

TOP 2 - Antrag 1: Dialog und Wertschätzung – für eine faire und zukunftssichere ambulante Versorgung

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

1 Die Vertreterversammlung bekräftigt ihren Willen zu einem konstruktiven,
2 wertschätzenden und sachorientierten Dialog mit Politik, Gesellschaft und den
3 Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung. Sie stellt jedoch fest, dass die
4 wiederkehrenden öffentlichen Forderungen nach einer Nullrunde bei der
5 Honoraranpassung, dem Ausbleiben eines Inflationsausgleichs sowie zusätzlichen
6 Kürzungen in der ambulanten Versorgung dem Grundgedanken partnerschaftlicher
7 Zusammenarbeit widersprechen.

8 Insbesondere die von der Techniker Krankenkasse im August 2025 vorgelegten
9 Sparvorschläge enthalten Maßnahmen, die eine sachgerechte, wohnortnahe und
10 qualitätsgesicherte ambulante Versorgung gefährden würden. Dazu zählen unter
11 anderem:

- 12 • Aussetzung der jährlichen Anpassung des Orientierungswertes (faktische
13 Nullrunde)
- 14 • Rückwirkende Bereinigungen und Honorarkürzungen in bereits erbrachten
15 Leistungsbereichen
- 16 • Einschränkungen von Struktur- und Kurzzeittherapiezuschlägen
- 17 • Maßnahmen, die die Besonderheiten der ambulanten Versorgung und ihre Rolle
18 im Gesundheitssystem nicht ausreichend berücksichtigen

19 Die Vertreterversammlung betont, dass eine solche Herangehensweise die
20 Inflationsbelastungen in den Praxen, steigende Personal- und Sachkosten sowie
21 den hohen Eigenanteil der Praxen an der Digitalisierung und
22 Innovationsfinanzierung ausblendet.

23 Die Vertreterversammlung fordert daher:

- 24 1. Ein klares Bekenntnis der politischen Entscheidungsträger, der gesetzlichen
25 Krankenkassen und der Öffentlichkeit zur Rolle der ambulanten Versorgung
26 als tragende Säule des Gesundheitswesens.
- 27 2. Die Sicherstellung einer angemessenen Finanzierung, die Inflationsausgleich
28 und Kostensteigerungen vollständig berücksichtigt und die Fortentwicklung
29 der ambulanten Versorgung ermöglicht.
- 30 3. Den Erhalt und Ausbau bestehender Versorgungsstrukturen, anstatt diese

- 31 durch pauschale Kürzungsforderungen zu schwächen.
- 32 4. Einen kontinuierlichen Dialog zwischen allen Beteiligten der gemeinsamen
33 Selbstverwaltung, um Effizienz- und Steuerungsfragen gemeinsam zu lösen,
34 statt einseitige Forderungen zu stellen.
- 35 5. Die Vertreterversammlung lehnt politische Eingriffe in die Praxisabläufe,
36 neue Bürokratielasten sowie eine kollektive Misstrauenskultur ab.
- 37 Der Vorstand der KBV wird gebeten, diese Position im Dialog mit Politik,
38 Krankenkassen, Medien und Öffentlichkeit aktiv zu vertreten, insbesondere in
39 Verhandlungen und in Stellungnahmen zu gesundheitspolitischen Reformvorschlägen.
40 Dabei soll das Ziel sein, das Verständnis für die wirtschaftlichen
41 Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung zu fördern, Vertrauen in die
42 partnerschaftliche Zusammenarbeit zu stärken und Lösungen zu erarbeiten, die
43 Versorgungsqualität und Finanzierbarkeit gleichermaßen sichern.

Begründung

Die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung ist die wirtschaftlichste und zugleich leistungsfähigste Säule der medizinischen Versorgung in Deutschland. Rund 97 % aller Behandlungsfälle werden in Praxen erbracht – zu einem Bruchteil der Kosten stationärer Behandlung. Gleichzeitig tragen die Praxen steigende Personal-, Energie- und Sachkosten sowie hohe Eigenanteile bei der Digitalisierung.

Wiederholte Forderungen nach einer Nullrunde, dem Ausbleiben eines Inflationsausgleichs oder weiteren Kürzungen – wie zuletzt im 10-Punkte-Plan der Techniker Krankenkasse – gefährden die finanzielle Stabilität der Praxen, schwächen die Attraktivität des Berufs und untergraben die partnerschaftliche Kultur in der Selbstverwaltung.

Eine zukunftsfähig ambulante Versorgung erfordert Dialog, gegenseitige Wertschätzung und das gemeinsame Ziel, Versorgungsqualität zu sichern und weiterzuentwickeln. Einseitige Kürzungsforderungen konterkarieren diesen Ansatz und widersprechen dem Prinzip „ambulant vor stationär“ sowie den gemeinsamen Verpflichtungen im Rahmen der Selbstverwaltung.

