

TOP 2 - Antrag 1: Keine Rücknahme der extrabudgetären Vergütung bei TSVG-Leistungen – ambulante Versorgung stärken statt schwächen

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 der KBV fordert das Bundesministerium für Gesundheit
2 (BMG) sowie die Regierungsfraktionen von CDU/CSU und SPD nachdrücklich auf, von
3 jeglichen Überlegungen Abstand zu nehmen, eine extrabudgetäre Vergütung im
4 Rahmen der sogenannten TSVG-Regelungen einzuschränken oder wieder der
5 Budgetierung zu unterwerfen.

6 Dies betrifft insbesondere:

- 7 • die Zuschläge und die extrabudgetäre Vergütung für durch Hausärztinnen und
8 Hausärzte vermittelte Facharzttermine,
- 9 • Zuschläge für zeitnahe Terminvergaben über die Terminservicestellen (TSS),
- 10 • die extrabudgetäre Vergütung der Leistungen in offenen Sprechstunden.

11 Die Vertreterversammlung stellt klar:

12 Die sogenannten TSVG-Regelungen steuern und vermitteln dringliche fachärztliche
13 Termine und setzen medizinische Prioritäten. Eine Streichung der Zuschläge und
14 Wiedereinführung einer Budgetierung dieser Leistungen würde die politisch
15 gewollte Verbesserung des Zugangs zur fachärztlichen Versorgung konterkarieren
16 und die Versorgung der Patientinnen und Patienten unmittelbar beeinträchtigen.

17 Der Vorstand der KBV wird aufgefordert, diese Position gegenüber dem
18 Bundesministerium für Gesundheit (BMG), dem Deutschen Bundestag und der
19 Öffentlichkeit mit Nachdruck zu vertreten.

Begründung

Die politische Diskussion um Wartezeiten auf Facharzttermine und gesetzliche Termingarantien steht in offenem Widerspruch zu Überlegungen, ausgerechnet jene Leistungen finanziell zu beschneiden, die den Zugang zur Versorgung verbessern.

Die Zuschläge und die extrabudgetäre Vergütung im Rahmen der sogenannten TSVG-Konstellationen wurde eingeführt, um zusätzliche Behandlungskapazitäten zu schaffen, die hausärztliche Steuerung zu stärken und Patientinnen und Patienten einen schnelleren Zugang zur fachärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Diese Instrumente jetzt zurückzunehmen oder finanziell auszuhöhlen, würde ein fatales Signal an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte

sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten senden.

Bereits heute werden in erheblichem Umfang fachärztliche Leistungen erbracht, die nicht kostendeckend oder nur teilweise vergütet werden. Vor diesem Hintergrund ist es realitätsfern zu erwarten, dass zusätzliche Termine bereitgestellt werden, wenn gleichzeitig die Vergütung weiter eingeschränkt wird.

Wer Wartezeiten verkürzen will, darf nicht die ökonomischen Grundlagen der ambulanten Versorgung schwächen. Die ambulante Versorgung ist der effizienteste und wirtschaftlichste Versorgungsbereich im deutschen Gesundheitswesen. Eine Politik, die einerseits die sektorenübergreifende Steuerung stärken und Krankenhausstrukturen entlasten will, andererseits aber an der ambulanten Vergütung spart, handelt widersprüchlich.

Insbesondere im Kontext möglicher Primärarzt- und Versorgungsmodelle, bei denen Patientinnen und Patienten strukturiert und bedarfsgerecht zur/m Facharzt/in gesteuert werden sollen, wäre es systematisch inkonsequent, diese gesteuerten Termine wieder unter Budgetvorbehalt zu stellen.

Die Vertreterversammlung der KBV richtet daher ihre Botschaft an die Patientinnen und Patienten, an das BMG sowie an die Regierungsfractionen von CDU/CSU und SPD:

Die Sicherstellung einer wohnortnahen, zeitgerechten und qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung ist keine variable Spargröße. Eine Schwächung der extrabudgetären Vergütung würde nicht nur die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten treffen, sondern unmittelbar die Patientinnen und Patienten. Statt kurzfristiger Einschnitte braucht es eine nachhaltige Stärkung der ambulanten Versorgung als tragende Säule des Gesundheitssystems.

