

TOP 2 - Antrag 1: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – Versorgung sichern statt kaputtsparen

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 lehnt den
- 2 Kabinettsbeschluss der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stabilisierung der
- 3 Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-
- 4 Beitragssatzstabilisierungsgesetz) in der vorliegenden Form ab.
- 5 Die Vertreterversammlung stellt fest, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen
- 6 Maßnahmen in ihrer Gesamtheit zu einer erheblichen Gefährdung der ambulanten
- 7 ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung führen. Eine verschärfte
- 8 Budgetierung, wie sie der Gesetzentwurf vorsieht, hat zwangsläufig Auswirkungen
- 9 auf das Leistungsangebot: Wenn die Finanzierung begrenzt wird, müssen auch
- 10 Leistungen begrenzt werden. Dies führt zu längeren Wartezeiten, einer
- 11 Einschränkung des Behandlungsangebots und einer Reduktion der zur Verfügung
- 12 stehenden ärztlichen und psychotherapeutischen Ressourcen. Bereits bestehende
- 13 Engpässe werden dadurch weiter verschärft.
- 14 Bei allem Verständnis für finanzielle Handlungsnotwendigkeiten der Gesetzlichen
- 15 Krankenversicherung gilt:
- 16 Wir fordern, die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung als
- 17 tragende, effiziente und finanziell nachhaltige Säule eines effizienten und
- 18 patientennahen Gesundheitssystems zu stärken. Hierzu halten wir insbesondere
- 19 Investitionen in Steuerung, Prävention und Bürokratieabbau für unerlässlich. Nur
- 20 so ist eine nachhaltige Konsolidierung der Finanzen möglich, die die Gesundheit
- 21 der Bevölkerung und die Bedürfnisse der Praxen und ihrer Mitarbeiter im Blick
- 22 behält.

Begründung

Der vorliegende Gesetzentwurf verfolgt das Ziel, die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren. Die vorgesehenen Maßnahmen setzen jedoch überwiegend auf der Ausgabenseite an und verlagern den überwiegenden Teil der Konsolidierungslasten auf die Leistungserbringer – insbesondere auf die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung.

Damit wird der ambulante Versorgungsbereich zum zentralen Finanzierungsinstrument des Gesetzentwurfes gemacht. Dieser Ansatz wird von der Vertreterversammlung der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entschieden abgelehnt, da er die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten unmittelbar beeinträchtigt.

Kern des Gesetzentwurfs ist die Einführung bzw. Verschärfung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Die Vergütungsentwicklung wird dabei an die Grundlohnrate gekoppelt und zusätzlich durch eine Absenkung von 1% unterhalb der Grundlohnrate begrenzt. Diese Systematik bildet weder die tatsächliche Kostenentwicklung in den Praxen noch den medizinischen Fortschritt sowie den steigenden Versorgungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung ab. Im Ergebnis führt dies zu einer realen Absenkung der finanziellen Grundlagen der ambulanten Versorgung.

TOP 2 - Antrag 2: Vollständige Refinanzierung versicherungsfremder Leistungen – Gerechtigkeit gegenüber Beitragszahlern herstellen

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 fordert die
- 2 Bundesregierung auf, die vollständige Refinanzierung aller versicherungsfremden
- 3 Leistungen aus Steuermitteln sicherzustellen und damit die gesetzliche
- 4 Krankenversicherung nachhaltig zu entlasten.
- 5 Die Vertreterversammlung stellt fest, dass derzeit erhebliche
- 6 gesamtgesellschaftliche Aufgaben über die Beitragsmittel der gesetzlichen
- 7 Krankenversicherung finanziert werden und damit die Beitragszahlerinnen und
- 8 Beitragszahler unzulässig belastet werden.
- 9 Die Bundesregierung wird daher aufgefordert,
- 10 1. die Kosten für die Krankenversicherungsbeiträge von Bürgergeldbeziehenden
- 11 vollständig und sachgerecht aus dem Bundeshaushalt zu finanzieren und
- 12 bestehende Finanzierungslücken kurzfristig zu schließen,
- 13 2. sämtliche versicherungsfremde Leistungen systematisch zu identifizieren und
- 14 deren vollständige Gegenfinanzierung aus Steuermitteln sicherzustellen,
- 15 3. ein transparentes und dauerhaft tragfähiges Finanzierungsmodell zu
- 16 etablieren, das verhindert, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben weiterhin
- 17 über die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung
- 18 quersubventioniert werden.

Begründung

Die gesetzliche Krankenversicherung steht vor erheblichen finanziellen Herausforderungen. Gleichzeitig werden ihr in großem Umfang Aufgaben übertragen, die nicht dem eigentlichen Versicherungsprinzip entsprechen, sondern gesamtgesellschaftlicher Natur sind.