TOP 2 - Antrag 2: Klare Ablehnung der GKV-Initiative zur „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ – Verteidigung der Patientenversorgung und der ärztlichen sowie psychotherapeutischen Selbstverwaltung

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

- 1 Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) lehnt den
- 2 vom GKV-Spitzenverband vorgelegten Regelungsvorschlag zur Einführung einer
- 3 einnahmenorientierten Ausgabenpolitik entschieden ab.
- 4 Sie beauftragt den Vorstand der KBV, diese Ablehnung mit Nachdruck gegenüber der
- 5 Politik und den Krankenkassen zu vertreten, auf allen politischen Ebenen die
- 6 negativen Folgen dieser Gesetzesinitiative klar herauszustellen und öffentlich
- 7 für den Erhalt einer bedarfsgerechten, qualitätsorientierten Patientenversorgung
- 8 durch Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- 9 einzutreten.

Begründung

1. Gefahr für die Patientenversorgung

Der Vorschlag koppelt die Vergütung der Leistungen von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten strikt an die Einnahmen des Gesundheitsfonds. Medizinisch notwendige Mehrleistungen – etwa aufgrund demografischer Entwicklung, Innovationen oder gesetzlich eingeführter Vorsorgeprogramme – wären nicht mehr ausreichend finanzierbar. Das bedeutet real: Leistungskürzungen, längere Wartezeiten und Versorgungsengpässe.

2. Streichung wichtiger Schutzmechanismen

Bisherige und erst kürzlich politisch eingeführte Schutzmechanismen wie die Entbudgetierung bei Hausärztinnen und Hausärzten sowie Kinderärztinnen und Kinderärzten oder die Förderung von Vorsorge und Früherkennung sollen gestrichen oder ausgesetzt werden. Dies würde erreichte Fortschritte in der Versorgung wieder zunichtemachen.

3. Angriff auf die Selbstverwaltung

Mit der faktischen Aushöhlung der Verhandlungsspielräume nach § 71 SGB V wird die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Krankenkassen geschwächt. An die Stelle partnerschaftlicher Aushandlung tritt eine einseitige, rein fiskalische Vorgabe.

4. Falsches Signal in einer angespannten Versorgungssituation

In Zeiten von medizinischem Nachwuchs- und Fachkräftemangel, steigender Morbidität und wachsender Bürokratie setzt eine Politik der Ausgabenbremse bei ungebremstem Leistungsversprechen das falsche Signal. Statt dringend notwendige Investitionen in die ambulante Versorgung zu fördern, würde die notwendige Finanzierung des Bereichs, der rund 97% der Behandlungsfälle bewältigt, massiv eingeschränkt.

5. Positives Gegenmodell – Versorgung sichern statt ausbremsen

Die KBV setzt sich für eine solidarische und bedarfsgerechte Finanzierung ein. Dazu gehören insbesondere:

- die Weiterentwicklung der Entbudgetierung zentraler Leistungen analog der haus- und kinderärztlichen Versorgung,
- eine verlässliche Refinanzierung von Praxiskosten (z. B. bei Inflation, Energie und Personal),
- die Förderung innovativer Versorgungsformen wie Telemedizin und moderner IT-Systeme,
- sowie Planungssicherheit für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch bedarfsorientierte statt rein einnahmeorientierte Finanzierungsmodelle.

So wird die Patientenversorgung nachhaltig gesichert, anstatt sie durch kurzfristige Ausgabenbremsen zu gefährden.

TOP 2 - Antrag 3: Kein Regress ohne Schaden

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

1 Die KBV fordert den Gesetzgeber auf, die Haftung im Rahmen der
2 Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Feststellung eines sonstigen Schadens
3 entsprechend den allgemeinen Grundsätzen des deutschen Haftungsrechts auf die
4 Fälle zu beschränken, in denen tatsächlich ein Schaden entstanden ist.
5 Medizinisch sachgerechte und wirtschaftliche Verordnungen dürfen nicht zu einem
6 Regress führen. Regresse sind auf die Höhe des tatsächlich entstandenen Schadens
7 zu begrenzen.

8 Dies bedeutet:

- 9 • Kein Regress aufgrund von rein formalen Fehlern beim Ausstellen der
10 Verordnung, wenn die Verordnung als solche medizinisch indiziert und
11 wirtschaftlich ist,
- 12 • Geltung der Differenzkostenberechnung für alle Fälle medizinisch
13 indizierter Verordnungen (beispielsweise auch leitliniengerechter Off-
14 Label-Use), in denen im Behandlungsfall eine Leistungspflicht der GKV
15 besteht.
- 16 • Einführung einer Bagatellgrenze und deren Geltung für alle Verordnungen
17 (beispielsweise auch im Falle von Verordnungseinschränkungen und -
18 ausschüsse durch die Arzneimittel-Richtlinie und bei einem medizinisch
19 indizierten Off-Label-Use), in denen im Behandlungsfall eine
20 Leistungspflicht der GKV besteht.

