

## TOP 2 - Antrag 1: Stärkung einer hochwertigen und wirtschaftlichen ambulanten Versorgung

<b>Antragsteller:</b>	Vorstand der KBV
<b>Status:</b>	angenommen
<b>TOP:</b>	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV
<b>Abstimmung:</b>	Ja: einstimmig Nein: 0 Enthaltung: 0

1 Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fordert die  
 2 künftige Bundesregierung auf, die ambulante ärztliche und psychotherapeutische  
 3 Versorgung, das Praxenland Deutschland, zu stärken. Aus ärztlicher und  
 4 psychotherapeutischer Sicht bedeutet diese Stärkung, dass es unseren Praxen  
 5 finanziell und kapazitär möglich wird, unsere Patienten nach den tatsächlichen  
 6 medizinischen Bedarfen zu behandeln. Eine Stärkung beinhaltet auch, dass wir uns  
 7 als Mediziner und Psychotherapeuten wieder auf den wesentlichen medizinischen  
 8 Kern unserer Tätigkeit konzentrieren können. Letztlich bedeutet eine Stärkung  
 9 auch, dass die besondere Leistungsfähigkeit des ambulanten Sektors auch und  
 10 gerade im Vergleich zu den übrigen Sektoren gewertschätzt wird.

11 Die zurückliegende Legislaturperiode ist aus ambulanter Versorgungsperspektive  
 12 eine verlorene Legislaturperiode. Zwar wurde durch das GSVG im allerletzten  
 13 Moment eine Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung geregelt, die wir  
 14 grundsätzlich begrüßen. Allerdings blieben viele Versprechen – etwa zum Thema  
 15 Entbürokratisierung – uneingelöst. Die ambulante Versorgung ist die Grundlage  
 16 für die medizinische flächendeckende Versorgung der Bevölkerung. Insofern sollte  
 17 gerade die Selbstverwaltung für den ambulanten Bereich die Instrumente in die  
 18 Hand bekommen, um die ambulante Versorgung zukunftsfest und sicher  
 19 auszugestalten.

### Begründung

Kurzfristige Eingriffe in die ambulante Gesundheitsversorgung, wie sie in der zurückliegenden Legislaturperiode der Ampel-Koalition vorgenommen wurden, stellen eine Schwächung der rund 100.000 Praxen mit 178.000 Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dar. Neben dieser Schwächung gehen solche Eingriffe mit einem massiven Vertrauensverlust einher. Dies gilt es zu vermeiden.

## TOP 2 - Antrag 2: Abbau von Bürokratie als Sofortmaßnahme einer neuen Bundesregierung

<b>Antragsteller:</b>	Vorstand der KBV
<b>Status:</b>	angenommen
<b>TOP:</b>	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV
<b>Abstimmung:</b>	Ja: einstimmig Nein: 0 Enthaltung: 0

- 1 1. Einführung eines Bürokratieentlastungsgesetzes für die ambulante Versorgung
- 2 Die KBV fordert die neue Bundesregierung auf, innerhalb der ersten 100 Tage nach
- 3 Amtsantritt ein Bürokratieentlastungsgesetz für die vertragsärztliche und -
- 4 psychotherapeutische Versorgung unter Beteiligung der Selbstverwaltung zu
- 5 erlassen. Ziel ist die sofortige Reduzierung administrativer Belastungen, um
- 6 mehr Zeit für die Patientenversorgung zu ermöglichen.
- 7 2. Sofortige Korrektur der gesetzlichen Regelungen zu
- 8 Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressen
- 9 Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen, die nicht der Versorgung dienen,
- 10 sind abzuschaffen. Die KBV fordert eine Bagatellgrenze für
- 11 Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Abrechnungsprüfungen nach § 106d SGB V, um
- 12 unsinnige Bürokratie und unnötige Prüfverfahren sowie unnötige Kosten bei den
- 13 Krankenkassen zu vermeiden.
- 14 3. Vereinfachung von Regelungen zur Dokumentations- und Nachweispflichten
- 15 Die KBV setzt sich für eine drastische Verschlinkung der
- 16 Dokumentationsanforderungen ein. Insbesondere in der Qualitätssicherung, bei der
- 17 Verordnung von veranlassten Leistungen sowie in der Abrechnung sollen praxisnahe
- 18 Erleichterungen umgesetzt werden.
- 19 4. Umsetzung bereits vorliegender Bürokratieabbauvorschläge der ärztlichen
- 20 Selbstverwaltung
- 21 Die KBV hat dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zahlreiche Vorschläge
- 22 unterbreitet, um schnell und effizient Maßnahmen zum Abbau und zur Abschaffung
- 23 von Bürokratie umzusetzen. Die neue Bundesregierung wird aufgefordert, diese
- 24 Vorschläge zügig aufzugreifen und in konkrete gesetzliche Maßnahmen umzusetzen.

