

TOP 2 - Antrag 1: Die Zukunft der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland ist ambulant – Investitionen anstatt Sparmaßnahmen

Antragsteller:	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 Vorschläge der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion sowie des
2 GKV-Spitzenverbandes, in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen
3 Versorgung umfangreiche Sparmaßnahmen (wieder) einzuführen, sind
4 rückwärtsgewandt und gefährden die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung
5 in Deutschland nachhaltig.
- 6 97% aller medizinischen Behandlungsfälle in Deutschland finden in der ambulanten
7 ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung statt. Dies leisten 98.000
8 Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und
9 Psychotherapeuten mit ihren 780.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das
10 politische und durch die gesetzlichen Krankenkassen vereinbarte und gewünschte
11 Leistungsversprechen kann nicht mehr gehalten werden, wenn die niedergelassenen
12 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nahezu
13 jährlich mit neuen oder erneuerten Rufen nach Einsparungen und Budgetfantasien
14 konfrontiert werden.
- 15 Die Vertreterversammlung der KBV fordert daher Politik und Gesetzgeber, aber
16 auch die gesetzlichen Krankenkassen, nachdrücklich auf, jetzt Investitionen in
17 die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung zu tätigen. Sei es
18 in der ärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung, bei der Abschaffung
19 der leistungsfeindlichen Budgetierung, die zu Wartezeiten und
20 Leistungsbeschränkungen führen, oder der Refinanzierung von
21 Infrastrukturmaßnahmen bei der IT-Infrastruktur sowie der Incentivierung von
22 Leistungen.
- 23 Die Zukunft der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland
24 ist ambulant – Investitionen anstatt Sparmaßnahmen sind notwendig.

Begründung

Im Zuge der politischen Auseinandersetzung um Sparmaßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben die gesetzlichen Krankenkassen erneut Vorschläge zur Budgetierung von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten, der Hausärztinnen und Hausärzte, der Abschaffung von Vergütungsregelungen für beschleunigte Terminvermittlungen, die

geförderte Vergütung von ärztlichen Leistungen bei beschleunigter Terminvermittlung, die Einführung von Budgets in der Psychotherapie sowie die Aufhebung der Förderung der Kurzzeittherapie in der Psychotherapie vorgeschlagen. Zugleich unterstützt die Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion Teile dieser Vorschläge. Diese sind abzulehnen.

13% aller ambulanten (vor allem fachärztlichen) Leistungen sind weiter budgetiert. Diese Leistungen im Wert von rund 2,3 Mrd. EUR pro Jahr werden nicht vergütet. Weitere Sparmaßnahmen im ambulanten Bereich sind abzulehnen.

Wir sind die Zukunft!

TOP 2 - Antrag 2: Reform der Notfallversorgung und weitere Gesetzesvorhaben

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

- 1 Die Vertreterversammlung der KBV lehnt den vorliegenden Gesetzentwurf des
2 Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Reform der Notfallversorgung in
3 seiner derzeitigen Fassung ab. Die Vertreterversammlung fordert, eine an einer
4 sinnvollen und verbindlichen Koordination in die richtige Versorgungsebene im
5 Akutfall ausgerichtete Reform der Notfallversorgung, die zugleich die
6 wirtschaftlichen und personellen Rahmenbedingungen berücksichtigt.
- 7 Die Vertreterversammlung der KBV fordert insbesondere:
- 8 1. Sicherstellung praktikabler und umsetzbarer Strukturen für die ambulante
9 Versorgung
- 10 Die geplanten zusätzlichen organisatorischen und operativen Verpflichtungen für
11 die Niedergelassenen (insbesondere die Verpflichtung für einen 24-Stunden
12 verfügbaren aufsuchenden Bereitschaftsdienst aber auch die zu erwartenden Kosten
13 für die aus dem Entwurf entstehende Leistungsausweitung) sind realitätsfern und
14 gefährden die reguläre Versorgung, in der heute ein Großteil der Patienten
15 sinnvoll, wirtschaftlich und gut versorgt wird. Die mit dem Referentenentwurf
16 zur Notfallreform geplanten Angebote von durch die Kassenärztlichen
17 Vereinigungen (KVen) verpflichtend einzurichtende 24/7-Video- und 24/7-
18 Telefonsprechstunden sowie die zusätzlich aufsuchenden Dienste müssen im
19 Hinblick, auf den sich bereits ergebenden ärztlichen Nachwuchsmangel auf das mit
20 den vorhandenen Kapazitäten tatsächlich Machbare angepasst werden. Doppelte
21 Versorgungsangebote während der regulären Praxisöffnungszeiten in den
22 Notfalldiensten sind abzulehnen!
- 23 2. Erhalt und Stärkung der bestehenden vertragsärztlichen
24 Bereitschaftsdienststrukturen
- 25 Die Reform darf nicht dazu führen, dass etablierte Strukturen der KVen zur
26 Organisation des Bereitschaftsdienstes, die mit hohem Mitteleinsatz aufgebaut
27 wurden und werden zugunsten einer rein zentralistisch ausgerichteten Struktur
28 aufgegeben werden. Es bedarf hier insbesondere einer an den regionalen
29 Erfordernissen ausgerichteten Struktur, die sinnvoll durch die KVen als
30 Verantwortliche des Sicherstellungsauftrages in den Ländern zu organisieren und
31 zu administrieren ist. Eine unmissverständliche Einlösung des Vorhabens der