Begründung

Die Auslegung der aktuell geltenden einschlägigen Vorschriften durch die Rechtsprechung führt dazu, dass auch in Fällen, in denen der GKV kein finanzieller Schaden entstanden ist, Regresse festgesetzt werden können. Darüber hinaus entstehen durch eine restriktive Auslegung der Differenzkostenberechnung auch in Fällen medizinisch indizierter Verordnungen Regresse in einer Höhe der gesamten Verordnungskosten ohne Berücksichtigung der Kosten der Vergleichstherapie.

1. Das deutsche Schadensrecht ist in der Höhe grundsätzlich auf den tatsächlich entstandenen Schaden begrenzt; wird ein höherer Schadensersatz verlangt, als der tatsächliche Schaden beziffert wird, entspräche dies einer Übervorteilung des Geschädigten, während der Verursacher in einem stärkeren Maße in Anspruch genommen würde, als er es zu

verantworten hat.

2. Abweichend von diesem Grundsatz hat die Rechtsprechung in der vertragsärztlichen Versorgung jedoch den sog. „normativen Schaden“ entwickelt. Bei diesem normativen Schaden wird auch dann ein Regress in der vollen Höhe der Verordnungskosten festgesetzt, wenn gar kein finanzieller Schaden entstanden ist oder dieser niedriger als der Regress ist, weil eine Leistungspflicht der GKV bestand, der Arzt jedoch bei der Verordnung einen formalen Fehler begangen hat. Das BSG begründet diesen normativen Schaden damit, dass die Steuerungsfunktion der gesetzlichen und untergesetzlichen Vorgaben in der vertragsärztlichen Versorgung verloren gehe, wenn die Nichtbeachtung folgenlos bliebe. So hat das BSG in seiner Entscheidung vom 27. August 2025 (B 6 KA 9/24) einen Regress in Höhe von beinahe 500.000 Euro für rechtmäßig befunden, der aus dem Grund festgesetzt worden war, dass der Vertragsarzt bei der Unterzeichnung der Sprechstundenbedarfsverordnungen einen Unterschriftenstempel verwendet hatte, anstatt diese persönlich zu unterzeichnen. Der Regress wurde festgesetzt, obwohl die Verordnungen medizinisch indiziert waren und eine Leistungspflicht der GKV bestand. Wären die Verordnungen handschriftlich unterschrieben worden, hätten die Krankenkassen die Verordnungen zahlen müssen. Regresse in dieser Größenordnung – zumal kein finanzieller Schaden bei den Krankenkassen entstanden ist – sind unverhältnismäßig und existenzgefährdend.
Dieser normative Schaden, der ausschließlich an die Verletzung formaler Pflichten anknüpft, ohne dass ein finanzieller Schaden entstanden ist, vermischt die mit einem Schadensersatz verbundene Kompensation einer finanziellen Belastung mit der Ahndung eines finanzneutralen Pflichtenverstoßes. Für die Verfolgung von Pflichtverletzungen steht das Disziplinarverfahren zur Verfügung, so dass der Verlust der Steuerungsfunktion der gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften nicht zu befürchten ist.
Die Vorschriften zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und zum sonstigen Schaden sind daher dahingehend anzupassen, dass keine Festsetzung eines Regresses erfolgt, wenn kein finanzieller Schaden für die GKV entstanden ist.
3. Nach § 106b Abs. 2a S. 1 SGB V soll die Nachforderung auf die Differenz der Kosten zwischen dem wirtschaftlichen und der tatsächlich ärztlich verordneten Leistung begrenzt sein (Differenzkostenberechnung). Das Bundesschiedsamt hat diese Regelung jedoch dahingehend konkretisiert, dass sie nur die sog. unwirtschaftlichen Leistungen im engeren Sinne umfasst, d. h. wenn z. B. eine zu große Packung verordnet wurde. Sämtliche Fälle des medizinisch indizierten Off-Label-Uses z. B. in der pädiatrischen Versorgung oder beim leitliniengerechten Einsatz von Arzneimitteln bei der Behandlung schwerer Erkrankungen, die für die jeweilige Indikation nicht zugelassen sind, sind somit von der Differenzkostenberechnung ausgenommen, obwohl diese leitlinienkonformen Arzneimittel manchmal sogar preiswerter sind als die zugelassenen Alternativen. Die gegen diesen Schiedsspruch gerichtete Klage der KBV ist im Ergebnis erfolglos geblieben, weil das BSG den Rechtsgedanken des normativen Schadens auf die Differenzkostenberechnung übertragen hat. Somit erfolgt z. B. in den Fällen des Off-Label-Uses auch dann, wenn eine medizinische Indikation vorlag und im Behandlungsfall eine Leistungspflicht der Krankenkassen besteht, ein Regress in der vollen

Höhe der Verordnungskosten.