TOP 2 - Antrag 2: Patientensteuerung im Primärarztsystem – medizinische Verantwortung sichern, 116117 weiterentwickeln

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

- 1 Die ärztliche und psychotherapeutische Praxis bleibt die zentrale erste
- 2 Anlaufstelle im deutschen Gesundheitswesen. Digitale Ersteinschätzungssysteme
- 3 sind ein ergänzender Zugang zur Ermittlung eines Behandlungsbedarfs, nicht
- 4 dessen Ersatz.
- 5 Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und KBV beanspruchen die fachliche und
- 6 organisatorische Verantwortung für die Steuerung nach medizinischem Bedarf im
- 7 Rahmen eines Primärarztsystems. Eine medizinische Ersteinschätzung ist eine
- 8 vertragsärztliche bzw. -psychotherapeutische Aufgabe und kann nicht auf die
- 9 Krankenkassen übertragen werden.
- 10 Die Vertreterversammlung der KBV unterstützt eine Weiterentwicklung der 116117
- 11 zu einem einheitlichen, nutzerorientierten Zugang für steuerungsrelevante
- 12 Patientinnen und Patienten – bedarfsgerecht und regional verantwortet durch die
- 13 Kassenärztlichen Vereinigungen.
- 14 Ein versorgungsfernes, von den gesetzlichen Krankenkassen dominiertes
- 15 Navigationstool mit verbindlichem Steuerungsanspruch wird abgelehnt.
- 16 Die Selbstverwaltungspartner vereinbaren verbindliche Vorgaben für ein
- 17 qualitätsgesichertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren sowie dessen
- 18 Weiterentwicklung. Zeitliche Kapazitäten, die für dringliche Termine
- 19 bereitgestellt werden, sind dabei vollständig zu vergüten.
- 20 Digitale Weichenstellungen – insbesondere Patientenaccounts, ein TI-
- 21 Versorgungsfachdienst zur strukturierten digitalen Fallübergabe, eÜberweisung
- 22 sowie eine reibungslose Terminübergabe – sind zwingende Voraussetzungen einer
- 23 funktionierenden Steuerung.
- 24 Eine politische Verpflichtung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie
- 25 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Befüllung einer digitalen
- 26 Terminplattform wird abgelehnt.
- 27 Die notwendigen gesetzlichen Grundlagen, die technische Infrastruktur sowie eine
- 28 tragfähige Finanzierung werden vom Gesetzgeber und den gesetzlichen
- 29 Krankenkassen erwartet. Hierbei hat der Gesetzgeber sowohl die Finanzierung der
- 30 Infrastruktur als auch die entsprechenden Leistungen der niedergelassenen
- 31 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

- 32 sicherzustellen.
- 33 Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand der KBV, dieses Zielbild
- 34 gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen weiter auszugestalten und in
- 35 die politischen Beratungen auf Bundesebene einzubringen.

Begründung

Der GKV-Spitzenverband skizziert ein Navigationstool, das perspektivisch als verbindliche erste Anlaufstelle fungieren und Behandlungsbedarf, Dringlichkeit sowie Versorgungsebene standardisiert festlegen soll. Damit würde die Steuerungsverantwortung faktisch auf eine kassengetragene Struktur verlagert.

Dem setzt das KV-System auf Grundlage ihrer Grundsatzbeschlüsse aus Mai 2025 („Ambulant passgenau versorgt“) ein klares ordnungspolitisches Gegenmodell entgegen:

Patientensteuerung ist Teil des Sicherstellungsauftrags der ärztlichen Selbstverwaltung. Sie muss in medizinischer Verantwortung erfolgen und regional organisiert sein. Die 116117 bietet hierfür die geeignete Infrastruktur, die im Sinne eines Primärarztsystems weiterzuentwickeln ist.

Digitalisierung ist ein Instrument zur Unterstützung – nicht zur Verlagerung von medizinischer bedarfsgerechter Steuerung. Ein kassengetriebenes, versorgungsfernes Navigationstool mit verbindlichem Charakter würde die ärztliche und psychotherapeutische Therapiefreiheit, die freie Arztwahl und die Funktionsfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung strukturell zum Nachteil der Patientinnen und Patienten verändern.

Die Vertreterversammlung der KBV bekennt sich daher zu einer starken, ärztlich verantworteten und digital unterstützten Patientensteuerung – nicht zu einer kasseninduzierten Steuerungsarchitektur.