32 gesetzlichen Regelung zur Sozialversicherungsfreiheit für alle Ärztinnen und
33 Ärzte im Bereitschaftsdienst des Koalitionsvertrags von CDU/CSU und SPD (Zeilen
34 3412 bis 3414) sind mit den beabsichtigten Regelungsvorhaben im Gesetz zur
35 Befugniserweiterung und Entbürokratisierung („BEEP“) in Analogie zur
36 gesetzlichen Befreiung für Ärztinnen und Ärzte im Rettungsdienst zu bringen!
37 3. Klare und belastbare Finanzierung ambulanter Leistungen im Rahmen der
38 Notfallversorgung
39 Die geplanten zusätzlichen Leistungen sind im Entwurf nicht ausreichend
40 finanziert. Insbesondere sieht der Entwurf des BMG vor, die durch die
41 Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellte Rufnummer und
42 Versorgungsplattform „116117“ auszubauen und mit weiteren staatlichen Aufgaben
43 der Daseinsfür- und -vorsorge zu beleihen. Allerdings sieht das BMG hierfür
44 keine Gegenfinanzierung, beispielsweise durch das Sondermögen Infrastruktur und
45 Klimaschutz, vor.
46 Die KBV fordert eine verbindliche, extrabudgetäre und kostendeckende
47 Finanzierung aller neu vorgesehenen Leistungen sowie die Bereitstellung der für
48 die Verwaltung des Systems erforderlichen Investitionsmittel. Die Finanzierung
49 des Aus- und Aufbaus sowie des Betriebs und der Erhaltung der vom
50 Notfallreformgesetz vorgesehenen Infrastruktur für die Organisation der
51 künftigen Not- und Akutfallversorgung sind zu gleichen und fairen Bedingungen in
52 allen beteiligten Versorgungsbereichen aus Mitteln der staatlichen
53 Daseinsvorsorge zu gewährleisten. Einsparungen aus vermiedenen Rettungseinsätzen
54 und Krankenhausaufenthalten müssen in die Investition der aufzubauenden
55 Strukturen und die Vergütung dieser Leistungen fließen.

56

57 4. Sicherstellung funktionierender Patientensteuerung statt weiterer Fehlanreize
58 Die Reform verfehlt ihr Ziel, Patientenströme wirksam zu steuern, wenn zentrale
59 Elemente wie die Zusammenführung der Rufnummern oder einheitliche
60 Ersteinschätzungsstrukturen fehlen. Die nach der geplanten strukturierten
61 Ersteinschätzung der medizinischen Dringlichkeit und der gebotenen medizinischen
62 Versorgungsebene getroffenen Zuweisungen müssen für Rettungsdienste,
63 Krankenhäuser, KV-Notdienste wie auch Patientinnen und Patienten gleichermaßen
64 verbindlich sein.
65 Die Vertreterversammlung der KBV fordert die verbindliche Einführung einer
66 durchgängigen, sektorenunabhängigen Patientensteuerung, insbesondere über die
67 116117. Hierbei ist das BMG insbesondere gefordert, per Rechtsverordnung endlich
68 eine verbindliche Umsetzung der technischen und inhaltlichen Schnittstellen für
69 die Terminservice-Angebote in die Praxisverwaltungssysteme etc. umzusetzen.
70 Die in der Notfallreform geplante Etablierung von Integrierten Notfallzentren
71 (INZ) ohne echte Koordination und Steuerung der Patientinnen und Patienten muss
72 entsprechend zwingend überarbeitet werden.