Es bedarf daher im Sinne eines evidenzbasierten, leitliniengerechten und rationalen Verordnungsverhaltens einer Klarstellung, dass auch in diesen Fällen ausschließlich der tatsächlich entstandene Schaden regressiert wird.

4. Auch bei der einzuführenden Bagatellgrenze muss die gesetzliche Regelung so ausgestaltet sein, dass die Bagatellgrenze auf alle Fälle der Wirtschaftlichkeitsprüfung und des sonstigen Schadens Anwendung findet.

TOP 2 - Antrag 4: Abschaffung von Regressverfahren bei Arzneimittelverordnungen

Antragsteller:	Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth (Nr. 3), Dr. Michael Hubmann (Nr. 9a)	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

- 1 Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fordert den
- 2 Gesetzgeber auf, die Regressverfahren gegen Vertragsärztinnen und -ärzte im
- 3 Bereich der Arzneimittelverordnungen abzuschaffen.

Begründung

Durch Regressverfahren bei Arzneimittelverordnungen tragen Vertragsärztinnen und -ärzte ein persönliches finanzielles Risiko, wenn ihre Verordnungen nachträglich als „unwirtschaftlich“ bewertet werden.

Seit Einführung der vertraulichen Erstattungsbeträge nach § 130b SGB V (AMNOG) werden die tatsächlichen Arzneimittelpreise zwischen GKV-Spitzenverband und pharmazeutischer Industrie geheim verhandelt, hinzu kommen geheime Rabattverträge einzelner Krankenkassen.

Damit ist es für die verordnende Ärzteschaft faktisch unmöglich zu erkennen, welches Präparat tatsächlich „wirtschaftlich“ ist. Kassenärztinnen und Ärzte sollen nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot handeln, erhalten jedoch keine Kenntnis über die maßgeblichen Preise.

Eine persönliche Haftung unter diesen Bedingungen ist sachlich nicht gerechtfertigt und rechtlich nicht haltbar.

TOP 2 - Antrag 5: Beteiligung der KBV an der Weiterbildungsordnung

Antragsteller:	Dr. Frank Bergmann (Nr. 31), Dr. Carsten König (Nr. 32), Dr. Christian Messer (Nr. 14), Dr. Helmut Weinhart (Nr. 11)	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV	
Abstimmung:	Ja:	mehrheitlich
	Nein:	1
	Enthaltung:	11

- 1 Der Vorstand der KBV wird beauftragt sich dafür einzusetzen, dass das KV-System
- 2 einzubeziehen ist, bei Änderungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung durch die
- 3 Bundesärztekammer und Landesärztekammern.

Begründung

Die ambulante Versorgung stellt den überwiegenden Teil der ärztlichen Behandlung in Deutschland sicher. Die Weiterbildungsordnung bestimmt, mit welchen Kompetenzen Ärztinnen und Ärzte später in der Versorgung stehen. Ohne die Mitsprache der Kassenärztlichen Vereinigungen droht eine einseitige Orientierung an stationären Erfordernissen – zulasten der Patienten und der Sicherstellung.

Hintergrund ist, dass die Weiterbildung maßgeblich über die künftige Versorgungsqualität entscheidet. Eine praxisgerechte Weiterbildung muss sich an den Bedürfnissen der ambulanten Versorgung orientieren.

Insbesondere die aktuellen Diskussionen zur Weiterbildung in den Fächern Neurologie und Psychiatrie zeigen, dass ohne die Einbeziehung des ambulanten Sachverständs Fehlentscheidungen drohen, die die Versorgung von Millionen Patienten in Zukunft verschlechtern würden.

In den ZNS-Fächern Neurologie und Psychiatrie ist seit Jahrzehnten je **1 Jahr komplementäre Weiterbildung** vorgesehen. Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie möchte auf das Psychiatriejahr verzichten, um mehr neurologische Kapazitäten zu schaffen.

Die Versorgungsrealität zeigt jedoch:

- **>90 %** der neurologischen Patienten werden ambulant behandelt.
- Abrechnungsdaten Q1/2025: **237.140 Fälle** Neurologie, davon **40 % mit psychiatrischen Diagnosen, 11 % rein psychiatrisch.**
- Mit Gewichtung ergibt sich ein **psychiatrischer Mitbehandlungsanteil von 26 %.**
- Beim Leistungsbedarf und Honorar entfallen jeweils **41 % auf psychiatrische Leistungen.**

Diese Zahlen belegen, dass niedergelassene Neurologinnen und Neurologen einen erheblichen Teil psychiatrischer Versorgung übernehmen – möglich nur durch das verpflichtende Psychiatriejahr. Würde dieses entfallen, müssten deutlich mehr Patienten in psychiatrische

Praxen überwiesen werden, wo schon jetzt Wartezeiten bestehen. Zudem wäre es ökonomisch unsinnig, etwa geriatrische oder multimorbide Patienten zusätzlich auf psychiatrische Fachpraxen zu verteilen.

