

TOP 2 - Antrag 1: Forderungen zur Bundestagswahl 2025

Antragsteller*in:	Vertreterversammlung der KBV, Vorstand der KBV	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV	
TOP 2 - Antrag 1 Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Vertreterversammlung beschließt das dem Antrag beiliegende Forderungspapier
- 2 "Unsere Gesundheit erlaubt keinen Stillstand".

Begründung

Die Amtszeit der abgelaufenen Legislaturperiode der Fraktionen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und der FDP hat im Ergebnis von 3 1/2 Jahren einen Stillstand des Gesundheitswesens für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung und damit einen Stillstand für die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten bedeutet. Eine zukünftige Bundesregierung und die sich zur Wahl stellenden Parteien müssen sich in der kommenden Legislatur mehr der ambulanten Versorgung im Sinne einer Stärkung und keiner Schwächung widmen.

UNSERE **GESUNDHEIT** ERLAUBT KEINEN STILLSTAND.

**Unsere Forderungen zur Bundestagswahl zur 21. Legislaturperiode –
zum Erhalt des Sozialstaates und einer modernen und zeitgemäßen
ambulanten medizinischen Versorgung**

**Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)
vom 6. Dezember 2024**

Die Amtszeit der abgelaufenen Legislaturperiode der Fraktionen SPD, Bündnis90/Die Grünen und FDP hat im Ergebnis von 3,5 Jahren einen Stillstand des Gesundheitswesens für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung und damit einen Stillstand für die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten bedeutet. Bereits zu lange ignoriert die Politik die zunehmenden Probleme in der ambulanten Gesundheitsversorgung bzw. versucht, diese teilweise unlösbaren Probleme auf Dritte abzuwälzen. Eine Gesundheitspolitik für eine moderne und zeitgemäße ambulante medizinische Versorgung bedeutet auch, dass sich Politik ehrlich um eine Problemlösung bemühen muss.

Insbesondere vor dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung, dem stetig zunehmenden Fachkräftemangel sowie der damit einhergehenden Belastung des Gesundheitswesens insgesamt bekennen wir uns zu einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens sowie der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Missachtung der strukturellen Finanzierungsprobleme der GKV muss beendet werden.

Wir stehen als Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die die Interessen der 187.000 vertragsärztlich tätigen

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vertritt, zur gemeinsamen und ärztlichen Selbstverwaltung; insbesondere und ausdrücklich mit unseren Partnern der gesetzlichen Krankenkassen, der Krankenhäuser sowie der Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie Apotheken. Die Organisation der medizinischen Versorgung gehört in die Hände der Selbstverwaltung. Die strukturelle Missachtung der Selbstverwaltung durch die Politik muss beendet werden.

Die KBV ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Sie organisiert mit diesen gemeinsam die flächendeckende wohnortnahe ambulante Gesundheitsversorgung und vertritt die Interessen der vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf Bundesebene.

Wir sind für die ambulante medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger Deutschlands nah. Wir bleiben für Sie nah. Die Zukunft der Medizin ist ambulant. Mit 187.000 Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten organisieren wir die ambulante Medizin in rund 100.000 Praxen wohnortnah. Dafür stehen wir als Praxenland Deutschland.

01

SELBSTVERWALTUNG ALS TRAGENDE SÄULE DES GESUNDHEITSWESENS

Das Prinzip der Selbstverwaltung ist eine tragende Säule des deutschen Gesundheitssystems. Es stellt einen gesellschaftlichen Wert dar, der sich nicht an ökonomischen Interessen orientiert.

Selbstverwaltung bedeutet, dass sich diejenigen untereinander organisieren, die sich täglich mit Gesundheit beschäftigen: also Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Rahmen ihrer Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), gesetzliche Krankenkassen mit ihren Versicherten und die Krankenhäuser. Sie gewährleisten gemeinsam durch ständigen Austausch in demokratischen Prozessen die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Dabei organisieren sich die genannten Gruppen in bundesweiten Verbänden. Diese sind im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vertreten.

Die Selbstverwaltungspartner beobachten mit Sorge zunehmende politische Eingriffe in die Selbstverwaltung. Die Freiheit der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsausübung wurde in den vergangenen Jahren zunehmend eingeschränkt. Überbordende Bürokratie, eine unzureichende Finanzierung und immer mehr staatliche Regelungen gefährden die freie Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ausschließlich dem Wohl ihrer Patientinnen und Patienten verpflichtet sind.

Eine gute und nachhaltige ambulante Versorgung basiert auf einem starken und zugleich sensiblen Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin, Arzt, Psychotherapeutin und Psychotherapeut sowie ihren Patientinnen und Patienten. Dieses besondere Vertrauensverhältnis muss zum Wohl der Patientinnen und Patienten erhalten und geschützt bleiben. Elementare Voraussetzungen hierfür sind das Prinzip der freiberuflichen Berufsausübung und eine funktionierende Selbstverwaltung. Nur ein klares, uneingeschränktes Bekenntnis zu einer dezentralen ambulanten Gesundheitsversorgung sichert den Schutz dieses überaus sensiblen Arzt-Patienten-Verhältnisses. Freiberuflichkeit – nicht nur,

aber auch in Verbindung mit der Selbstständigkeit – ist ein elementares Grundprinzip der freiheitlichen Gesellschaft. Es geht um die freie medizinische oder auch psychotherapeutische Entscheidung. Die Zuwendung zu Patientinnen und Patienten ist durch keine Interessen Dritter gestört. Erst dadurch ist die vertrauliche Arzt-Patienten-Beziehung möglich. Deshalb bedarf es des Schutzes der ärztlichen und psychotherapeutischen Therapiefreiheit mit Verantwortung. Das heißt zum Beispiel, dass ein Arzt oder eine Ärztin nach bestem Wissen und Gewissen gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin entscheidet, welche Therapie im Einzelfall die richtige ist, und dafür verantwortlich ist.