Begründung

Der vorliegende Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) setzt strukturelle Fehlanreize, die die ambulante Versorgung schwächen und der ohne eine realistische Einschätzung der vorhandenen Ressourcen formuliert wurde. Insbesondere bestehen gravierende Risiken hinsichtlich Versorgungssicherheit, Finanzierbarkeit, Praktikabilität und eine fehlende Koordination und Steuerung von Patientinnen und Patienten.

Der Entwurf für eine Notfallreform kann nur dann eine Entlastung von Rettungsdiensten und Notaufnahmen der Krankenhäuser erbringen, wenn die verfügbaren Kapazitäten sinnvoll miteinander vernetzt und gut aufeinander sowie auf die tatsächlichen medizinischen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmt und koordiniert werden. Der vorliegende Entwurf zur Notfallreform eröffnet den Patientinnen und Patienten demgegenüber eine mit den vorhandenen Kapazitäten gar nicht erfüllbare freie Wahlmöglichkeit zur beliebigen Rund-um-die-Uhr-Inanspruchnahme der neuen Strukturen der Notfallversorgung auch während der regulären Praxisöffnungszeiten und unabhängig davon, ob dafür eine medizinische Notwendigkeit tatsächlich besteht oder nicht. Dies kann nicht funktionieren, solange nicht auch die Patientinnen, Patienten und Versicherte in die Mitverantwortung für eine unbedachte und unbegründete Nutzung der kostenintensiven Strukturen der Akut- und Notfallversorgung genommen werden. Ein Wünsch-Dir-Was an dieser Stelle würde die beabsichtigten Effekte der Notfallreform ins Gegenteil umkehren und zur endgültigen Überlastung der Versorgungseinrichtungen führen.

Weiterhin bestehen keine Kapazitäten für den Aufbau von Doppelstrukturen in der künftigen Akut- und Notfallversorgung insbesondere durch die geplanten 24/7-Video-/Telefonsprechstundenangebote und aufsuchenden Dienste während der regulären Praxisöffnungszeiten. Eine solche Maßnahme würde zur weiteren Ausdünnung des Terminangebotes in den Praxen führen, wenn die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte künftig auch während der regulären Geschäftszeit zur Übernahme der zusätzlichen Dienstverpflichtungen herangezogen werden müssten. Spätestens unter Beachtung des Umstandes, dass bis zur Mitte der dreißiger Jahre mehr als ein Drittel der aktuell in der vertragsärztlichen Versorgung Tätigen ihr gesetzliches Rentenalter überschritten haben werden, stellt sich bei parallel bereits eintretendem Nachwuchsmangel schon jetzt die Frage, mit wem diese Zusatzangebote ohne gravierende Beeinträchtigung der ambulanten Regelversorgung überhaupt ärztlich besetzt werden können.

Während die mit der Notfallreform geplante Infrastruktur im Bereich der Rettungsdienste und Krankenhäuser im Wesentlichen aus Mitteln des Sondervermögens für Infrastruktur und Klimaneutralität gedeckt werden soll, sollen die Mittel für die neuen KV-Akutleitstellen, Organisation von KV-Notdienstpraxen und Notdienstarten sowie für die Kooperation mit Rettungsdiensten und Krankenhäusern jeweils hälftig durch KVen und Krankenkassen finanziert werden. D. h., den durch die geplanten Maßnahmen der Notfallreform entlasteten Rettungsdiensten und Krankenhäusern werden die bei deren Umsetzung entstehenden Infrastrukturstarkosten ersetzt, während die Infrastrukturstarkosten für die durch die geplante zusätzliche Übernahme weniger dringlicher Fälle aus Rettungsdiensten und Krankenhäusern künftig deutlich mehr belastete Struktur des ärztlichen KV-Notdienstes zur Hälfte durch die