Das Psychatriejahr ist zentral, um die ambulante Versorgung sicherzustellen. Ein Verzicht würde Versorgungslücken und Mehrkosten verursachen.

Darum braucht es ein institutionalisiertes Mitspracherecht der KBV, damit Weiterbildung praxisgerecht, versorgungsgerecht und zukunftsfest ausgestaltet wird.

TOP 2 - Antrag 6: Unbegrenzte Förderung der Weiterbildung auch in der ambulanten fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung endlich sicherstellen

Antragsteller:	Dr. Bernhard Rochell (Nr. 17), Peter Kurt Josenhans (Nr. 18), John Afful (Nr. 19), Caroline Roos (Nr. 20), Catrin Steiniger (Nr. 15), Dr. Stefan Roßbach-Kurschat (Nr. 16), Dr. Annette Rommel (Nr. 49), Mark Barjenbruch (Nr. 27), Thorsten Schmidt (Nr. 28), Dr. Stefan Windau (Nr. 41), Dr. Sylvia Krug (Nr. 42), Dr. Christiane Wessel (Nr. 13), Dr. Bettina Schultz (Nr. 46), Alexander Paquet (Nr. 47), Dr. Jörg Böhme (Nr. 44), Dr. Holger Grüning (Nr. 45), Dr. Anke Pielsticker (Nr. 56), Amelie Thobaben (Nr. 59), Michael Ruh (Nr. 60), Ulrike Böker (Nr. 57), Alfred Luttermann (Nr. 58), Gebhard Hentschel (Nr. 55), Dr. Burkhard Ruppert (Nr. 12), Dr. Frank Bergmann (Nr. 31), Dr. Christian Messer (Nr. 14)	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV	
Abstimmung:	Ja:	mehrheitlich
	Nein:	3
	Enthaltung:	5

1 Der KBV-Vorstand wird damit beauftragt, sich gegenüber der Bundesregierung für
2 eine ersatzlose Streichung der gesetzlichen Begrenzung der Anzahl der zu
3 fördernden Weiterbildungsstellen nach § 75a Abs. 9 Satz 2 SGB V sowie für die
4 ebenso ohne Begrenzung der Weiterbildungsstellen dringend insgesamt noch
5 benötigte gesetzliche Regelung zur Förderung der Weiterbildung in der
6 Psychotherapie einzusetzen. Die Vertreterversammlung begrüßt in diesem
7 Zusammenhang die zur Förderung der Weiterbildung in der Psychotherapie im
8 Koalitionsvertrag der amtierenden Bundesregierung bereits getroffene
9 Veranlassung. Ebenso begrüßt die Vertreterversammlung die zum 20.02.2025 mit der
10 Fünften Verordnung zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
11 (Ärzte-ZV) in Kraft getretene Regelung, nach welcher im Zusammenhang mit der
12 Durchführung der Weiterbildung eine maßvolle Vergrößerung der Kassenpraxis
13 zulässig ist und fordert, diese Regelung auch in die Festlegung der
14 entsprechenden Vorgaben für weiterbildende Vertragsarztpraxen nach § 32 Abs. 3
15 Satz 3 Ärzte-ZV zu übernehmen.

16 Der KBV-Vorstand wird zuvor damit beauftragt, die bestehende Konzeption einer
17 die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht belastenden Konzeption einer regional
18 bedarfsgerechten zukünftigen Finanzierung der Förderung der fachärztlichen und
19 psychotherapeutischen Weiterbildung mit der Vertreterversammlung abzuschließen
20 und mit den vorstehenden Forderungen der Bundesregierung als Gesamtkonzept
21 vorzutragen.

Begründung

Nach § 75a Abs. 9 Satz 2 SGB V ist die Förderung der Weiterbildung in der grundversorgenden fachärztlichen Versorgung inklusive Kinder- und Jugendmedizin auf bundesweit bis zu 2.000 Weiterbildungsstellen begrenzt. Eine vergleichbare Förderung der Weiterbildung in der Psychotherapie existiert bis heute noch nicht einmal.

Diese Situation ist im Hinblick auf den sich zunehmend verschärfenden Nachwuchsmangel in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung – mehr als ein Drittel der niedergelassenen Ärzte- und Psychotherapeuten hat aktuell das 60. Lebensjahr bereits überschritten und wird bis zur Mitte der dreißiger Jahre in den Ruhestand getreten sein – weder zeitgemäß, noch länger hinnehmbar! Praxen, die weiterbilden, benötigen überdies eine angemessene Berücksichtigung der Weiterbildung in den für sie geltenden Vorgaben der Ärzte-ZV zum Praxisumfang.

Auch die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit seinem Beschluss vom 16.01.2025 in berechtigter Sorge um die kinder- und Jugendmedizinische Versorgung vorgenommene Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie zur Angleichung des diesbezüglichen Schwellenwertes für die Annahme einer Unterversorgung auf den entsprechenden Wert für die hausärztliche Versorgung zum 20.03.2025 löst dieses Nachwuchsproblem nicht.