TOP 2 - Antrag 3: Versorgung benötigt neben professioneller Steuerung auch gestärkte fachärztliche Praxen

Antragsteller:	Dr. Frank Bergmann, Dr. Carsten König, Frank Dastych, SR Prof. Dr. Harry Derouet, Dr. Bernhard Rochell, Dr. Dirk Spelmeyer, Anke Richter-Scheer, Dr. Karsten Braun	
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 KBV wird beauftragt, sich im Rahmen des politischen Diskurses
- 2 gegenüber dem Gesetzgeber, den Krankenkassen und allen relevanten Akteuren im
- 3 Gesundheitswesen für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungssteuerung
- 4 einzusetzen.
- 5 Zentrale Ziele sind dabei:
- 6 1. die 116117 zu einer effizienten, nutzerfreundlichen und integrativen
- 7 Steuerungsplattform auszubauen, die analoge und digitale Zugänge bündelt
- 8 und Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht in die richtige
- 9 Versorgungsebene steuert, sowie
- 10 2. die vertragsärztliche fachärztliche Versorgung strukturell zu stärken,
- 11 damit sie ihre zentrale Rolle in der ambulanten Versorgung weiterhin
- 12 verlässlich wahrnehmen kann, nicht zuletzt auch im Rahmen der weiteren
- 13 Ambulantisierung.
- 14 Hierzu soll die KBV verbindliche Steuerungsangebote über die 116117 etablieren
- 15 und deren digitale Weiterentwicklung zu einer leistungsfähigen
- 16 Versorgungsplattform proaktiv vorantreiben. Voraussetzung dafür ist die
- 17 technische Weiterentwicklung der 116117 sowie ihre Anschlussfähigkeit an
- 18 digitale Versorgungsprozesse, etwa durch elektronische Überweisungen oder
- 19 Ticketsysteme.
- 20 Darüber hinaus soll sich die KBV politisch für eine nachhaltige Stärkung der
- 21 vertragsärztlichen fachärztlichen Versorgung einsetzen, insbesondere durch
- 22 bedarfsgerechte Vergütung, den Ausbau der Weiterbildungskapazitäten sowie durch
- 23 geeignete strukturelle Rahmenbedingungen.

Begründung

Die ambulante Versorgung braucht eine differenzierte Steuerung der Patientinnen und Patienten in die jeweils richtige Versorgungsebene. Eine pauschale hausärztliche Steuerung wird der Versorgungsrealität nicht gerecht: Viele Menschen haben bereits eine funktionierende hausärztliche Anbindung, andere benötigen direkte Zugangswege – insbesondere zur

fachärztlichen Versorgung.

Eine zukunftsfähige Versorgungssteuerung braucht deshalb zwei zentrale Voraussetzungen:
eine leistungsfähige 116117 als niedrighschwelliges und integratives Steuerungsinstrument sowie
eine starke fachärztliche Versorgung mit ausreichenden Kapazitäten.

Die 116117 kann insbesondere für Menschen ohne feste hausärztliche Anbindung zu einem
zentralen Lotsen- und Serviceinstrument weiterentwickelt werden – telefonisch, digital und mit
medizinischer Ersteinschätzung. Gleichzeitig müssen direkte Zugangswege zur fachärztlichen
Versorgung möglich bleiben, wenn der medizinische Bedarf dies erfordert.

Damit Versorgungssteuerung tatsächlich funktionieren kann, müssen zudem die strukturellen
Voraussetzungen gestärkt werden. Dazu gehören ausreichend Weiterbildungskapazitäten,
interprofessionelle Praxisteam, Bürokratieabbau sowie eine nachhaltige Refinanzierung der
Sicherstellungsaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen.

TOP 2 - Antrag 4: Ambulantisierung konsequent umsetzen – Politische und finanzielle Rahmenbedingungen für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung schaffen

Antragsteller:	Dr. Sebastian Sohrab, Dr. Joachim Wichmann, Dr. Khaled Abou Lebdi	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV	
Abstimmung:	Ja:	mehrheitlich
	Nein:	0
	Enthaltung:	1

- 1 Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fordert den
- 2 Gesetzgeber, das Bundesministerium für Gesundheit sowie die Partner der
- 3 gemeinsamen Selbstverwaltung nach §§ 72 ff. SGB V auf,
- 4 1. das Prinzip „ambulant vor stationär“ (§ 39 Abs. 1 SGB V) konsequent
- 5 umzusetzen und vermeidbare stationäre Krankenhausfälle (ambulant sensitive
- 6 Krankenhausfälle, ASK) regelhaft in die vertragsärztliche Versorgung (§ 73
- 7 SGB V) zu überführen und eine Finanzierung außerhalb des geltenden EBM zu
- 8 gewährleisten,
- 9 2. ein vollständige Entbudgetierung in der vertragsärztlichen Versorgung als
- 10 Grundlage für eine künftig funktionierende Ambulantisierung sowie eine
- 11 extrabudgetäre, morbiditätsgerechte Vergütung für alle im Zuge der
- 12 Ambulantisierung zusätzlich erbrachten fachärztlichen Leistungen
- 13 sicherzustellen,
- 14 3. Verlässlichkeit und Planungssicherheit für niedergelassene Fachärztinnen
- 15 und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei
- 16 künftigen gesundheitspolitischen Entscheidungen sicherzustellen.