KVen selbst aus Mitteln der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung oder eigenen Haushaltsmitteln zu tragen sein werden. Weil die den Krankenkassen zu Gute kommenden Einsparungen für künftig vermiedene rettungsdienstliche und krankenhausärztliche Fälle die vorgenannten Infrastrukturkosten in deren Gesamtheit mehr als vollständig gegenfinanzieren können, kann nicht nachvollzogen werden, aus welchem Grund der vertragsärztliche Bereich, der durch die Übernahme der Hauptlast der geplanten Reform maßgeblich belastet wird und die finanziellen Einsparungen überhaupt erst realisieren soll, seine dadurch entstehenden infrastrukturellen Aufwände zur Hälfte selbst finanzieren soll. Daher ist auch für diesen Kostenanteil eine im Vergleich mit den Rettungsdiensten und Krankenhäusern analoge Gegenfinanzierung ohne Belastung der KVen und deren Mitglieder sicherzustellen und mindestens durch die den Krankenkassen verbleibenden Einsparungen zu decken.

Zur Gewährleistung einer flächendeckenden Aufrechterhaltung der ärztlichen KV-Notdienste und deren Kapazitätserweiterung entsprechend den Vorgaben der Notfallreform ist die im Koalitionsvertrag der Bundesregierung als notwendig anerkannte und geplante gesetzliche Regelung zur Sozialversicherungsfreiheit aller im ärztlichen KV-Notdienst tätigen Ärztinnen und Ärzte (also einschließlich der sog. Poolärztinnen und Poolärzte) essenziell. Nachdem die hierfür im Regierungsentwurf des BEEP zu Grunde gelegte Lösung des sog. „DRV-Kompromisses“ für Poolärztinnen und Poolärzte von der DRV auf Landesebene offenkundig nicht anerkannt wird, muss zur Sozialversicherungsbefreiung aller im ärztlichen KV-Notdienst tätiger (Pool-)Ärztinnen und (Pool-)Ärzte nun endlich eine unmissverständliche gesetzliche Regelung anlog der bestehenden gesetzlichen Sozialversicherungsbefreiung der Rettungsärztinnen und Rettungsärzte erfolgen!

TOP 2 - Antrag 3: Fortführung der Aufarbeitung der Geschichte der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD) – Schaffung eines dauerhaften Erinnerungsortes in der KBV zur Wanderausstellung „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“

Antragsteller:	Vorsitzende der Vertreterversammlung, 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 1. In Fortführung der Beschlüsse vom 2. März 2018, 17. September 2021 und 23. September 2022 wird der Vorstand beauftragt, in der KBV einen dauerhaften Erinnerungsort zu schaffen, der die Ergebnisse der historischen Aufarbeitung und die Inhalte der Wanderausstellung „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“ dokumentiert und der interessierten Öffentlichkeit zugänglich macht.
- 2 2. Der Erinnerungsort soll die Ergebnisse des Forschungsprojekts „Die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands im Nationalsozialismus“ dauerhaft präsentieren und den Dialog über ethische Verantwortung in der ärztlichen Selbstverwaltung fördern.
- 3 3. Die für die Konzeption und Umsetzung erforderlichen Mittel sind im Haushaltsentwurf 2026 der KBV bereits vorgesehen.
- 4 4. Der Vorstand wird beauftragt, die Umsetzung im Jahr 2026 zu beginnen und der Vertreterversammlung regelmäßig über den Fortschritt zu berichten.

Begründung

Mit der Entscheidung der Vertreterversammlung vom 2. März 2018 wurde die Aufarbeitung der Rolle der KVD im Nationalsozialismus initiiert. Auf dieser Grundlage entstand in Kooperation mit dem Zentrum für Antisemitismusforschung der TU Berlin ein umfassendes Forschungsprojekt, welches erstmals im November 2024 mit der Wanderausstellung „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“ veröffentlicht wurde und bis Ende 2026 in den Kassenärztlichen Vereinigungen „auf Wanderschaft“ geht. Die weiteren Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 17. September 2021 und 23. September 2022 ermöglichen die Entwicklung und Umsetzung dieser Ausstellung, ergänzt durch einen zweisprachigen Katalog und eine Website. Damit wurde ein sichtbares Zeichen für das Selbstverständnis der KBV gesetzt, sich ihrer historischen Verantwortung zu stellen. Um die Ergebnisse dieses Projekts über die Dauer der Wanderausstellung hinaus zu bewahren und künftigen Generationen zugänglich zu machen, soll nun ein dauerhafter Erinnerungsort in der KBV geschaffen werden. Er soll sowohl