Die frühere bedarfsplanerische Feststellung einer Unterversorgung hilft gar nichts, solange dieser nicht mit einer ausreichenden Anzahl neu ausgebildeter Ärzte und Psychotherapeuten begegnet werden kann!

Im Gegenteil wird der Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses wegen der auch die kinder- und jugendmedizinische Versorgung betreffenden Gesamtbegrenzung der Anzahl der förderungsfähigen Weiterbildungsstellen in der fachärztlichen Grundversorgung dazu führen, dass eine wünschenswerte Ausweitung der geförderten Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin über die gesetzliche Mindestzahl von bundesweit 250 hinaus sich unmittelbar einschränkend auf die unter dem „Gesamtdeckel“ noch verbleibenden Fördermöglichkeiten für alle anderen, ebenfalls vom Nachwuchsmangel betroffenen Fächer der fachärztlichen Grundversorgung auswirken.

Vor dem Hintergrund eines zunehmenden ärztlichen und psychotherapeutischen Nachwuchsmangels gegenüber der Perspektive des zunehmenden Versorgungsbedarfs einer alternden Bevölkerung wird für eine auch in Zukunft gute medizinische Versorgung der Bevölkerung die ausreichende Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Psychotherapeuten zur Schlüsselfrage. Nur deren erfolgreiche Beantwortung kann das für eine im nächsten Schritt gelingende zukunftsfähige Ausgestaltung und Umsetzung der gesetzlichen Bedarfsplanung benötigte Substrat liefern!

TOP 2 - Antrag 7: Antrag auf Forderung von Regelungen zur Interoperabilität von Praxisverwaltungssystemen in der ambulanten Versorgung

Antragsteller:	Mark Barjenbruch (Nr. 27), Thorsten Schmidt (Nr. 28), Dr. Matthias Berndt (Nr. 30), Dr. Christian Schütte (Nr. 29)	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

1 Die Vertreterversammlung fordert den Gesetzgeber auf, folgende Regelungen zu
2 schaffen, die bei einem Wechsel des Praxisverwaltungssystems (PVS) eine
3 kostenneutrale und sicher weiterverarbeitbare Datenübertragung für
4 Leistungserbringer gewährleistet.

5 1. Hersteller oder Anbieter informationstechnischer Systeme im Sinne des § 384
6 Satz 2 Nr. 3 SGB V haben den Leistungserbringern auf Verlangen die
7 personenbezogenen Gesundheitsdaten ihrer Patientinnen und Patienten
8 unverzüglich und kostenfrei in einem interoperablen Format bereitzustellen.

9 2. Kommt der Hersteller oder Anbieter den Pflichten nach Ziffer 1 nicht nach,
10 ist der Hersteller oder Anbieter dem Leistungserbringer zum Ersatz des
11 entstandenen Schadens verpflichtet.

12 3. Stellt der Hersteller oder Anbieter die begehrten Informationen vorsätzlich
13 oder fahrlässig nicht, nicht rechtzeitig oder nicht im interoperablen
14 Format bereit, liegt eine Ordnungswidrigkeit im Sinne des § 397 SGB V vor,
15 die neben zivilrechtlichen Ansprüchen mit einem Bußgeld geahndet werden
16 kann.

Begründung

Leistungserbringer sind verpflichtet, medizinische Dokumentation ordnungsgemäß zu führen sowie Patientendaten bei Bedarf strukturiert herauszugeben. Diese Pflichten können nur dann verlässlich erfüllt werden, wenn PVS-Hersteller die von ihnen vorgehaltenen personenbezogenen Gesundheitsdaten unverzüglich, kostenfrei und in einem interoperablen, sicher weiterverarbeitbaren Format bereitstellen.

Dies muss insbesondere bei einem Wechsel des PVS gesichert sein. Ein PVS-Wechsel darf weder Dokumentations- noch Abrechnungsprozesse unterbrechen. Interoperable Ex-/Importe gewährleisten, dass Termine, laufende Behandlungen und Abrechnungen ohne Medienbrüche fortgeführt werden können. Dies dient der Patientensicherheit, dem qualitätsgesicherten Praxisbetrieb und der Wahrung gesetzlicher Aufbewahrungs- und Herausgabepflichten.

Fehlt ein interoperables Bereitstellungsformat oder erfolgt die Bereitstellung nicht rechtzeitig,

entstehen Praxen regelmäßig monetäre Schäden (z. B. externer Aufwand für Datenmigration, zusätzliche Archivierungsmaßnahmen, temporäre Parallelstrukturen).