Das Prinzip einer unabhängigen Berufsausübung vor dem Hintergrund einer eigenständigen Selbstverwaltung ist grundlegend für eine freie Gesellschaft.

Die Selbstverwaltung ist ein Grundprinzip der deutschen Sozialversicherung. Die Selbstverwaltung nimmt Aufgaben des öffentlichen Interesses wahr, die andernfalls durch den Staat direkt erfüllt werden müssten. Die Organe der Selbstverwaltung sind durch den Gesetzgeber mit der Sicherung der Versorgung im Bedarfsfall beauftragt.

Die Selbstverwaltung ist dabei ein krisenfestes und zugleich handlungsfähiges Element der Organisation des Gesundheitswesens; auch wenn die Bundesregierung sich in der Krise befindet.

Gesetzgeberische und politische Eingriffe in die Organisation der Selbstverwaltung behindern diese Handlungsfähigkeit im erheblichen Maße. Zugleich führen diese Eingriffe zu einem strukturellen Aufbau von Bürokratie und gefährden damit die Handlungsfähigkeit. Der Selbstverwaltung ist daher Vorrang vor gesetzgeberischen und politischen Eingriffen einzuräumen. Selbstverwaltung benötigt Freiheit, um wirken zu können, und weniger gesetzliche Vorgaben, um wirksam zu sein.

WIR FORDERN

einen „gemeinsamen Pakt für Selbstverwaltung“ als Bekenntnis zum Subsidiaritätsprinzip im deutschen Gesundheitswesen. Gemeinsam mit unseren Partnern in der gemeinsamen Selbstverwaltung engagieren wir uns für eine nachhaltig finanzierte gesetzliche Krankenversicherung (GKV), eine Versorgung nach dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse sowie den fortlaufenden Abbau von Bürokratie. Gesetzgeberische und politische Eingriffe in die Ausgestaltung der gemeinsamen Selbstverwaltung sind zu vermeiden.

02 DAS GESUNDHEITSWESEN BRAUCHT EINE VERLÄSSLICHE GESUNDHEITSPOLITIK

Die tragenden Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind das Solidaritäts- und das Sachleistungsprinzip sowie das Wirtschaftlichkeitsgebot. Die beste Versorgung ist wohnortnah, wirtschaftlich und patientenorientiert.

Eine verlässliche Gesundheitspolitik muss daher Struktur-reformen unter Berücksichtigung dieser Prinzipien sachgerecht und ausgewogen sowie miteinander verzahnt angehen.

Wir stehen zum medizinisch sinnvollen Grundsatz von „ambulant vor stationär“ sowie zur Aus- und Weiterbildung unseres medizinischen Nachwuchses. Wir bieten unseren Sachverstand und unsere Expertise der Gesundheitspolitik an, um sachgerechte und an den Strukturprinzipien orientierte Lösungen für Versorgungsprobleme zu finden.

Wir machen damit die ambulante Gesundheitsversorgung zukunftsfest.

Die Zukunft der Medizin ist ambulant. Hierauf muss die Gesundheitspolitik das Gesundheitswesen ausrichten und daher die ambulante medizinische Versorgung nachhaltig stärken, um für die Patientinnen und Patienten, aber auch den Nachwuchs an Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten attraktiv zu bleiben.

Schluss mit weiteren Behörden im Gesundheitswesen: Die Schaffung von neuen Instituten und/oder Behörden durch die Gesundheitspolitik ist zu vermeiden. Weitere Institute und Behörden erhöhen weder die Qualität der Strukturprinzipien in der GKV noch bedeuten sie ein Ende des Aufbaus von Verwaltung und Bürokratie im Gesundheitswesen.

WIR FORDERN

eine nachhaltige Unterstützung von freiberuflich-selbstständigen Strukturen in der ambulanten Versorgung und ein Ende der politischen Misstrauenskultur gegenüber den ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Ein Bekenntnis zum tragenden Organisationsprinzip „ambulant vor stationär“ im deutschen Gesundheitswesen ist dabei essenziell. Für die Aus- und Weiterbildung in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sind gesetzliche Maßnahmen zur Sicherstellung der zukünftigen ambulanten medizinischen Versorgung zu ergreifen. Die ambulante Weiterbildung in den Praxen ist zu fördern. Die seit 2013 erarbeitete Reform der Approbationsordnung der Ärztinnen und Ärzte ist umzusetzen.

03 SICHERUNG EINER ANGEMESSENEN FINANZIERUNG ALS INVESTITION IN DIE ZUKUNFT DES GESUNDHEITSWESENS

Die gesetzlichen Grundlagen für die Finanzierung des Gesundheitswesens bedürfen einer Neuausrichtung als eine zukunftsorientierte Investition in die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Nicht zuletzt die älter werdende sogenannte Generation der „Babyboomer“-Jahrgänge wird den Druck auf die Sozialsysteme – und damit auch auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – weiter erhöhen. Zugleich wird der Gesundheitsfonds sachfremd für die Finanzierung von Investitionen und Ausgaben herangezogen. Der Zuschuss aus dem Bundeshaushalt verharrt auf dem Niveau von 2014, während die übrigen Sozialausgaben im gleichen Zeitraum um rund 48 Prozent angestiegen sind. Eine angemessene und vollständige Finanzierung von Gesundheit ist öffentliche Daseinsvorsorge und darf nicht gefährdet werden.

Die Finanzierung des Gesundheitswesens sowie der GKV muss nachhaltig erfolgen. Die fortlaufende Missachtung einer zukunftsicheren Finanzierung der GKV durch die Politik muss beendet werden. Die Ausgaben für sogenannte versicherungsfremde Leistungen aus dem Gesundheitsfonds – also Leistungen, die nicht zum Sachzweck einer gesetzlichen Krankenversicherung als Absicherung gegen Krankheit gehören – werden derzeit nicht durch gesetzliche Steuerzuschüsse gegenfinanziert. Diese sachfremden Ausgaben haben daher erhebliche Auswirkungen auf die Wettbewerbsfähigkeit der Bundesrepublik Deutschland insgesamt, weil diese Ausgaben die Lohnnebenkosten in erheblichem Maße für die Bürgerinnen und Bürger sowie die Arbeitgeber – und damit auch unsere Praxen – belasten.