Dokumentationsraum als auch Lern- und Reflexionsort sein – für Mitarbeitende, Besucherinnen und Besucher, und für alle, die sich mit der Geschichte und der ethischen Verantwortung ärztlichen Handelns auseinandersetzen wollen.

TOP 2 - Antrag 4: Standardisierung der Abrechnungsdaten in der „ePA für alle“

Antragsteller:	Dr. Peter Heinz (Bay), SR Prof. Dr. Harry Derouet, Dr. Karsten Braun, Frank Dastych, Dr. Andreas Bartels, Caroline Roos, Dr. Bernhard Rochell, Peter Kurt Josenhans, Catrin Steiniger, Dr. Dirk Spelmeyer, Angelika von Schütz, Dr. Richard Häusler, Dr. Helmut Weinhardt, Dr. Frank Bergmann, Dr. Sebastian Sohrab
Status:	angenommen
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV
Abstimmung:	Ja: einstimmig Nein: 0 Enthaltung: 0

- 1 Die Vertreterversammlung bittet den Vorstand der Kassenärztlichen
- 2 Bundesvereinigung (KBV) darauf hinzuwirken, dass die zwischen der KBV und dem
- 3 Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) geschlossene
- 4 „Vereinbarung zu Inhalt und Struktur der durch die Krankenkassen
- 5 bereitzustellenden Daten gemäß § 350 Absatz 2 SGB V“ vom 26. Mai 2021
- 6 dahingehend konkretisiert wird, dass die Abrechnungsdaten, die quartalsweise von
- 7 allen Krankenkassen in die „ePA für alle“ ihrer jeweiligen Versicherten
- 8 eingestellt werden, künftig einem einheitlichen Standard entsprechen.
- 9 Zudem soll sich der Vorstand der KBV dafür einsetzen, dass bestimmte Inhalte,
- 10 die für die Kindeswohlgefährdung relevant sind, ebenso wie sämtliche Inhalte,
- 11 die im Zusammenhang mit gendiagnostischen Daten stehen, von der Einstellung in
- 12 den Abrechnungsdaten in der ePA generell ausgenommen werden.

Begründung

Alle gesetzlichen Krankenkassen stellen Daten zu Leistungen, die ihre Versicherten in Anspruch genommen haben – ob in einer Arztpraxis, beim Psychotherapeuten, beim Zahnarzt, im Krankenhaus oder in einer anderen Einrichtung – automatisch in der „ePA für alle“ bereit. Dies erfolgt ohne die vorherige Einwilligung des Versicherten. Auch hier gilt ein Opt-out, also eine Widerspruchslösung für den Versicherten.

Gemäß dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP), das der Deutsche Bundestag am 6. November 2025 beschlossen hat, können künftig nur noch Patienten die Abrechnungsdaten in ihrer ePA sehen. Aktuell sind sie für alle sichtbar, die Zugriff auf die elektronische Patientenakte haben.

Dass künftig nur noch Patienten Zugriff auf ihre Abrechnungsdaten erhalten sollen, ist begrüßenswert. Die Tatsache, dass die Abrechnungsdaten von jeder Krankenkasse sowohl inhaltlich als auch bezogen auf die Leistungsdauer unterschiedlich dargestellt werden, ist aber vollkommen inakzeptabel.

Jede Krankenkasse entscheidet selbst, in welcher Darstellungsform und wie ausführlich sie ihren

Versicherten die Abrechnungsdaten bereitstellen möchte. In der Übersicht können alle abgerechneten Gebührenordnungspositionen inklusive Punktzahl aufgelistet sein – gegebenenfalls mit Euro-Betrag.