Daneben können dem Leistungserbringer bei der Bereitstellung der entsprechenden Daten gegenüber den Patienten Kosten entstehen, sofern die Daten nicht in einem interoperablen Format bereitgestellt werden können. Dieser Umstand resultiert daraus, dass der Leistungserbringer selbst verpflichtet ist, dem Patienten die Daten kostenfrei im interoperablen Format zur Verfügung zu stellen (vgl. § 386 Absatz 2). Liegen die Daten nicht in einem interoperablen Format vor, sind zusätzliche Aufwendungen notwendig oder aber der Leistungserbringer kann seiner Pflicht gar nicht nachkommen, sodass sich der Leistungserbringer selbst Regressansprüchen ausgesetzt sieht.

Da diese Belastungen durch das Verhalten der Hersteller/Anbieter veranlasst sind, ist eine zivilrechtliche Schadensersatzpflicht sachgerecht. Sie ordnet die Kosten verursachungsgerecht zu und verhindert eine einseitige Verlagerung von Risiken auf die Leistungserbringer.

Damit nicht ausschließlich die zivilrechtliche Schadensersatzforderung besteht, wird als unmittelbar wirkendes Mittel ein Bußgeld gefordert. Das Bußgeld soll Anbieter und Hersteller dazu anhalten, das interoperable Format einzuhalten und so auch zu einer gewissen Datensicherheit beizutragen. Bisher liegt ein großer Teil der Datenverantwortung allein auf der Leistungserbringerseite, die selbst wenig Einfluss darauf haben, in welcher Form ihnen die Daten zur Verfügung gestellt werden. Durch Bußgelder im Zusammenhang mit der Interoperabilitätspflicht der Anbieter und Hersteller sollen schnellere Ergebnisse erzielt werden, die langfristig zu einer Verbesserung der Versorgung, durch einen reibungsloseren Ablauf in den Praxen führen. Hersteller und Anbieter informationstechnischer Systeme werden hiermit verstärkt in die Pflicht genommen, so dass ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen den Rechten und Pflichten der verschiedenen Akteure im Bereich informationstechnischer Systeme geschaffen wird.

Standardisierte, interoperable Formate stärken außerdem die Datenportabilität und vermeiden Herstellerabhängigkeiten. Dadurch werden Wettbewerb und Innovation im Markt für PVS gefördert. Praxen können Systeme nach fachlichen und wirtschaftlichen Kriterien wechseln, ohne unzumutbare Hürden oder dauerhafte Bindungen in Kauf nehmen zu müssen.

TOP 2 - Antrag 8: Digitale Kennzeichnungspflicht für die Versorgungspauschale

Antragsteller:	Dr. Frank Bergmann (Nr. 31), Dr. Carsten König (Nr. 32)	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

- 1 Zur Sicherstellung der gesetzlichen Vorgaben der Abrechnung der
- 2 Versorgungspauschale durch nur eine Vertragsarztpraxis und zur Vermeidung des
- 3 Regressrisikos für die hausärztliche Vertragsärzteschaft, soll mit Aufnahme der
- 4 Versorgungspauschale in den Einheitlichen Bewertungsmaßstabs zwingend eine
- 5 digitale Kennzeichnung auf der elektronischen Gesundheitskarte(eGk) eingeführt
- 6 werden.

Begründung

Die Einführung der gesetzlich vorgeschriebenen Versorgungspauschalen stellt die hausärztliche Vertragsärzteschaft vor neue Herausforderung. Bereits die Auswahl der relevanten Patienten Klientel, für die überhaupt die Abrechnung der Versorgungspauschale in Frage kommt, ist im Praxisalltag ein bürokratischer Akt.

Für eine sachgerechte Abrechnung ist es nun notwendig zu erkennen, ob ein Patient bereits durch eine andere Praxis im Rahmen der Versorgungspauschale versorgt wird. Die hausärztlichen Praxen müssen in die Lage versetzt werden zu erkennen, ob eine Abrechnung der Versorgungspauschale für einen Patienten bereits erfolgt ist.

Eine Kennzeichnungspflicht auf der eGk ist daher zwingend mit der Einführung der Versorgungspauschale in den EBM zu verknüpfen. Hieraus resultiert dann gleichermaßen die längst überfällige digitale Vernetzung, die auf Dauer in der elektronischen Patientenakte fortgesetzt werden muss.

TOP 3.1 - Antrag 1: Beschluss von Anpassungen zu den verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen nach § 295 Abs. 4 SGB V zum 1. Januar 2026

Antragsteller:	Vorstand der KBV	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 3.1 - Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

- 1 Die Prüfregele zu den Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V zur Vergabe und
- 2 Übermittlung von Diagnoseschlüsseln werden mit Wirkung zum 1. Januar 2026
- 3 entsprechend der in den Anlagen enthaltenen Regeln festgelegt.

Begründung

Mit dem am 11. Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) werden gemäß § 295 Absatz 4 Satz 3 und 5 SGB V alle Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren, Krankenhäuser sowie sonstige Einrichtungen, die an der ambulanten ärztlichen Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen, gleichermaßen zur Kodierung ambulanter (Behandlungs-)Diagnosen verpflichtet. Die Kodiervorgaben wurden durch die Vertreterversammlung am 12. Juni 2020 beschlossen.