### Begründung

Die ambulante Versorgung leidet zunehmend unter überbordender Bürokratie. Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie das gesamte Praxisteam 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.

Besonders problematisch sind überzogene Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressverfahren, die oftmals auf Bagatellbeträge abzielen, aber enormen bürokratischen Aufwand, auch bei den gesetzlichen Krankenkassen, verursachen. Die dadurch entstehenden Unsicherheiten wirken sich negativ auf die Versorgung aus; sie schrecken insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von der Niederlassung ab und werden als ‚Gängelung‘ empfunden. Die KBV hat bereits eine Vielzahl an Maßnahmen zum Bürokratieabbau identifiziert und konkrete Vorschläge an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übermittelt. Diese sind kurzfristig umsetzbar und können ohne Verzögerung eine spürbare Entlastung der niedergelassenen Praxen bewirken. Eine zügige Umsetzung dieser Vorschläge durch die neue Bundesregierung ist daher essenziell.

Ein Bürokratienteilungsgesetz für die ambulante Versorgung ist eine notwendige Sofortmaßnahme, um die niedergelassenen Praxen kurz- und langfristig zu entlasten und die Patientenversorgung zu verbessern.

## TOP 2 - Antrag 3: Steuerung der Akutversorgung und Notfallversorgung außerhalb der Strukturen der Regelversorgung

<b>Antragsteller:</b>	Vorstand der KBV
<b>Status:</b>	angenommen
<b>TOP:</b>	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV
<b>Abstimmung:</b>	Ja: einstimmig Nein: 0 Enthaltung: 0

- 1 1. Stärkung und Ausbau der Koordinierung und Datenübergabe:
- 2 Die bestehenden Strukturen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie der
- 3 Terminservicestellen als digitale Versorgungsplattform sollen gestärkt und
- 4 weiterentwickelt werden. Ziel ist u. a. eine bessere Verzahnung mit den
- 5 Notaufnahmen, um Fehlsteuerungen zu reduzieren und eine effizientere Versorgung
- 6 sicherzustellen, sowie eine verbindliche Ausgestaltung eines bürokratiearmen
- 7 Systems zur Koordinierung.
- 8 2. Verbindliche Nutzung von Ersteinschätzungssystemen bei Terminvermittlungen:
- 9 Die Bundesregierung wird aufgefordert, gesetzliche Rahmenbedingungen zu
- 10 schaffen, die eine verpflichtende Nutzung standardisierter
- 11 Ersteinschätzungssysteme in der Akut- und Notfallversorgung sicherstellen, um
- 12 Ressourceninanspruchnahme anhand der medizinischen Dringlichkeit zu steuern.
- 13 Eine Koordinierung muss sich dabei immer nach medizinischen Erfordernissen der
- 14 Patientinnen und Patienten bemessen. Die Akut- und Notfallversorgung sind für
- 15 diejenigen Patientinnen und Patienten vorzuhalten, die einer solchen Behandlung
- 16 bedürfen. Andere Patientinnen und Patienten sind in die Regelversorgung zu
- 17 vermitteln.
- 18 3. Finanzierung und Anreize für eine effiziente Koordinierung:
- 19 Die KBV fordert eine angemessene Vorhaltefinanzierung in der ambulanten Akut-
- 20 und Notfallversorgung, um einen diskriminierungsfreien Zugang zu gewährleisten
- 21 und die Akut- und Notfallversorgung entsprechend des medizinisch notwendigen
- 22 Bedarfs zu gestalten. Hierzu zählt insbesondere auch eine ausreichende
- 23 Finanzierung der Rufnummer 11 6 11 7 und der entsprechenden
- 24 Ersteinschätzungssysteme sowie der übrigen Strukturen der Akutversorgung.