Zu den Angaben gehören auch die Behandlungsdiagnosen, die Ärzte und Psychotherapeuten mit ihrer Abrechnung übermitteln müssen. Auch hier gibt jede Krankenkasse die Informationen in unterschiedlicher Detailtiefe wieder, sodass die Diagnosecodes mit oder ohne Zusatzkennzeichen wie „V“ für Verdacht, „G“ für gesicherte Diagnose oder „A“ für ausgeschlossene Diagnose aufgeführt sein können.

Insbesondere das Fehlen von Zusatzkennzeichen kann bei bestimmten Diagnosecodes für Patienten höchst verstörend sein, da unter Umständen falsche Schlussfolgerungen aus den Daten gezogen werden. Zudem kann die Darstellung bestimmter Ziffern im Kontext der ePA-Verwaltung durch sorgeberechtigte Vertreter hoch relevant für die Kindeswohlgefährdung sein.

Vor diesem Hintergrund wird dringend eine Vereinheitlichung der Leistungsübersichten über alle gesetzlichen Krankenkassen hinweg gefordert.

Gemäß § 350 Absatz 2 SGB V wird das Nähere zu Inhalt und Struktur der relevanten Datensätze zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband vereinbart. Die Vertragspartner werden aufgefordert, die bisherige Vereinbarung vom 26. Mai 2021 umgehend dahingehend zu konkretisieren, dass künftig sichergestellt wird, dass alle Krankenkassen eine einheitliche Leistungsübersicht bereitstellen, und dass bestimmte Ziffern, die für die Kindeswohlgefährdung relevant sind, ebenso wie sämtliche Inhalte, die im Zusammenhang mit gendiagnostischen Daten stehen, von der Einstellung in die ePA generell ausgenommen werden. Sofern KBV und GKV-Spitzenverband davon ausgehen, der Ausschluss von Ziffern sei nicht von ihrer Regelungskompetenz in § 350 Abs. 2 SGB V gedeckt, sollen sie sich für eine Gesetzesänderung einsetzen.

TOP 2 - Antrag 5: Fachärztliche und Psychotherapeutische Weiterbildungsfinanzierung

Antragsteller:	Dr. Peter Heinz (Bay), SR Prof. Dr. Harry Derouet, Dr. Karsten Braun, Frank Dastych, Dr. Andreas Bartels, Caroline Roos, Dr. Bernhard Rochell, Peter Kurt Josenhans, Catrin Steiniger, Dr. Dirk Spelmeyer, Angelika von Schütz, Dr. Richard Häusler, Dr. Helmut Weinhart, Dr. Frank Bergmann, Dr. Sebastian Sohrab, Dr. Christian Messer, Ulrike Böker, Dr. Lea Gutz, Gebhard Hentschel, Alfred Luttermann (Nr. 58), Dr. Anke Pielsticker	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV	
Abstimmung:	Ja:	mehrheitlich
	Nein:	1
	Enthaltung:	1

- 1 Der Vorstand der KBV wird beauftragt, sich gegenüber dem Gesetzgeber dafür
2 einzusetzen, dass die Budgetierung der fachärztlichen Weiterbildungsförderung
3 nach § 75a Abs. 9 SGB V in Form einer Stellenbegrenzung sowie der Beschränkung
4 der Förderung auf grundversorgende Facharztgruppen aufgehoben wird und zukünftig
5 alle Weiterbildungen in der ambulanten fachärztlichen und
6 fachpsychotherapeutischen Versorgung finanziert werden. Hierbei soll das von der
7 KBV gemeinsam mit den Länder-KVen konsentierte Finanzierungs- und
8 Umsetzungskonzept für die fachärztliche und fachpsychotherapeutische ambulante
9 Weiterbildung aus dem Jahr 2024 zur Anwendung kommen.

Begründung

Die gesetzliche Begrenzung auf bundesweit maximal 2.000 förderfähige Stellen für die fachärztliche Weiterbildung sowie die Beschränkung der Förderung auf grundversorgende Facharztgruppen gemäß § 75a Abs. 9 SGB V muss entfallen und durch eine unbegrenzte Förderung sämtlicher fachärztlicher und fachpsychotherapeutischer Weiterbildungen in Praxen zugelassener Vertragsärzte und MVZ ersetzt werden. Die bestehende Budgetierung der fachärztlichen Weiterbildungsförderung ist mit Blick auf den Nachwuchsmangel im fachärztlichen Bereich, aufgrund der akuten Probleme bei der Nachbesetzung von Facharztpraxen sowie der unzureichenden Abbildung des ambulanten Arbeitsumfelds in der Weiterbildung an Kliniken nicht mehr haltbar. Des Weiteren kann angenommen werden, dass es im Rahmen der Umsetzung der Reformen auf Basis des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes zu einer Reduzierung der Weiterbildungskapazitäten im stationären Sektor kommen wird, was wiederum für eine Stärkung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung in den Praxen zugelassener Vertragsärzte und MVZ spricht. Für eine ausreichende Finanzierung ambulanter Weiterbildung der Fachpsychotherapeuten ist eine gesetzliche Regelung dringend notwendig.