Wir bekennen uns zu zukunftsicher finanzierten Systemen im Sozialstaat; diese bedürfen aber zugleich auch einer sachgerechten Finanzierungsgrundlage, verbunden mit einer Prioritätensetzung der Ausgaben.

In Deutschland werden zum Beispiel – im internationalen Vergleich – zu viele Eingriffe noch ausschließlich stationär durchgeführt zu deutlich höheren Kosten. Mehr als vier Millionen Operationen können ambulant erbracht werden und damit die Ausgaben der stationären Versorgung abfedern. Die damit einhergehende Verlagerung der Weiterbildungsmöglichkeiten in den ambulanten Bereich ist integraler Bestandteil des Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Die laufende schleichende Verlagerung zu ambulanter Versorgung ohne Finanzierung ist durch eine angemessene und vollständige Finanzierung der Ambulantisierung zu ersetzen. Dadurch wird die ambulante Versorgung auf den Patienten fokussiert gefördert und im Gesundheitssystem werden auf Dauer Kosten gespart. Deutschlands Krankenhäuser werden von vielen unnötig stationär behandelten Fällen somit entlastet. Die eingesparten Mittel in Höhe von bis zu acht Milliarden Euro stehen als benötigte Finanzierung der ambulanten Gesundheitsversorgung zur Verfügung.

Zudem darf die Finanzierung des medizinisch-technischen Fortschritts nicht zulasten der zuwendungsorientierten Medizin in den Praxen der Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gehen. Hier brauchen wir eine klare Prioritätensetzung.

WIR FORDERN

- **eine Analyse der GKV-Finzen in den ersten 100 Tagen einer neuen Bundesregierung. Wir schlagen einen Runden Tisch zur Priorisierung der Verwendung der Finanzmittel mit allen Beteiligten der Selbstverwaltung vor.**
- **einen konsequenten Abbau der sachfremden Verwendung von Finanzmitteln der GKV, um Beitragsmittel der gesetzlich Versicherten für die ambulante Versorgung der Bürgerinnen und Bürger freizusetzen. Die versicherungsfremden Leistungen durch die GKV sind aus dem Leistungskatalog der GKV zu streichen bzw. alternativ vollumfänglich durch steuerliche Zuschüsse zu finanzieren.**
- **die Schaffung von gleichen Zugangsvoraussetzungen und gleicher Vergütung für Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Krankenhäuser für eine erfolgreiche Ambulantisierung.**

04 GUTE MEDIZIN BRAUCHT GUTE RAHMENBEDINGUNGEN UND PRAXISTAUGLICHE DIGITALISIERUNG – FÜR MEHR VERSORGUNG UND WENIGER BÜROKRATIE

Wir ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sichern das stabile Fundament einer qualitativ hochwertigen medizinischen Patientenversorgung – das hat nicht zuletzt die Pandemie gezeigt. Wir gestalten täglich millionenfach die ambulante medizinische Versorgung in Zusammenarbeit mit unserem Praxispersonal, den Medizinischen Fachangestellten (MFA) und weiteren Gesundheitsberufen im Team. Darauf sind wir stolz.

Die Ressource Zeit im Gesundheitswesen ist kostbarer denn je; bei Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie unseren Praxisteams. Gesetzgeber und Selbstverwaltungspartner müssen gemeinsam auf schlankere und moderne Prozesse hinarbeiten. Wir brauchen endlich Rahmenbedingungen, die sowohl Zeit für Patientinnen und Patienten als auch Freiräume für Innovation in der Versorgung generieren.

Wir stehen zu einer patientenzentrierten, nutzbringenden und anwenderorientierten Digitalisierung und digitalen Vernetzung unseres Gesundheitswesens, die – wie auch der Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) – wichtige Beiträge zur Bewältigung aktueller Herausforderungen leisten können. Die ambulante vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung ist der mit Abstand am stärksten digitalisierte und digital vernetzte Bereich in unserem Gesundheitswesen – dazu leisten wir mit unseren Teams mit Engagement und erheblichen Eigenmitteln unseren Beitrag.

Grundlage unserer Tätigkeit bleibt jedoch unverändert die persönliche Nähe und Beziehung zwischen den ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen und den von ihnen versorgten Menschen.

WIR FORDERN

- **konsequentes Umsteuern von Sanktionen hin zu Anreizen. Überzogene Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen, die nicht der guten Versorgung dienen, belasten die Praxen und ihre Teams. Als Sofortmaßnahme müssen die gesetzlichen Regelungen zu Regressen für verordnete Leistungen korrigiert und mit einer Bagatellgrenze, die unsinnige Prüfungen verhindert, versehen werden.**
- **einen respektvollen Umgang mit unseren wertvollen Ressourcen durch deutliche Verschlan-
kung von bürokratischen Prozessen, um mehr Zeit für Patientinnen und Patienten zu gewinnen. Wir brauchen eine am Nutzen für Patientinnen und Patienten und Praxen orientierte Digitalisierung. Hierfür bedarf es stabiler und sicherer technischer und finanzieller Rahmenbedingungen. Im Interesse einer guten Medizin ist unsere Expertise einzubeziehen.**
- **die Umsetzung eines Bürokratieentlastungsgesetzes in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung sowie die gemeinsame Erarbeitung von Eckpunkten für ein Praxiszukunftsgesetz analog dem Krankenhauszukunftsgesetz in den ersten 100 Tagen einer neuen Bundesregierung.**

05 MEHR STEUERUNG UND ORIENTIERUNG IN UNSERER VERSORGUNG

Demografischer Wandel, medizinischer Fortschritt und veränderte Sozialstrukturen bedingen eine beständig steigende Nachfrage nach ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen. Dem steht ein zunehmender Fachkräftemangel entgegen. Zudem begrenzen Maßnahmen der Ausgabenkontrolle heute schon Versorgungsleistungen in einschneidender Weise durch Budgets für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, Zulassungsbeschränkungen für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder durch Verordnungsbudgets, für deren Überschreitung die Praxen im Einzelfall haften müssen. Zunehmend beobachten wir eine Fehlinanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Krankenhausnotaufnahmen. Hier muss vordringlich steuernd eingegriffen werden, um den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erfüllen zu können.