Gemäß § 295 Abs. 4 Satz 4 SGB V sind die Kodiervorgaben jährlich zu aktualisieren. Entsprechend wurden die Anlagen zum Beschluss „Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4 SGB V“ vom 13. September 2024 überarbeitet. An den Kodiervorgaben selbst ändert sich nichts. Sowohl die Anlage I: Prüfregele aus der Kodierregelwerk (KRW) -Stammdatei zur Gewährleistung einer sachgerechten Diagnosenverschlüsselung nach ICD-10-GM als auch die Anlage II: Prüfregele aus dem Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM und der ICD-10-Stammdatei der KBV zum Umgang mit Dauerdiagnosen wurden angepasst.

Die neuen Regeln stehen hauptsächlich im Zusammenhang mit der Prüfung der dauerhaften Kodierung weiterer sogenannter üblicherweise stationär zu behandelnder Diagnosen: Es erfolgten Erweiterungen im Bereich Sepsis und Wirbelsäulenfrakturen. Für die Bereiche Schwangerschaft und Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen wurden neue Regeln erstellt.

In der Kreuz-Stern-Systematik erfolgte die Aufnahme von Regeln zur Kodierung der Alzheimer Krankheit mit Demenz.

Die DKG hat zu diesem Entwurf der Anpassungen der Prüfregele 2026 zu den Kodiervorgaben das Einvernehmen erklärt. Das Benehmen mit dem BfArM, der DKG und dem GKV-Spitzenverband wurde hergestellt.

TOP 3.2 - Antrag 1: Spezifikation „116117 Terminservice – Abrechnungsinformation“ – Änderungen

Antragsteller:	Vorstand der KBV	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 3.2 - Schnittstellenspezifikationen des 116117 Terminservice	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

- 1 Die Spezifikation für die im Folgenden aufgeführte Schnittstelle des 116117
- 2 Terminservice
- 3 • Anlage 1: 116117 Terminservice -Abrechnungsinformation inkl. Technische
- 4 Anlage zur Spezifikation
- 5 wird in der dem Antrag beigelegten Fassung beschlossen.

Begründung

Im Rahmen der 9. Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 6. Dezember 2024 wurde u. a. die Spezifikation "116117 Terminservice – Abrechnungsinformation" und die dazugehörige „Technische Anlage“ beschlossen. Diese Unterlagen 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.

Im Zuge der Weiterentwicklung der Schnittstelle und der technischen Spezifikation ergaben sich einige notwendige Änderungen an den beiden Dokumenten. Die Änderungen sind in der Änderungshistorie der Dokumente transparent aufgeführt und betreffen bei der Spezifikation "116117 Terminservice – Abrechnungsinformation" folgende Punkte:

- Kapitel 4 – Klarstellung der Anforderungen AIF0001, AIF0002 und AIF0006
- Kapitel 5 – Korrektur der Referenz zum Implementation Guide
- alle Kapitel – redaktionelle Änderungen

In dem dazugehörigen Dokument „Technische Anlage“ wurden folgende Punkte geändert:

- Kapitel 4 – Korrektur der Abbildung 2
- Kapitel 4, 5 – Erweiterung „Abruf aller geänderter Daten“
- Kapitel 6 – Korrektur des Links zum Implementation Guide

Die Spezifikation hat 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: Jahresrechnung der KBV für das Jahr 2024

Antragsteller:	Finanzausschuss der KBV, Vorstand der KBV	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 4.1 - Jahresrechnung 2024	
Abstimmung:	Ja:	57,52
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

- 1 1. Die Jahresrechnung für das Jahr 2024 bestehend aus Bilanz zum 31.12.2024
- 2 und Erfolgsrechnung für das Jahr 2024 sowie die Haushaltsrechnung über die
- 3 Investitionen werden entgegengenommen.
- 4 2. Die überplanmäßigen Ausgaben des Jahres 2024, die in der Anlage „Über- und
- 5 außerplanmäßige Ausgaben für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2024“
- 6 im Finanzbericht dargestellt sind, werden genehmigt.
- 7 3. Die nicht verbrauchten Verwaltungskosten des Jahres 2024 in Höhe von
- 8 insgesamt 6.762.366,92 EUR werden einer zweckgebundenen Rücklage zugeführt,
- 9 die zur Finanzierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Organisation und
- 10 Kommunikation aller Aufgaben rund um die Angebote zur 116117 dient.
- 11 4. Dem Vorstand der KBV wird für das Jahr 2024 Entlastung erteilt.

Begründung

Der Finanzausschuss hat die Jahresrechnung für das Jahr 2024 in seiner Sitzung am 25.06.2025 beraten und verabschiedet. Er empfiehlt der Vertreterversammlung, diese zu genehmigen und dem Vorstand für das Haushaltsjahr 2024 Entlastung zu erteilen.