Um den zukünftigen fachärztlichen und fachpsychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen

die Vorteile und Attraktivität einer Tätigkeit in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung näher zu bringen, erscheint eine Weiterbildung in den ambulanten fachärztlichen und fachpsychotherapeutischen Praxen und MVZ unverzichtbar. Die hiermit verbundene wirtschaftliche Belastung der weiterbildenden Praxen und MVZ ist nicht nur für grundversorgende Fachgebiete, sondern für sämtliche Fachgruppen der fachärztlichen und fachpsychotherapeutischen Versorgung durch eine angemessene Gegenfinanzierung zu kompensieren. Hierzu wurde von der KBV gemeinsam mit den Länder-KVen bereits ein Finanzierungskonzept diskutiert, das u. a. extrabudgetäre Zuschläge für die Leistungserbringung des Arztes und des Psychotherapeuten in Weiterbildung vorsieht und das durch den Gesetzgeber zeitnah umgesetzt werden könnte.

TOP 2 - Antrag 6: Bessere arzneimittelrechtliche Versorgung im ärztlichen Bereitschaftsdienst – Versorgungslücken schließen, Patientinnen und Patienten entlasten

Antragsteller:	Dr. Frank Bergmann, Dr. Carsten König	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV	
Abstimmung:	Ja:	mehrheitlich
	Nein:	0
	Enthaltung:	1

- 1 Der Gesetzgeber wird aufgefordert, im Rahmen der anstehenden Reform der
- 2 Notfallversorgung eine patientenfreundliche und effiziente Lösung für die
- 3 arzneimittelrechtliche Versorgung im ärztlichen Bereitschaftsdienst zu schaffen.

Begründung

Patientinnen und Patienten erleben nach einer Behandlung im Bereitschaftsdienst – ob in der Praxis oder beim Hausbesuch – eine Versorgungslücke: Sie erhalten zwar die notwendige ärztliche Hilfe, müssen für dringend benötigte Arzneimittel aber häufig noch eine notdiensthabende Apotheke aufsuchen. Gerade für ältere oder mobilitätseingeschränkte Menschen ist dies eine erhebliche Belastung und widerspricht dem Ziel einer modernen, patientenzentrierten Notfallversorgung.

Die aktuelle Organisation ist nicht effizient und belastet die Patientinnen und Patienten unnötig.
Die Versorgung kann und muss besser werden!

Die Vertreterversammlung der KBV fordert daher:

- Flexible Kooperationsmöglichkeiten zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Apotheken:
Gesetzliche Regelungen sollen es ermöglichen, dass KVen gemeinsam mit Apotheken regionale, digitale und bedarfsgerechte Lösungen entwickeln – etwa telepharmazeutische Beratung, Dispensierautomaten, die Bestückung des fahrenden Bereitschaftsdienstes oder die direkte Belieferung der Patientinnen und Patienten.
- Fokus auf Patientinnen und Patienten:
Die Bedürfnisse der Menschen in Deutschland müssen im Mittelpunkt stehen. Gerade in strukturschwachen Regionen kann so die Versorgung im Bereitschaftsdienst spürbar verbessert werden.

Eine gesetzliche Öffnung für flexible, innovative Kooperationsmodelle zwischen KVen und Apotheken ist ein entscheidender Schritt hin zu einer menschlicheren, effizienteren und zukunftsorientierten Notfallversorgung.

TOP 2 - Antrag 7: Humangenetische Versorgung

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

1 Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird beauftragt, mit den
2 Krankenkassen zielgerichtete Entbudgetierungen besonders kritischer Bereiche der
3 humangenetischen Diagnostik zu verhandeln, um die medizinisch notwendige
4 Finanzierung dieser Leistungen sicherzustellen.