Um eine bessere Lenkung dieser Inanspruchnahme zu gewährleisten, muss eine verbindliche Steuerung über ein einheitliches Ersteinschätzungssystem mit sich daraus ableitender Steuerung in die medizinisch richtige Versorgungsebene etabliert werden.

Versicherte, die Einrichtungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes oder der Krankenhausnotaufnahmen ambulant aufsuchen wollen, werden zunächst individuell medizinisch eingeschätzt, dadurch werden Fehlinanspruchnahmen reduziert und Versorgungswege verkürzt. Hierzu müssen die mit der Rufnummer

116117 bereits verfügbaren Instrumente gestärkt, den Versicherten mehr Orientierung im Gesundheitssystem gegeben und gleichzeitig Patientinnen und Patienten schneller an den richtigen Versorgungsort geleitet werden.

WIR FORDERN

- **eine Patientensteuerung, die sich nach medizinischen Erfordernissen der Patientinnen und Patienten bemisst.**
- **für die Vermittlung von Terminen auf Grundlage von §75 Abs. 1a und 1b SGB V die verbindliche Anwendung eines einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens, das für die Bestimmung der Behandlungsdringlichkeit und der angemessenen Versorgungsebene geeignet ist.**
- **Verbindlichkeit und Mitverantwortung der Versicherten.**
- **eine Vorhaltefinanzierung sowie eine vollständige Finanzierung der Leistungen, um einen diskriminierungsfreien Zugang für alle gesetzlich Versicherten zu gewährleisten.**

06 LEISTUNG IM GESUNDHEITSWESEN MUSS SICH LOHNEN

Das Festhalten an versorgungsfeindlichen Elementen – wie der Budgetierung vertragsärztlicher und -psychotherapeutischer Vergütungen – behindert nachhaltig das Freisetzen von Effizienz in der vertragsärztlichen Versorgung. Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die mehr leisten, werden hierfür nicht belohnt. So können die Herausforderungen des demografischen Wandels nicht gelöst werden.

Budgetierung überschreibt die Effizienz vertragsärztlicher und -psychotherapeutischer Versorgung, da damit die Praxen der wirtschaftlichen Eigenverantwortung beraubt werden. Effizientes Handeln hat unter einem ausgeschöpften Budget keine Auswirkungen auf die Vergütung der Praxen. Damit wird durch die seit mehr als 30 Jahren andauernde Budgetierung das Potenzial der effizienten eigenverantwortlichen Patientenversorgung nicht genutzt und kann dem gegenwärtigen Ressourcenmangel der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung nicht entgegenwirken. Darüber hinaus findet aufgrund der Budgetierung der innovative und medizinische Fortschritt nur sehr zögerlich Einzug in die Behandlung von GKV-Versicherten. Die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung erfordert eine Finanzierung ohne Budgets.

Die Budgetierung der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Vergütung sollte in der abgelaufenen 20. Legislaturperiode zunächst für die hausärztliche Versorgung beendet werden, um die hausärztliche Versorgung zu stärken.

Das zu begrüßende politische Vorhaben konnte nicht abgeschlossen werden. Für die kinder- und jugendärztliche Versorgung sowie die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung konnte die Budgetierung zum Teil beendet werden, um Versorgungslücken zu schließen.

Neben der dringend notwendigen Abschaffung der Budgets in der hausärztlichen Versorgung sind auch für alle weiteren Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Budgets abzuschaffen, um die Leistungsfähigkeit der ambulanten medizinischen Versorgung in ihrer Effizienz zu steigern.

Wir brauchen eine bedarfsgerechte Finanzierung für eine zukunftsfähige ambulante Patientenversorgung. Der gesetzliche Rahmen zur Anpassung der Finanzierung ist zu eng und führt im Vergleich zum stationären Versorgungsbereich und zur gesamtwirtschaftlichen Situation in Deutschland zu unangemessenen Ergebnissen. Eine tragfähige Finanzierung muss die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung auch in Krisenzeiten sicherstellen. Insbesondere der Inflationsausgleich muss hierbei vollumfänglich berücksichtigt werden. Dies ist eine notwendige Voraussetzung, um das Verzeichnis ambulanter Untersuchungen und Behandlungen kontinuierlich in Richtung einer modernen Versorgung unter ärztlicher Teamleitung mit mehr Elementen von Delegation und Teammodellen anzupassen.

WIR FORDERN

- **eine nachhaltige Ausrichtung der ambulanten medizinischen Versorgung nach dem Leistungsgrundsatz: „Wer mehr leistet, muss auch besser bezahlt werden.“ Versorgungsfeindliche Elemente im ambulanten Vergütungssystem sind zum Wohle der Versorgung zu beseitigen. Jede ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und notwendige medizinische Leistung muss vollständig vergütet werden. Budgetgrenzen sind für alle ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten innerhalb der ersten 100 Tagen einer neuen Bundesregierung abzuschaffen.**
- **den Werterhalt der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistung durch die Berücksichtigung und den vollumfänglichen Ausgleich von Kostensteigerungen und der Wirkung von Inflation.**

TOP 2 - Antrag 2: "ePA für alle" mit hohem Datenschutzniveau und nur ausreichend getestet einführen