### Begründung

Die Inanspruchnahme von Notaufnahmen und ärztlichen Bereitschaftsdiensten nimmt stetig zu, oft auch in medizinisch nicht dringenden Fällen. Dies führt zu einer Überlastung der Notfallstrukturen und erschwert die Versorgung von tatsächlich dringlichen Fällen. Eine

verbindliche Koordinierung über standardisierte Ersteinschätzungssysteme kann dazu beitragen, Patientinnen und Patienten gezielt in die geeigneten Versorgungsbereiche zu lenken und Ressourcen effizienter zu nutzen.

Die Versorgungsplattform 11 6 11 7 (Rufnummer und digitale Vermittlungsplattform) bietet bereits jetzt eine zentrale Anlaufstelle für ambulante Akutfälle und in der Notfallversorgung, wird aber in der Bevölkerung noch nicht ausreichend wahrgenommen oder genutzt. Durch eine gezielte Stärkung und bessere Integration in der Notfallversorgung mit den Krankenhäusern kann eine effektive Koordinierung ermöglicht werden.

Zudem müssen gesetzliche und finanzielle Anreize geschaffen werden, um eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Akut- und Notfallversorgung sicherzustellen. Eine ausreichende Finanzierung der Instrumente und Leistungen ist hierfür unerlässlich.

## TOP 2 - Antrag 4: Bedarfsgerechte Finanzierung von zukunftsfähigen Koordinierungsmodellen in der ambulanten Versorgung

<b>Antragsteller:</b>	Vorstand der KBV
<b>Status:</b>	angenommen
<b>TOP:</b>	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV
<b>Abstimmung:</b>	Ja:           mehrheitlich Nein:           4 Enthaltung:   4

- 1 1. Entwicklung ambulanter Koordinierungsmodelle für Patienten
- 2 Der Vorstand der KBV wird beauftragt, Konzepte für ambulante
- 3 Koordinierungsmodelle zu erarbeiten. Ziel ist eine Patientenführung, die den
- 4 Bevölkerungsgruppen eine gezieltere und effizientere Versorgung ermöglicht bei
- 5 gleichzeitig wirtschaftlicher Nutzung des bestehenden Versorgungsangebots.
- 6 2. Leistungsbezogene Koordination unter Einbindung relevanter Fachgruppen
- 7 Die Steuerung soll durch die Vergütung der Koordination erfolgen und dabei
- 8 insbesondere die Hausärztinnen und Hausärzte als zentrale Koordinationsstelle
- 9 vorsehen. Gleichzeitig sind auch relevante Facharztgruppen aktiv in die
- 10 Versorgungskonzepte zu integrieren.
- 11 3. Weiterentwicklung des Kollektivvertrags für die medizinische ambulante
- 12 Versorgung
- 13 Der Vorstand der KBV setzt sich für eine konzeptionelle Weiterentwicklung des
- 14 Kollektivvertrags ein, um Koordinierungsmodelle systematisch in die ambulante
- 15 Versorgung einzubinden bzw. diese Instrumente auszubauen. Hierbei sollen
- 16 insbesondere neue innovative Vergütungsmodelle und Modelle der Zusammenarbeit
- 17 implementiert werden.
- 18 4. Vorlage konkreter Vorschläge an die Vertreterversammlung der KBV im Rahmen
- 19 einer Klausurtagung
- 20 Der Vorstand der KBV wird beauftragt, der Vertreterversammlung der KBV
- 21 konzeptionelle Vorschläge im Rahmen einer Klausurtagung am 6./7. Mai 2025, unter
- 22 Hinzunahme des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), zur
- 23 weiteren Konkretisierung für eine Vorbereitung der Mai-Vertreterversammlung der
- 24 KBV vorzulegen.

### Begründung

Patienten erfordern eine zielgerichtete Versorgung und ein strukturiertes Management innerhalb

des Gesundheitssystems. Derzeit gibt es oft unkoordinierte Diagnostik- und Behandlungsverläufe, die zu ineffizienten Abläufen, Mehrfachuntersuchungen und nicht nur zu einer erhöhten Belastung für Patientinnen und Patienten, sondern auch für das Gesundheitswesen insgesamt führen.

Eine verbesserte Koordinierung soll durch entsprechende Vergütungsansätze erfolgen, bei denen insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte als zentrale Ansprechpartner fungieren und eine koordinierende Rolle übernehmen. Gleichzeitig werden relevante Facharztgruppen einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung aktiv eingebunden, um übergreifende Versorgungslösungen zu etablieren.