5 Im Einzelnen sind folgende Punkte Gegenstand der Verhandlungen:

6 1. Entbudgetierung folgender Leistungsbereiche auf Basis der humangenetischen
7 Auszahlungsquoten:
8 • Companion-Diagnostik
9 • Genetische Leistungen für Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren
10 • Humangenetische Leistungen in der pränatalen Diagnostik

11 2. Festlegung einer gemeinsamen, bundeseinheitlichen Vergütungssystematik mit
12 einer festen Quote im Fremdkassenzahlungsausgleich in Höhe der bundesweit
13 zur Verfügung stehenden Mittel für alle weiteren humangenetischen
14 Leistungen.

15 3. Reform des Kapitel 11 sowie des Kapitel 19.4.2. EBM bis spätestens zum Jahr
16 2027.

17 Der unter Punkt 1 genannte Bereich kann alternativ als MGV+ mit einer
18 hundertprozentigen Nachschusspflicht der Krankenkassen verhandelt werden.

Begründung

Im Bereich der Humangenetik ist seit mehreren Jahren ein erheblicher Anstieg der Leistungsmenge zu verzeichnen, der maßgeblich durch den technischen und medizinischen Fortschritt bedingt ist. Die derzeitige Vergütungssystematik gewährleistet keine rechtssichere und angemessene Honorierung humangenetischer Leistungen. Insbesondere die niedrigen Auszahlungsquoten führen dazu, dass humangenetische Labore ihre Leistungen in andere KV-Gebiete verlagern, wodurch dort die Auszahlungsquoten zusätzlich unter Druck geraten.

Eine extrabudgetäre Vergütung ausgewählter Teilbereiche kann zu einer spürbaren Entlastung und zu einer gleichmäßigeren Lastenverteilung zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie den Krankenkassen beitragen. Ohne eine zielgerichtete Entbudgetierung drohen Versorgungsengpässe, insbesondere für vulnerable Patientengruppen wie Kinder und Schwangere. Die Reform ist daher medizinisch und versorgungspolitisch dringend geboten.

TOP 4.1 - Antrag 1: Haushaltsplan der KBV für das Jahr 2026

Antragsteller:	Finanzausschuss der KBV, Vorstand der KBV	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 4.1 - Haushaltsplanung 2026	
Abstimmung:	Ja:	53,74
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

- 1 1. Der Verwaltungshaushalt der KBV für das Jahr 2026 wird in Aufwendungen und
- 2 Erträgen auf 118.278.000 EUR festgestellt. Der Investitionschaushalt der KBV
- 3 für das Jahr 2026 wird auf 1.672.000 EUR festgestellt.
- 4 2. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu erhebende
- 5 Verwaltungskostenumlage für das Jahr 2026 wird auf 1,53 % der über die
- 6 Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Vergütungen für die ärztliche
- 7 Versorgung festgesetzt. Zusätzlich werden 15 % der erforderlichen
- 8 Verwaltungskostenumlage als Festbetrag verteilt nach Mitgliederzahlen per
- 9 31.12.2024 von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhoben.

Begründung

Der Finanzausschuss hat den Haushaltsentwurf 2026 in seinen Sitzungen am 11.09.2025 und 29.10.2025 beraten. Er empfiehlt der Vertreterversammlung, den vorgelegten Haushaltsplan 2026 festzustellen.

TOP 5.1 - Antrag 1: Bestätigung der Termine der Sitzungen der Vertreterversammlung für das Jahr 2027

Antragsteller:	Vorsitzende der Vertreterversammlung
Status:	bestätigt
TOP:	TOP 5.1 - Bestätigung der Termine der Sitzungen der Vertreterversammlung für das Jahr 2027

- 1 Die Vertreterversammlung der KBV bestätigt die Termine der Sitzungen der Vertreterversammlung für das Jahr 2027:
- 2 Freitag, 26. Februar 2027, Berlin
- 3 Montag, 3. Mai 2027, Wiesbaden
- 4 Freitag, 10. September 2027, Berlin
- 5 Freitag, 3. Dezember 2027, Berlin

Begründung

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