Begründung

Umsetzung des gesetzlichen Vorrangs

Das SGB V schreibt den Vorrang ambulanter Versorgung fest. Dennoch werden weiterhin zahlreiche medizinisch ambulant behandelbare Fälle stationär versorgt. Analysen zeigen ein erhebliches Ambulantisierungspotenzial. Dieses wird unter anderem aufgrund einer Fehlsteuerung der Finanzierungsanreize nicht ausreichend genutzt.

Budgetierung als Reformhemmnis

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung begrenzt Leistungszuwächse. Werden zusätzliche Leistungen nicht extrabudgetär vergütet, entsteht Honorardruck statt Reformanreiz. Ambulantisierung darf nicht zu einseitiger Belastung führen.

Versorgungspolitische Verantwortung

Die vertragsärztliche Versorgung ist tragende Säule der wohnortnahen Patientenversorgung. Ambulantisierung ist eine notwendige Strukturreform – sie verbessert Effizienz, Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Wer sie politisch fordert, muss die strukturellen Voraussetzungen schaffen: Entbudgetierung, Investitionsmittel und Planungssicherheit. Ohne diese Rahmenbedingungen wäre Ambulantisierung keine Reform, sondern eine Lastenverschiebung zulasten des ambulanten Sektors.

TOP 2 - Antrag 5: Gleiche Chancen für Praxen und Kliniken: Faire Finanzierung nichtärztlicher Personalkosten

Antragsteller:	Dr. Michael Hubmann, Dr. Peter Heinz (Bay), Dr. Andreas Bartels	
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 in Anbetracht der zunehmend sichtbarer
- 2 werdenden Verknappung nichtärztlicher Personalressourcen in den Praxen eine
- 3 vollständige, dauerhafte und auskömmliche Finanzierung der Personalkosten
- 4 nichtärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (insb. der Medizinischen
- 5 Fachangestellten (MFA)) im ambulanten Versorgungsbereich durch die Kostenträger.
- 6 Die hinsichtlich der Übernahme von Personalkosten aktuell bestehende
- 7 Ungleichbehandlung zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich
- 8 (Entkoppelung der Kostenübernahme von der ärztlichen Leistungserbringung im
- 9 stationären Bereich) darf – gerade vor dem Hintergrund einer dringend
- 10 notwendigen weiteren Ambulantisierung ärztlicher Leistungen – nicht zu einer
- 11 zunehmenden Wettbewerbsverzerrung und zu einer Benachteiligung der
- 12 niedergelassenen Praxen und damit zu einer Verknappung der ambulanten Versorgung
- 13 führen. Wo Pflege drauf steht, muss auch Pflege drin sein.

Begründung

In rund 100.000 Praxen arbeiten in Deutschland etwa 780.000 Menschen, darunter über 189.000 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ca. 330.000 MFA. Im Jahr 2024 wurden ca. 97 % aller Behandlungsfälle (d. h. rund 600 Millionen Fälle im Jahr) kompetent und kosteneffizient mit ca. 16 % der GKV-Leistungs-Ausgaben ambulant versorgt. Zum Vergleich: Im stationären Versorgungsbereich wurden 3% aller Behandlungsfälle mit ca. 33 % der GKV-Leistungs-Ausgaben versorgt.

Die GKV-Ausgaben für die ambulante Behandlung in den niedergelassenen Praxen sind in den Jahren 2020 bis 2024 im Vergleich zu den Gesamtausgaben der GKV nur unterdurchschnittlich gestiegen – auf ca. 50,1 Mrd. Euro im Jahr 2024, im stationären Sektor war hingegen im selben Zeitraum ein Anstieg um 24,8 % auf über 101 Mrd. Euro zu verzeichnen.

In diesem Zusammenhang hat auch die unterschiedliche Behandlung der Personalkosten im stationären und ambulanten Sektor zu einer Wettbewerbsverzerrung mit dem ambulanten Sektor geführt. Um die Personalausstattung in der Krankenhauspflege zu verbessern, wurden mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz durch den Gesetzgeber etwa die Voraussetzungen für eine verbesserte Personalausstattung der Kliniken geschaffen. In Folge der Etablierung des Pflegebudgets, d.h. der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die „Pflege am Bett“ aus der

DRG-Vergütung, war hier ein massiver Kostenanstieg zu verzeichnen.