Der Kollektivvertrag für die medizinische ambulante Versorgung wird im Hinblick auf Koordinierungskonzepte weiterentwickelt. Eine flexiblere Gestaltung kann dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten mit besonderen Krankheitsbildern effektiver durch das System geleitet werden.

Der Vorstand der KBV wird beauftragt, der Vertreterversammlung entsprechende konzeptionelle Vorschläge vorzulegen, um eine zukunftsfähige Koordinierung in der ambulanten Versorgung zu ermöglichen und somit die Qualität und Effizienz der Patientenversorgung nachhaltig zu verbessern.

## TOP 2 - Antrag 5: Anhaltende Gewalt gegen medizinisches Personal

<b>Antragsteller:</b>	Vorstand der KBV
<b>Status:</b>	angenommen
<b>TOP:</b>	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV
<b>Abstimmung:</b>	Ja: einstimmig Nein: 0 Enthaltung: 0

1 Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist weiterhin  
 2 tief besorgt über die Berichte von Gewaltakten gegenüber Ärztinnen, Ärzten,  
 3 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie dem Praxispersonal und  
 4 Bereitschaftsdienstpraxen. Diese Vorfälle stellen nicht nur eine erhebliche  
 5 Bedrohung für die körperliche Unversehrtheit und das Leben der betroffenen  
 6 Personen dar, sondern untergraben auch das Vertrauen in das Gesundheitssystem  
 7 insgesamt.

8 Die Vertreterversammlung erachtet es für zwingend erforderlich, verstärkte  
 9 Maßnahmen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Problematik der  
 10 körperlichen und verbalen Gewalt gegen medizinisches Personal zu ergreifen.  
 11 Präventive Programme und Kampagnen sollen die Bedeutung des Respekts und der  
 12 Achtung gegenüber dem medizinischen Personal verdeutlichen.

13 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie deren  
 14 Praxispersonal werden aufgefordert, für den Fall, dass es zu Übergriffen kommt,  
 15 diese entsprechend zur Anzeige gegenüber den Behörden zu bringen. Jeder Angriff,  
 16 egal ob verbal, körperlich oder als Sachbeschädigung, ist ein Angriff zu viel.

### Begründung

Die Vertreterversammlung der KBV bietet weiterhin an, aktiv mit dem Bundesministerium der Justiz (BMJ) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zusammenzuarbeiten, um sicherzustellen, den spezifischen Bedürfnissen gerecht zu werden und bei der Sensibilisierung des medizinischen Personals sowie entsprechende Maßnahmen in der Praxis wirksam umzusetzen.

Die KBV hat initiativ eine Online-Befragung zum Sachverhalt „Gewalt in Praxen“ vom 18. August bis zum 2. September 2024 durchgeführt. Insgesamt haben in diesem Zeitraum mehr als 7.500 Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Medizinische Fachangestellte und weiteres Praxispersonal an der Befragung beteiligt.

Die zunehmenden Angriffe bleiben auch nicht folgenlos: Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und die Praxismitarbeitenden berichten, dass



der Beruf keinen Spaß mehr macht und es noch schwieriger wird, gutes Personal zu halten oder zu gewinnen.

Die Vertreterversammlung der KBV bekräftigt daher ihre Überzeugung, dass der Schutz von Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie dem gesamten Praxispersonal eine vorrangige gesellschaftliche Aufgabe ist. Nur durch entschlossenes Handeln kann das Vertrauen in die Sicherheit und Integrität der medizinischen Versorgung aufrechterhalten werden.

## TOP 2 - Antrag 6: Digitalisierung in der ambulanten Versorgung

<b>Antragsteller:</b>	Vorstand der KBV
<b>Status:</b>	angenommen
<b>TOP:</b>	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV
<b>Abstimmung:</b>	Ja: einstimmig Nein: 0 Enthaltung: 0

