmachungen der KBV ausschließlich digital erfolgen.

Bisher sieht die Ziffer 34.1. der Satzung drei Varianten der Bekanntmachungen vor:

- Rundschreiben,
- Veröffentlichung im „Deutschen Ärzteblatt“,
- Veröffentlichung im Internet im allgemein zugänglichen Bereich der Webseite der KBV, wobei in diesem Fall ein Hinweis auf die Veröffentlichung auf der Webseite der KBV im Deutschen Ärzteblatt zu veröffentlichen ist.

Die dritte Variante, wonach eine Bekanntmachung bereits auf der Webseite der KBV möglich ist, jedoch ein Hinweis hierauf im Deutschen Ärzteblatt erfolgen muss, wurde mit einem Satzungsänderungsbeschluss der Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 12. Juni 2020 geschaffen. Diesem Beschluss lag noch die Auffassung zugrunde, dass sich noch nicht alle Normadressaten ausschließlich im Internet informieren und daher ein zusätzlicher Hinweis in einem Printmedium auf die elektronische Bekanntgabe erforderlich war.

Daher ist nach der bisherigen Satzungsregelung in der Ziffer 34.1. – abgesehen vom Rundschreiben, das in der Praxis schon lange keine Bedeutung mehr hat – eine Printausgabe des Deutschen Ärzteblatts für die Bekanntmachungen erforderlich. Für das Deutsche Ärzteblatt existieren zwei Ausgaben: Das Deutsche Ärzteblatt, welches die ärztlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten, sowie die Ausgabe PP für die psychotherapeutischen Mitglieder. Diese Ausgabe PP soll zum 1. Juli 2024 auf ein rein digitales Format umgestellt werden. Bekanntmachungen in einem rein digitalen Format sind von der bisherigen Satzungsregelung in der Ziffer 34.1. der Satzung jedoch nicht gedeckt. Dies folgt zum einen aus dem Sinn und Zweck des zusätzlichen Hinweises im Deutschen Ärzteblatt auf eine

Bekanntmachung auf der Webseite der KBV, der gerade darin bestand, dass zum Zeitpunkt des Erlasses dieser Satzungsregelung noch davon ausgegangen wurde, dass sich noch nicht alle Normadressaten ausschließlich digital informieren. Zum anderen folgt dies aus dem Wortlaut „Deutsches Ärzteblatt“. Ein als „Blatt“ bezeichnetes Medium weist in rechtlicher Hinsicht auf ein Printmedium hin. Aus diesem Grunde bedurfte es einer Änderung von Art. 82 Abs. 1 GG durch das Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 19. Dezember 2022 (BGBl. I. S. 2478), als die Bekanntmachungen von Bundesgesetzen auf das elektronische Bundesgesetzblatt umgestellt wurden, da das „Bundesgesetzblatt“ begrifflich bereits ein Printmedium darstellt.

Vor dem Hintergrund, dass die Ausgabe PP des Deutschen Ärzteblatts ab dem 1. Juli 2024 ausschließlich digital erscheint und bisher keine Satzungsbestimmung für rein digitale Bekanntmachungen existiert, bedarf es daher einer Satzungsregelung, die eine ausschließlich digitale Form der Bekanntmachungen der KBV ermöglicht.

Grundsätzlich ist keine bestimmte Form der Bekanntmachungen vorgegeben. Das Bundesverfassungsgericht stellt darauf ab, dass die Rechtsnorm der Öffentlichkeit in einer Weise zugänglich gemacht werden muss, dass sich die Normadressaten Kenntnis davon verschaffen können (so seit dem Beschluss vom 22. November 1983, Az. 2 BvL 25/71). Grenzen bestehen nur insoweit, als die Kenntnisnahme nicht unzumutbar erschwert werden darf und die schutzwürdigen Interessen der Betroffenen nicht verletzt werden.

Gerade die Ergänzung des Art. 82 Abs. 1 S. 2 GG, wonach seit Ende des Jahres 2022 das Bundesgesetzblatt in elektronischer Form geführt werden kann, zeigt, dass inzwischen erwartet wird, dass sich jeder Bürger als Normadressat der Bundesgesetze digitalen Zugang zu den Bekanntmachungen des Bundesgesetzgebers verschaffen kann. So ist erst recht beim Adressatenkreis der Bekanntmachungen der KBV (Kassenärztliche Vereinigungen und ihre Mitglieder, im Bereich der IT-Richtlinien auch IT-Unternehmer und PVS-Hersteller etc.) im Hinblick auf die Bedeutung der Digitalisierung in der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsausübung davon auszugehen, dass sich diese Normadressaten dem Internet als Informationsquelle bedienen und sich so Kenntnis von den Bekanntmachungen der KBV verschaffen können. Somit besteht bei rein digitalen Bekanntmachungen keine unzumutbare Erschwerung des Zugangs zu den Bekanntmachungen der KBV.

Die Änderung der Satzung der KBV bedarf nach der Ziffer 8.3. Satz 2 der Satzung einer Zweidrittelmehrheit der Mitglieder der Vertreterversammlung sowie nach § 81 Abs. 1 S. 2 SGB V der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

TOP 4 - Antrag 2: Bekanntmachung der Satzung und Satzungsänderungen sowie Inkrafttreten, Ziffer 34.2. der Satzung

Antragsteller*in:	Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Anke Pielsticker (Nr. 56), Dr. Rolf Englisch (Nr. 53), Satzungsausschuss der KBV (Nr. 100)	
Status:	angenommen	
Abstimmung:	Ja:	60
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Ziffer 34.2. der Satzung erhält die folgende Fassung:
- 2 „Die Satzung und Satzungsänderungen sind nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde
- 3 im allgemein zugänglichen Bereich der Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- 4 in einer gesonderten Rubrik “Bekanntmachungen“ zu veröffentlichen und treten am 8.
- 5 Tag nach der Einstellung auf die Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in
- 6 Kraft.“

Begründung

Nach der bisherigen Regelung in der Ziffer 34.2. der Satzung wurden die Satzung sowie Satzungsänderungen im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht, die Satzungsänderungen traten am 8. Tag nach dem jeweiligen Ausgabedatum in Kraft.

Da die Ausgabe PP des Deutschen Ärzteblatts ab dem 1. Juli 2024 ausschließlich digital erscheint, haben die psychotherapeutischen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen von diesem Zeitpunkt an keine Möglichkeit mehr, von Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in einer Print-Ausgabe des Deutschen Ärzteblatts Kenntnis zu erlangen. Daher sollen Bekanntmachungen künftig ausschließlich auf der Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfolgen (Antrag 1).

Die Bekanntmachung von Satzungsänderungen und deren Inkrafttreten werden daher an die digitale Form aller weiteren Bekanntmachung nach der Ziffer 34.1. der Satzung (Antrag 1) angepasst.

Im Übrigen wird zur Begründung auf die Ausführungen in Antrag 1 verwiesen.