Im ambulanten Versorgungsbereich werden Personalkosten hingegen regelmäßig leistungsbezogen in die betriebswirtschaftliche Kalkulation der Gebührenordnungspositionen des EBM einbezogen.

Es ist daher dringend notwendig, dafür zu sorgen, dass auch in der wichtigen Frage der Personalkosten zwischen den Sektoren „gleich lange Spieße“ bestehen, die einen fairen Wettbewerb um die knapper werdende Ressource qualifizierter und kompetenter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermöglichen. Übertarifliche Vergütungen dürfen nicht Teil des erstattbaren Pflegebudgets sein.

TOP 2 - Antrag 6: Einheitliche Gesundheits-ID nutzbar machen

Antragsteller:	Dr. Matthias Berndt, Dr. Christian Schütte, Mark Barjenbruch, Thorsten Schmidt	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV	
Abstimmung:	Ja:	mehrheitlich
	Nein:	0
	Enthaltung:	2

- 1 Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Voraussetzungen zu schaffen, um die
- 2 Gesundheits-ID für alle Bürgerinnen und Bürger einfach, sicher und
- 3 alltagstauglich nutzbar zu machen. Dazu gehören insbesondere vereinfachte
- 4 Zuteilungsverfahren sowie besser handhabbare Authentifizierungsverfahren.
- 5 Darüber hinaus soll der Gesetzgeber prüfen, ob und in welcher Form Gesundheits-
- 6 ID, Bund-ID und Steuer-ID zukünftig besser aufeinander abgestimmt, interoperabel
- 7 oder perspektivisch zusammengeführt werden können – unter strikter Wahrung der
- 8 Zweckbindung und der Trennung von Gesundheits- und Steuerdaten.

Begründung

Das Gesundheitswesen benötigt eine eindeutige digitale Identität, um Versorgungsprozesse sicher und sektorenübergreifend digital gestalten zu können.

TOP 2 - Antrag 7: Umgehende Umsetzung der Wiederaufnahme von Kindern und Jugendlichen sowie Menschen mit Behinderung in die Regelungen des § 115f SGB V

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 Im Rahmen des Krankenhausreformenpassungsgesetzes wird die gesetzgeberische
- 2 Absicht verfolgt, den Ausschluss von Kindern und Behinderte aus der Hybrid DRG
- 3 wieder aufzuheben. Dies entspricht aus unserer Sicht sowohl medizinischen als
- 4 auch versorgungspolitischen Erfordernissen und trägt dem berechtigten Anliegen
- 5 Rechnung, Kinder, Jugendliche und Menschen mit Behinderung nicht von der
- 6 Ambulantisierung sowie dem medizinisch-technologischen Fortschritt
- 7 auszuschließen. Die Streichung des Ausschlusses ist ein deutliches Signal für
- 8 eine diskriminierungsfreie künftige Ausgestaltung der Hybrid-DRGs, muss aber
- 9 auch umgehend in den bestehenden Hybrid DRGs im Grouper umgesetzt werden. Das
- 10 macht eine unterjährige Anpassung des Grouper nötig.
- 11 Vor diesem Hintergrund appellieren wir nachdrücklich an den KBV-Vorstand:
- 12 Bitte setzen Sie sich im BMG dafür ein, eine unterjährige Beauftragung des INEK
- 13 zur umgehenden Umsetzung der notwendigen Grouperanpassung zu erreichen, damit
- 14 die Erbringung und Abrechnung von Hybrid-DRG-Leistungen nach § 115f SGB V für
- 15 Kinder, Jugendliche und Menschen mit Behinderung noch im laufenden Jahr 2026
- 16 wieder ermöglicht wird.
- 17 Dies erfordert insbesondere:
- 18 - eine zügige Anpassung der Vereinbarungen nach § 115f SGB V mit Kassen und DKG.
- 19 - eine entsprechende Beauftragung des InEK durch das BMG zur Wiederaufnahme der
- 20 bislang ausgeschlossenen Leistungen durch eine unterjährige Grouperanpassung,
- 21 - die Aufhebung spezifischer Ausschlusskriterien, die einer Leistungserbringung
- 22 bei diesen Patientengruppen entgegenstehen
- 23 - Wiederaufnahme der Hybrid DRGs, die in 2024 für Kinder galten in den aktuellen
- 24 Katalog

Begründung

Der diskriminierende Ausschluss von Kindern und Jugendlichen und Menschen mit Behinderung muss umgehend abgeschafft werden.