- 1 1. „Anreize statt Sanktionen“ als Grundprinzip der Digitalisierung im deutschen  
 2 Gesundheitswesen
- 3 Die KBV fordert die Bundesregierung auf, den weiteren Digitalisierungsprozess in  
 4 der ambulanten Versorgung durch gezielte Anreize, statt Sanktionen  
 5 voranzutreiben. Honorarkürzungen und Kürzungen der TI-Pauschale sind zu  
 6 streichen. Stattdessen sollen frühzeitige Anwender („early adopters“) gezielt  
 7 gefördert werden.
- 8 2. Praxis-Zukunfts-Gesetz zur Förderung innovativer Praxis-IT
- 9 Die KBV fordert die neue Bundesregierung auf, ein Praxis-Zukunfts-Gesetz zu  
 10 erlassen, das insbesondere den Wechsel zu innovativen Praxisverwaltungssystemen  
 11 (PVS) und moderner Praxis-IT fördert – vergleichbar dem  
 12 Krankenhauszukunftsgesetz.
- 13 3. Sicherstellung offener und standardisierter Schnittstellen in Praxis-IT
- 14 Die Bereitstellung offener, standardisierter Schnittstellen in  
 15 Praxisverwaltungssystemen (PVS) muss gesetzlich abgesichert werden. Gleichzeitig  
 16 sind klare Mitwirkungspflichten der Hersteller für einen reibungslosen PVS-  
 17 Wechsel verbindlich zu verankern. Falls ein PVS herstellerbedingt, d. h. weil  
 18 der Hersteller die Vorgaben der TI nicht erfüllt, nicht länger genutzt werden  
 19 kann, müssen Übergangsfristen von mindestens einem Jahr gewährleistet werden, um  
 20 den Praxisbetrieb nicht zu gefährden. Flexible Übergangsregelungen müssen in  
 21 solchen Fällen auch für diejenigen Ärzte und Psychotherapeuten geschaffen  
 22 werden, die eine Praxisüber- oder -abgabe planen.
- 23 4. Stärkung von Betriebsstabilität und Benutzerfreundlichkeit der TI sowie  
 24 Qualitätswettbewerb für IT-Systeme
- 25 Die KBV fordert, dass die gematik stärkere Rechte erhält, um die  
 26 Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur (TI) sicherzustellen und  
 27 verbindliche Auflagen für Anbieter von Betriebsleistungen zu setzen. Die  
 28 Festlegung und Überprüfung von Kriterien der Benutzerfreundlichkeit von TI-  
 29 Anwendungen ist gesetzlich zu verankern. Zudem soll ein verbindlicher  
 30 Rahmenvertrag nach § 332b SGB V mit den PVS-Herstellern geschlossen werden, um

- 31 den Qualitätswettbewerb in der Praxis-IT zu stärken.
- 32 5. Rechtliche Grundlage für Digitalberatung durch die Kassenärztlichen  
33 Vereinigungen (KVen)
- 34 Die Möglichkeit der Digitalberatung durch die KVen soll auf eine gesicherte  
35 gesetzliche Grundlage gestellt werden. Praxen benötigen niedrigschwellige  
36 Unterstützung, um digitale Prozesse effizient in ihren Alltag zu integrieren.
- 37 Der Vorstand der KBV wird beauftragt, einer künftigen Bundesregierung zu diesen  
38 Maßnahmen konkrete Vorschläge zu unterbreiten und diese voranzutreiben.

## Begründung

Die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung ist der am stärksten digitalisierte und digital vernetzte Bereich im Gesundheitswesen. Um die Digitalisierung patientenzentriert, nutzbringend und anwenderfreundlich weiterzuentwickeln, braucht es jedoch eine klare Unterstützung seitens der Bundesregierung und der Politik.

Anstatt die niedergelassenen Praxen durch Sanktionen zu belasten, muss die Digitalisierung durch Anreize gefördert werden. Viele Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben in neue digitale Lösungen investiert und benötigen langfristige Planungssicherheit.

Besonders im Bereich der Praxis-IT ist es essenziell, dass standardisierte Schnittstellen, langfristige Herstellerverpflichtungen und transparente Wechselprozesse gewährleistet sind. Hersteller dürfen die niedergelassenen Praxen nicht durch unzureichende Konformität mit den Vorgaben der TI und damit verbundener unerwarteter PVS-Wechsel belasten. Darüber hinaus sind den Kassenärztlichen Vereinigungen flexible Regelungen zu ermöglichen, damit Praxisinhaber nicht vorzeitig aus der Versorgung ausscheiden, wenn ihr PVS nicht mehr allen technischen Anforderungen gerecht wird.