Antragsteller*in:	Vorstand der KBV
Status:	angenommen
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV
TOP 2 - Antrag 2 Abstimmung:	Ja: einstimmig Nein: 0 Enthaltung: 0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Ab dem Frühjahr 2025 soll nach dem Opt-Out-Modell die elektronische
- 2 Patientenakte als „ePA für alle“ für alle Bürgerinnen und Bürger eingeführt
- 3 werden. Gleichzeitig werden Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtet,
- 4 medizinische Daten in die ePA einzustellen und Krankenkassen befüllen die ePA
- 5 mit Abrechnungsdaten. Immer noch sind wichtige Fragen, die die Rechte der
- 6 Patienten, den Datenschutz und die ärztliche Schweigepflicht wie auch die
- 7 technische Einführung der ePA betreffen, ungeklärt. Die Einführung der „ePA für
- 8 alle“ darf jedoch nicht zu inakzeptablen Belastungen der Arzt/Psychotherapeut-
- 9 Patienten-Beziehung und der Versorgung in den Praxen führen!
- 10 Die Vertreterversammlung der KBV fordert daher:
- 11 Abrechnungs- und Diagnosedaten der Versicherten müssen von den
- 12 Krankenkassen so in die ePA eingestellt werden, dass sie ausschließlich vom
- 13 Versicherten selbst eingesehen und erst bei Bedarf behandelnden Ärzten oder
- 14 Psychotherapeuten zur Verfügung gestellt werden können.
- 15 Die Krankenkassen müssen ihre Versicherten sachgerechter und sehr viel
- 16 umfangreicher als bisher über die ePA aufklären. Dies gilt insbesondere für
- 17 die Möglichkeiten der Versicherten, ihre Widerspruchs- und Zugriffsrechte
- 18 differenziert wahrnehmen zu können. Insbesondere müssen Regelungen über
- 19 Zeitraum und Kreis der Leseberechtigten in den Institutionen des
- 20 Gesundheitswesens prominent, transparent und barrierefrei kassenseitig an
- 21 alle Versicherten kommuniziert werden. Dies gebietet die Opt-Out-Lösung,
- 22 die auf der umfassenden Informationspflicht durch die Krankenkassen
- 23 basiert.
- 24 Die ePA bei Minderjährigen muss von einem Opt-Out auf ein Opt-In-Modell
- 25 umgestellt werden, da Minderjährige keine Verantwortung für spätere
- 26 Nachteile übernehmen können.
- 27 Der Beginn des bundesweiten Rollout der ePA in allen Praxen darf erst nach
- 28 einer hinreichend langen, aussagekräftigen und erfolgreichen Testphase
- 29 erfolgen.

Begründung

Der Gesetzgeber verpflichtet zukünftig Ärzte und Psychotherapeuten vor der Einbringung sensibler Daten in die ePA (insbesondere zu psychischen Erkrankungen, sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten und zu Schwangerschaftsabbrüchen), ihre Patienten darüber zu informieren und auf ihr Widerspruchsrecht hinzuweisen. Wenn hingegen Krankenkassen Abrechnungsdaten in die ePA einbringen, erfolgt jedoch ein solcher Hinweis nicht. So kann es dazu kommen, dass sensible Daten in die ePA eingestellt werden und für alle zugriffsberechtigten Dritten sichtbar sind, obwohl der Patient bei seinem Arzt oder Psychotherapeut zuvor widersprochen hat. In diesen Fällen kann dies zu einer erheblichen Störung der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt bzw. Psychotherapeut und Patient führen. Dies muss vermieden werden. Darüber hinaus ist der medizinische Wert von Abrechnungsdaten in der ePA von nur sehr begrenztem Wert für die Verbesserung der Patientenversorgung.

Die bisherigen Informationen der Krankenkassen an die Versicherten, wie sie ihre Widerspruchsmöglichkeiten wahrnehmen und zukünftig Zugriffsrechte, z.B. für einzelne Berufsgruppen oder die Nutzung ihrer Daten zu Forschungszwecken, differenziert begrenzen können, sind bislang völlig unzureichend. Auch die neue Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (BfDI), Frau Prof. Dr. Specht-Riemenschneider, hat auf gesetzgeberische Mängel in diesem Bereich sowie auf das unbedingt notwendige hohe Datenschutzniveau hingewiesen. Insbesondere unter den Bedingungen einer Opt-Out-ePA müsse es „selbstverständlich sein, dass die Patientinnen und Patienten bestmöglich informiert werden, wie sie widersprechen können“.

Die familienrechtlichen Rahmenbedingungen machen insbesondere die Ausübung des Widerspruchsrechts bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren in Konfliktfällen zwischen den Erziehungsberechtigten zu einem kaum handhabbaren Instrument. Weil die Widerspruchsrechte insofern gemeinsam auszuüben sind, droht bei Uneinigkeit der Erziehungsberechtigten das Risiko, dass es zu Nutzungen der ePA kommt, die im schlimmsten Falle den Interessen des Minderjährigen zuwiderlaufen. Eine familiengerichtliche Entscheidung stellt insofern keine hinreichende Lösung dar, als die entsprechenden Zeitläufe zu lang sind, um einen effektiven Schutz der Minderjährigen zu bewirken.

Für Kinder und Jugendliche, die – besonders aufgrund einer angeborenen oder erworbenen chronischen oder schweren Erkrankung – von der Einrichtung der ePA einen Nutzen zu erwarten haben, kann durch die Erziehungsberechtigten jederzeit einfach eine ePA mit dem Opt-In-Modell eingerichtet werden.

Die Healthcare-IT-Industrie warnt seit Wochen davor, dass zu kurze Test- und Einführungsphasen bei der ePA zu erheblich gestörten Praxisabläufen und unvorhersehbaren Auswirkungen auf bereits eingeführte TI-Anwendungen wie eRezept, eAU und KIM führen können. Faktisch besteht bei den derzeitigen Tests der ePA durch die Entwickler auch nach Aussagen des BMG bereits ein zeitlicher Verzug. Um insbesondere in der Infektsaison im Frühjahr 2025 nicht noch zusätzliche Belastungen für die Praxen zu verursachen, müssen sich diese auf ausreichend getestete und gut funktionierende PVS unbedingt verlassen können.

TOP 2 - Antrag 3: Ambulantisierung – Hybrid DRG

Antragsteller*in:	Dr. Helmut Weinhart, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Andreas Bartels, Dr. Karsten Braun	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV	
TOP 2 - Antrag 3 Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Vertreterversammlung fordert den Gesetzgeber zu einem Neustart der
- 2 Ambulantisierung auf, die den Namen wirklich verdient. Gleich lange Spieße,
- 3 klare Struktur/Systematik der Leistungsauswahl mit nachhaltiger Kalkulation der
- 4 Leistung und einer realen Sachkostenerstattung und Berücksichtigung der
- 5 fachärztlichen Weiterbildung. Insbesondere die letzten Änderungsanträge zum §
- 6 115f SGB V weisen zudem den direkten Weg in regulatorische Staatsmedizin mit der
- 7 Brille der stationären Versorgungsebene.

Begründung

Die Ambulantisierung – mit großen Erwartungen gestartet – ist mit den aktuellen Regelungen schlichtweg gescheitert. Sie ermöglicht wie aus den letzten 3 Jahrzehnten der politischen Intentionen bekannt nur den Weg der Ambulantisierung für den stationären Sektor – am Krankenhaus. Gleich lange Spieße sind ein leeres Versprechen geblieben – am Beispiel des Transformationsfonds in Höhe von 50 Milliarden über 10 Jahre für den stationären Sektor zur Hälfte finanziert über Versichertenbeiträge. Die systematische Heranziehung von OPS-Prozeduren aus den A-DRGs mit einer Verweildauer von lediglich einem Tag bringt keinerlei Dynamik in die Ambulantisierung. Zusätzlich bringt die Heranziehung der InEK Kostenmatrix in der ausschließlichen Berücksichtigung der 1-Tages-Fälle eine systematische Fehlkalkulation der auf OPS Ebene bezogenen Honorierung. Die ausschließliche Identifikation der Kurz-Lieger eines Hauptabteilungs-DRGs in Form der unterschiedlichen OPS-Prozeduren bringt in der Überführung in die ein und dieselbe Hybrid-DRG-Pauschale eine Spreizung an Eingriffen von Kleinst-Eingriffen bis zu komplexen Eingriffen mit hohem Sachkostenanteil für den gleichen Preis. Dies ermöglicht keine Ambulantisierung sondern führt zu Fehlanreizen und führt zu einer Nichterbringung der in dieser Mischkalkulation fehlkalkulierten Leistungen. Das identische Problem ist bei der völlig insuffizienten Berücksichtigung der Sachkosten zu verzeichnen.

TOP 2 - Antrag 4: Ja zur Entbudgetierung! Nein zur Überregulierung!

Antragsteller*in:	Dr. Sebastian Sohrab
Status:	angenommen
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV
TOP 2 - Antrag 4 Abstimmung:	Ja: einstimmig Nein: 0 Enthaltung: 0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Wir fordern die längst notwendige Entbudgetierung aller Versorgungsbereiche als
- 2 vorrangiges gesundheitspolitisches Anliegen für die kommende Legislatur einer
- 3 neuen Bundesregierung. Eine Überregulierung durch Eingriffe in die Autonomie zur
- 4 Organisation der Praxisabläufe wie beispielsweise Vorgaben zum Terminmanagement
- 5 durch Krankenkassen lehnen wir entschieden ab.

Begründung

Nach der Beendigung der Regierungskoalition am 7. November 2024 werden wahrscheinlich viele Gesetzesvorhaben nicht mehr umgesetzt. Zu diesen geplanten Gesetzesänderungen gehört bedauerlicherweise auch die Entbudgetierung im hausärztlichen Bereich, die immer als erster Schritt zur Entbudgetierung aller Versorgungsbereiche verstanden wurde, da ein Fortbestand der Budgetierung im fachärztlichen Bereich unweigerlich zu einer Verknappung fachärztlicher Leistungen mit der Folge längerer Wartezeiten führt. Durch die absehbare Wahl einer neuen Bundesregierung ergibt sich jetzt die Möglichkeit für die kommende Legislatur eine solche Entbudgetierung aus einem Guss für alle Versorgungsbereiche zu planen und zum Wohle unserer Patienten zügig umzusetzen.

Inhabergeführte vertragsärztliche Praxen werden nach dem Prinzip der Freiberuflichkeit geführt, hierzugehört elementar auch die Organisation der Sprechstunde und das Terminmanagement. In der Vergangenheit wurden dahingehend bereits viele regulatorische Vorgaben gemacht, so wurde die Mindestsprechstundenzahl ohne Kompensation um 5 Stunden erhöht. Aktuelle Versuche anderer Beteiligter der Selbstverwaltung hierauf noch weiteren, bestimmenden Einfluss zu erhalten, sei es Vorgaben wann Sprechstunden abzuhalten sind (Bundesministerium für Gesundheit und Krankenkassen), oder wie viele Termine (online) zur Verfügung gestellt werden müssen (Krankenkassen), lehnen wir ab.

TOP 2 - Antrag 5: Verpflichtung des stationären Sektors zum Einsatz von KIM

Antragsteller*in:	Dr. Christian Pfeiffer, Dr. Peter Heinz (Bay), Dr. Petra Reis-Berkowicz, Dr. Markus Beier, Dr. Richard Häusler, Dr. Helmut Weinhart
Status:	angenommen
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV
TOP 2 - Antrag 5 Abstimmung:	Ja: einstimmig Nein: 0 Enthaltung: 0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Vertreterversammlung der KBV fordert den Gesetzgeber auf, dafür Sorge zu
- 2 tragen, dass – im Rahmen der Digitalstrategie des sektorenverbindenden
- 3 Austauschs von Behandlungsdaten – die stationären Einrichtungen mit sofortiger
- 4 Wirkung verpflichtet werden, den Kommunikationsdienst „Kommunikation im
- 5 Medizinwesen (KIM)“ für die Kommunikation mit den niedergelassenen Praxen zu
- 6 nutzen und insbesondere Befundunterlagen in elektronischer Form ausschließlich
- 7 über diesen sicheren Kommunikationsweg zu übermitteln.