Ein stabiler und wettbewerbsfähiger IT-Markt ist notwendig, um die ambulante Versorgung effizient zu digitalisieren. Deshalb braucht es aber auch klare rechtliche Vorgaben zu Stabilität der Telematikinfrastruktur (TI), Benutzerfreundlichkeit der TI-Anwendungen sowie verbindlichen Vereinbarungen mit PVS-Herstellern, um Qualitätsstandards zu sichern und flächendeckend sicherzustellen.

Zudem müssen die KVen gesetzlich in die Lage versetzt werden, Praxen gezielt in Digitalisierungsfragen zu beraten, um eine sichere und praxisnahe Implementierung neuer digitaler Prozesse zu ermöglichen.

## TOP 2 - Antrag 7: Verlängerung der ePA-Testphase

<b>Antragsteller:</b>	Dr. Christian Pfeiffer, John Afful, Dr. Frank Bergmann, Dr. Dirk Spelmeyer, Dr. Volker Schrage, Dr. Peter Heinz (Bay), Caroline Roos
<b>Status:</b>	angenommen
<b>TOP:</b>	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV
<b>Abstimmung:</b>	Ja: einstimmig Nein: 0 Enthaltung: 0

- 1 Die Vertreterversammlung der KBV fordert das BMG auf, die derzeit laufende ePA-
- 2 Testphase zu verlängern. Der bundesweite Roll-out der ePA und die damit
- 3 einhergehende Nutzungsverpflichtung dürfen erst dann gestartet werden, wenn die
- 4 ePA umfassend getestet werden konnte und sämtliche Sicherheitsschwachstellen
- 5 sowie im Modellbetrieb identifizierte technische Mängel und Einschränkungen in
- 6 der Nutzbarkeit umfänglich behoben sind.
- 7 Mittel- bis langfristig kann eine funktionierende und akzeptierte ePA einen
- 8 Mehrwert für die Patienten bringen. Das zeigen die Erfahrungen aus den wenigen
- 9 Praxen, in denen die ePA funktioniert.
- 10 Keinesfalls darf jedoch durch einen überstürzten Start eines unausgereiften
- 11 Produkts Vertrauen bei Ärzteschaft und Psychotherapeutenchaft und insbesondere
- 12 bei Patientinnen und Patienten verspielt werden. Dieses Vertrauen kann nur mit
- 13 einer ausgereiften und hochsicheren elektronischen Patientenakte hergestellt
- 14 werden. Zum anvisierten Start im April 2025 ist das nach aktuellem Kenntnisstand
- 15 nicht zu gewährleisten.

### Begründung

Seit dem 15. Januar 2025 läuft die Testphase der ePA in den TI-Modellregionen Franken und Hamburg sowie in den KV-Regionen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Verbunden mit dieser Testphase war die Zusicherung des Bundesgesundheitsministeriums, dass ein bundesweiter Roll-Out der ePA erst dann erfolgt, wenn die Sicherheitslücken der ePA geschlossen sind und die Testung erfolgreich war. Von einer fehlerfreien Testung kann bisher jedoch keine Rede sein.

Die gesamte Testphase verläuft in allen Pilotregionen ernüchternd – nach fünf Wochen war die Testung noch nicht einmal vollständig angelaufen, wie die 4 KVen der Pilotregionen einhellig bestätigten. Technische Schwierigkeiten verhindern einen echten Test auf Praxistauglichkeit und Nutzbarkeit im ärztlichen Alltag. Auch ist die Sicherheit der elektronischen Patientenakte bis heute noch immer nicht gewährleistet. Ferner konnte die Resilienz des Systems durch entsprechende Massentests noch nicht bewertet werden.

### Bewertung der Modellregion-KVen

Durch die aktuelle Allowlist-Regelung hat nur eine sehr begrenzte Anzahl von Leistungserbringerinstitutionen überhaupt einen regelhaften Zugriff auf die ePA. Dementsprechend ist noch keinerlei Last auf dem System.

Zudem sind Hersteller, die nicht in den Modellregionen vertreten sind, noch gar nicht in das Lagebild und die Testung einbezogen. Für diese Hersteller und deren Systeme liegen keinerlei Informationen vor, ob diese ein ePA-Modul anbieten können und wenn ja, in welcher Qualität die ePA dort umgesetzt sein wird.

### **Status Quo in KV-Regionen in NRW**

In NRW nehmen 122 Pilotpraxen mit 24 unterschiedlichen Praxisverwaltungssystemen an der Pilotierung teil. Drei Hersteller konnten den Piloteinrichtungen noch kein Modul für die „ePA für alle“ zur Verfügung stellen.