Begründung

Krankenhäuser entwickeln zunehmend eigene Einweiser-Portale, die unabhängig von der Telematikinfrastuktur konzipiert sind.

Für Hausärztinnen und Hausärzte und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist es aber nicht zumutbar, verschiedene Krankenhaus-Einweiser-Portale /-Websites zu nutzen bzw. künftig nutzen zu müssen. Die hausärztlichen Praxen leiden schon heute unter einer weiter zunehmenden Bürokratie.

Die seitens der Bundesregierung angekündigten Entlastungen der Praxen von Bürokratie lassen weiter auf sich warten.

Es ist daher unabdingbar, dass der Gesetzgeber normative Vorgaben dahingehend macht und/oder konkretisiert, dass auch Krankenhäuser zur KIM-Nutzung verpflichtet sind und die Interoperabilität der Krankenhaus-Systeme zu den Praxisverwaltungssystemen der Praxen gewährleistet sein muss.

TOP 2 - Antrag 6: 18-monatige „Friedenspflicht“ zwischen KBV und GKV-Spitzenverband hinsichtlich der Verordnungsfähigkeit von sonstigen Produkten zur Wundversorgung

Antragsteller*in:	Dr. Christian Pfeiffer, Dr. Peter Heinz (Bay), Dr. Petra Reis-Berkowicz, Dr. Markus Beier, Dr. Richard Häusler, Dr. Helmut Weinhart	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV	
TOP 2 - Antrag 6 Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Vertreterversammlung der KBV beauftragt den Vorstand der KBV, eine
- 2 „Friedenspflicht“ mit dem GKV- Spitzenverband von 18 Monaten - entsprechend der
- 3 im ÖGD-Gesetz geplanten Verlängerung der Übergangsregelung (vgl. Änderungsantrag
- 4 1 zum ÖGD-Gesetz, Artikel 3d) - hinsichtlich der Verordnungsfähigkeit von
- 5 sonstigen Produkten zur Wundversorgung gemäß der Anlage Va der
- 6 Arzneimittelrichtlinie zu vereinbaren.

Begründung

Durch den Bruch der Bundesregierungscoalition ist die gesetzlich geplante 18-monatige Verlängerung der Übergangsregelung für Verbandmittel, die „sonstige Produkte zur Wundversorgung“ darstellen, hinfällig.

„Sonstige Produkte zur Wundversorgung“ sind von klassischen Verbandmitteln, welche nach § 31 Abs. 11 SGB V grundsätzlich zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, abzugrenzen. Eine Verordnungsfähigkeit dieser Sonstigen Produkte ist erst dann gegeben, wenn der G-BA eine entsprechende Regelung in die Arzneimittelrichtlinie (AMRL) aufgenommen hat.

Bis zum 02.12.2024 galt diesbezüglich eine Übergangsregelung nach § 31 Absatz 1a SGB V. Diese besagte, dass sonstige Produkte zur Wundversorgung, welche bereits vor Inkrafttreten der Regelung des G-BA zu Verbandmitteln am 02.12.2020 erstattet wurden, weiterhin 48 Monate zu Lasten der GKV verordnet werden konnten. Die Übergangsregelung sollte entsprechend dem Entwurf zum ÖGD-Gesetz bis zum 02.06.2026 verlängert werden.

Die dadurch fehlende Rechtsgrundlage hat zur Folge, dass etliche Verbandmittel als sonstige Produkte zur Wundversorgung (z. B. die meisten silberhaltigen Verbandmittel) aktuell nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden können.

Um die Versorgung insbesondere von Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden nicht zu gefährden, fordert die KV Bayerns eine 18-monatige „Friedenspflicht“ zu vereinbaren. Es darf nicht sein, dass das Ende der Bundesregierungscoalition auf dem Rücken der Patienten und

Ärzte ausgetragen wird.

In den PV-Systemen wird die Eigenkennzeichnung der Anbieter für ihre Produkte aktuell nicht angezeigt (u. a. aufgrund fehlerhafter Einschätzungen und Vermeidung von Irritationen) und somit fehlen valide Aussagen zu den einzelnen Verbandmitteln. Der behandelnde Arzt müsste somit die Verordnungsfähigkeit derzeit selbst einschätzen.

Einige namhafte Verbandmittelhersteller veröffentlichen die entsprechenden Informationen inzwischen auf den jeweiligen Internetseiten. Dies erfolgt jedoch auf der Grundlage der eigenen Bewertungen der Hersteller. Ob sich die zahlenden Krankenkassen diesen Bewertungen anschließen, ist ungewiss.

Eine Vereinbarung auf Bundesebene, in der die Krankenkassen verpflichtet werden, auf entsprechende Rückforderungsanträge zu verzichten („Friedenspflicht“), ist daher unerlässlich, um die verordnenden Ärzte vor einem Regress der Krankenkassen zu schützen.

TOP 3.1 - Antrag 1: Spezifikationen „116117 Terminservice – Vermittlungscode“, „116117 Terminservice – Abrechnungsinformation“ und „Authentisierung“

Antragsteller*in:	Vorstand der KBV
Status:	angenommen
TOP:	TOP 3.1 - Schnittstellenspezifikationen des 116117 Terminservice
TOP 3.1 - Antrag 1 Abstimmung:	Ja: einstimmig Nein: 0 Enthaltung: 0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Die Spezifikationen für die im Folgenden aufgeführten Schnittstellen des 116117
- 2 Terminservice
- 3 Anlage 1: 116117 Terminservice – Vermittlungscode inkl. technische Anlage
- 4 zur Spezifikation;
- 5 Anlage 2: 116117 Terminservice – Abrechnungsinformation inkl. technische
- 6 Anlage zur Spezifikation
- 7 sowie die Spezifikation „Authentisierung“ (Anlage 3) werden in der dem Antrag
- 8 beigefügten Fassungen beschlossen.

Begründung

Auf der Grundlage der Vorgaben des § 75 Abs. 1a SGB V und der Anlage 28 des BMV-Ä wurden 2021 durch die kv.digital GmbH im Auftrag der KBV die Spezifikationen „KV-Connect Anwendung eTerminservice – TSS-Abrechnungsinformation“ und „KV-Connect Anwendung eTerminservice – Vermittlungscode“ auf der Basis der Authentisierungsmechanismen des sicheren Kommunikationsdienstes KV-Connect spezifiziert. Die Spezifikationen wurden durch die VV der KBV am 12.06.2020 beschlossen.

Der Kommunikationsdienst KV-Connect wird zum 20.10.2025 abgeschaltet.

Deshalb war es, um den Praxen weiterhin die Möglichkeit zu geben, Informationen im Kontext der dem 116117 Terminservice bereitgestellten Termine zur Verfügung stellen zu können, notwendig diese Spezifikationen zu überarbeiten und eine neue Authentisierung der Praxen gegenüber dem 116117 Terminservice zu beschreiben.

Die Spezifikation "116117 Terminservice – Vermittlungscode" und die dazugehörige „Technische Anlage“ beschreiben die Kommunikation zwischen den Software-Systemen der Praxen und dem 116117 Terminservice der Kassenärztlichen Vereinigungen um im Zuge der Erstellung einer dringenden Überweisung (Muster 6) bzw. einer Vermittlung zum Psychotherapeuten (PTV11) automatisiert einen Vermittlungscode direkt beim 116117 Terminservice anfordern zu können, welcher den Patienten den Zugang zu den Terminen im 116117 Terminservice ermöglicht. Dieser kann direkt durch das Software-System dann auf die zu erstellenden Dokumente (Muster 6,

PTV11) aufgebracht werden. Im Zuge dieser Kommunikation werden an den 116117 Terminservice bereits wichtige Informationen für eine zielgerichtete Terminvermittlung übergeben (Dringlichkeit, Fachrichtung, überweisender Arzt). Nach Zustimmung des Patienten ist es möglich, ebenfalls die Patientendaten, die auf die Dokumente aufgebracht werden, an den 116117 Terminservice zu übertragen und damit den weiteren Prozess der Terminbuchung effizienter umsetzen zu können, da diese Daten z. B. bei einer Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nochmal erfasst werden müssen.

Die Spezifikation „116117 Terminservice – Abrechnungsinformation“ und die dazugehörige „Technische Anlage“ beschreiben die Kommunikation zwischen den Software-Systemen der Praxen und dem 116117 Terminservice der Kassenärztlichen Vereinigungen im Kontext der Bereitstellung von abrechnungsrelevanten Informationen zu Terminen, welche über den 116117 Terminservice vermittelt wurden, damit diese durch die Software-Systeme der Praxen automatisiert dem Abrechnungsfall eines Patienten zugeordnet und die Auswahl der zutreffenden Gebührenordnungsposition unterstützt werden kann.

Die Spezifikation „Authentisierung“ beschreibt das Authentisierungsverfahren für externe Systeme zur Nutzung von Diensten des 116117 Terminservice und ist damit die Grundlage für die Nutzung der oben beschriebenen Schnittstellen "116117 Terminservice – Vermittlungscodes" und „116117 Terminservice – Abrechnungsinformation“.

Die Spezifikationen der zu beschließenden Schnittstellen wurden auf der Grundlage von FHIR, dem international anerkannten Standard für die Übertragung von Gesundheitsdaten unter Nutzung der sogenannten KBV-Basisprofile entwickelt.

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

TOP 4.1 - Antrag 1: Haushaltsplan der KBV für das Jahr 2025

Antragsteller*in:	Finanzausschuss der KBV, Vorstand der KBV		
Status:	angenommen		
TOP:	TOP 4.1 - Haushaltsplanung 2025		
TOP 4.1 - Antrag 1 Abstimmung:	Ja:	58,89	
	Nein:	0	
	Enthaltung:	0	

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

1. Der Verwaltungshaushalt der KBV für das Jahr 2025 wird in Aufwendungen und Erträgen auf 121.889.000 EUR festgestellt. Der Investitionshaushalt der KBV für das Jahr 2025 wird auf 845.000 EUR festgestellt.
- Es ist eine Verpflichtungsermächtigung in Höhe von 5.000.000 EUR für die Öffentlichkeitskampagne im Sinne der Interessen der Mitglieder der KBV und KVen ausgewiesen, welche für das Jahr 2026 ausgebracht wird.
2. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu erhebende Verwaltungskostenumlage für das Jahr 2025 wird auf 1,53 ‰ der über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Vergütungen für die ärztliche Versorgung festgesetzt. Zusätzlich werden 15 % der erforderlichen Verwaltungskostenumlage als Festbetrag verteilt nach Mitgliederzahlen per 31.12.2023 von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhoben.

Begründung

Der Finanzausschuss hat den Haushaltsentwurf 2025 in seinen Sitzungen am 17.09.2024 und 30.10.2024 beraten. Er empfiehlt der Vertreterversammlung, den vorgelegten Haushaltsplan 2025 festzustellen.

TOP 7.1 - Antrag 1: Bestätigung der Termine der Sitzungen der Vertreterversammlung für das Jahr 2026

Antragsteller*in:	Vorsitzende der Vertreterversammlung
Status:	bestätigt
TOP:	TOP 7.1 - Bestätigung der Termine der Sitzungen der Vertreterversammlung für das Jahr 2026

- 1 Die Vertreterversammlung der KBV bestätigt die Termine der Sitzungen der
- 2 Vertreterversammlung für das Jahr 2026:
- 3 Freitag, 6. März 2026, Berlin
- 4 Montag, 11. Mai 2026, Hannover
- 5 Freitag, 4. September 2026, Berlin
- 6 Freitag, 4. Dezember 2026, Berlin

Begründung

Die frühzeitige Festlegung der Sitzungstermine ermöglicht den Mitgliedern der Vertreterversammlung der KBV eine langfristige Terminplanung.