Aktuell gibt es vier besonders auffällige Fehlercluster, die eine regelhafte Testung in einem Drittel der Pilotpraxen in NRW verhindern:

- Zugriffe auf die Aktensysteme sind nicht möglich.
- Daten werden gar nicht oder nicht vollständig in die elektronische Medikationsliste übertragen.
- PDF/A-Upload funktioniert nicht zuverlässig.
- (Lokal bedingte) Systemfehler in den Primärsystemen oder der Infrastruktur in der Praxis.

Eine Befragung der NRW-Pilotpraxen (Befragungszeitraum 26.02. bis 04.03.2025) ergab, dass zwei Drittel der Praxen die ePA aktuell als teilweise oder gar nicht nutzbar bewerten. Die wichtigsten Erkenntnisse sind im Folgenden aufgeführt:

- 31 von 75 Praxen können das Modul nicht problemlos testen.
- Nur 19 von 67 Praxen können einen Widerspruch im PVS einfach dokumentieren.
- Nur 25 von 70 Praxen bewerten die Upload-Geschwindigkeit in die ePA als ausreichend schnell.
- Nur 22 von 67 Praxen können während ePA-Transaktionen parallel im System weiterarbeiten.
- Nur 24 von 69 Praxen werden von ihrem PVS ausreichend beim Ausfüllen der Metadaten unterstützt.

Die Abschlussfrage, ob die Praxen nach ihrem aktuellen Erfahrungsstand einen bundesweiten Roll-out als sinnvoll erachten, beantworteten nur 24 von 71 Praxen positiv.

Neben den o. g. Gründen wird häufig angemerkt, dass in den Akten noch keine Dokumente von an der Behandlung beteiligten Praxen zu finden sind. Dadurch können wichtige Funktionalitäten wie der Download von Dateien, Berechtigungsmanagement sowie die Such- und Filtermöglichkeiten noch nicht getestet werden.

## TOP 3.1 - Antrag 1: Neufassung der Richtlinie nach § 390 SGB V (ehemals § 75 b SGB V) über die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit

<b>Antragsteller:</b>	Vorstand der KBV
<b>Status:</b>	angenommen
<b>TOP:</b>	TOP 3.1 - Neufassung der Richtlinie nach § 390 SGB V über die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit
<b>Abstimmung:</b>	Ja:                    einstimmig Nein:                    0 Enthaltung:            0

- 1 Die Vertreterversammlung der KBV beschließt die Neufassung der Richtlinie nach §
- 2 390 SGB V (ehemals § 75 b SGB V) über die Anforderungen zur Gewährleistung der
- 3 IT-Sicherheit. Der Beschluss wird als Vorratsbeschluss gefällt und wird nach
- 4 Einvernehmen durch das BSI wirksam.

### Begründung

Der Gesetzgeber hatte im ehemaligen Paragraphen 75 b SGB V die Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragt, eine IT-Sicherheitsrichtlinie für alle Praxen zu entwickeln und jährlich an den Stand der Technik und an das Gefährdungspotential anzupassen. Die KBV ist dem gesetzlichen Auftrag im Jahr 2020 mit der „Richtlinie nach Paragraph 75 b SGB V über die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit“ nachgekommen. Durch das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) wurden die Inhalte des Paragraphen 75 b SGB V in den Paragraph 390 SGB V überführt und die gesetzlichen Anforderungen erweitert. Die Überarbeitung der „Richtlinie nach § 390 SGB V über die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit“ erweitert die bestehende Richtlinie daher um folgende Aspekte

- Personalsicherheit
- Sensibilisierung und Schulung zur Informationssicherheit (Awareness)
- E-Mail-Client und -Server
- Patch- und Änderungsmanagement

Darüber hinaus wurde die Struktur der Anforderungen verbessert, einzelne Anforderungen klarer formuliert und obsolete Umsetzungszeitpunkte entfernt.

Das gesetzlich vorgesehene Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) wurde mit einer initial geänderten Version hergestellt, die geforderte Benehmensherstellung mit den benannten Organisationen wurde danach durchgeführt und führte zur vorliegenden Version. Da die Richtlinie durch die Benehmensherstellung eher geringfügig verschärft wurde, geht die KBV fachlich von einer erneuten Zustimmung des BSI zur vorliegenden Richtlinienversion aus.