Zu diesen sogenannten versicherungsfremden Leistungen zählen insbesondere die Beiträge für Bürgergeldbeziehende. Allein in diesem Bereich besteht eine Finanzierungslücke von rund 12 Milliarden Euro jährlich. Insgesamt beläuft sich das Volumen versicherungsfremder Leistungen im Gesundheitsfonds auf bis zu 45 Milliarden Euro.

Diese Mittel werden derzeit überwiegend aus Beiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber finanziert. Damit tragen die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler Lasten, die originär aus

Steuermitteln zu finanzieren wären. Dies stellt einen grundlegenden Verstoß gegen das Prinzip der Beitragsgerechtigkeit dar. Der durch die Bundesregierung gewählte Ansatz im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz lediglich 250 Millionen Euro im Jahr 2027 dem Gesundheitsfonds als Ausgleich zuzuführen und zugleich ab dem Jahr 2027 dauerhaft 2 Milliarden Euro Steuerzuschuss in den Gesundheitsfonds zu streichen, verschärft den Sachverhalt ausdrücklich.

Es ist ein Gebot der Fairness gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben auch gesamtgesellschaftlich – das heißt aus Steuermitteln – finanziert werden. Die gegenwärtige Praxis führt zu einer systematischen Überlastung der gesetzlichen Krankenversicherung und verzerrt zugleich die politische Debatte über notwendige Reformen.

Die Stabilisierung der GKV-Finzen kann nicht allein durch Einschnitte in die Versorgung oder durch Begrenzung von Vergütungen erreicht werden. Solange der Staat Mittel aus dem Gesundheitsfonds für versicherungsfremde Leistungen entnimmt, ohne diese vollständig auszugleichen, bleibt jede Reform unvollständig.

Die bisherige Haltung des Bundesfinanzministers, Lars Klingbeil (SPD), wonach für eine vollständige Refinanzierung keine ausreichenden Mittel im Bundeshaushalt zur Verfügung stehen, ist nicht tragfähig. Sie verkennt, dass es sich hierbei nicht um freiwillige Leistungen, sondern um eine ordnungspolitisch gebotene Korrektur handelt.

Die derzeitige Finanzierungspraxis ist weder nachhaltig noch gerecht. Die Bundesregierung ist daher gefordert, ihrer Verantwortung gerecht zu werden und die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen konsequent in den Bundeshaushalt zu überführen.

Nur so kann die gesetzliche Krankenversicherung langfristig stabilisiert und die Versorgung der Patientinnen und Patienten gesichert werden.

TOP 2 - Antrag 3: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz führt zu einem Einnahmeorientierten Leistungsangebot

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 Vor dem Hintergrund des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes der
- 2 Bundesregierung fordert die Vertreterversammlung der KBV die Bundesregierung
- 3 auf, die Finanzierung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen
- 4 Versorgung am medizinischen Bedarf der Bevölkerung auszurichten.
- 5 Sofern dies durch die aktuelle Gesetzgebung nicht erfolgt, fordert die
- 6 Vertreterversammlung der KBV zugleich die Bundesregierung auf, kommunikativ
- 7 deutlich zu machen, dass sich nach der Maßgabe des GKV-
- 8 Beitragssatzstabilisierungsgesetz das Leistungsangebot in der ambulanten
- 9 ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung verändern wird.
- 10 Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen
- 11 informieren die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen
- 12 und Psychotherapeuten transparent über die Auswirkungen des Gesetzes. Diese
- 13 Anpassungen führen aufgrund der zur Verfügung stehenden Finanzmitteln im Sinne
- 14 eines Einnahmenorientierten Leistungsangebotes zu einer drastisch veränderten
- 15 Versorgung.

Begründung

Der Bundesregierung beabsichtigt mit dem vorliegenden Gesetzentwurf die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren. Die vorgesehenen Maßnahmen führen zu einer drastischen Verknappung der Finanzierung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung (Entwicklung der Praxis- und Personalkosten), weshalb die Bundesregierung zugleich gefordert ist, den Patientinnen und Patienten die veränderte Versorgungssituation zu erklären und die Sachzusammenhänge zu erläutern.

TOP 2 - Antrag 4: Ärztliche und psychotherapeutische Versorgungsverantwortung mit der Digitalisierung stärken

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 1. Für eine bedarfsgerechte Steuerung und Versorgung der Patientinnen und
2 Patienten ist eine medizinische Ersteinschätzung erforderlich. Die im
3 Referentenentwurf eines Gesetzes für Daten und digitale Innovationen
4 (GeDIG) geplante Einführung einer „digitalen Bedarfseinschätzung“ (§ 360b
5 idF SGB V) halten wir in der vorgesehenen Form jedoch nicht für
6 praktikabel. Die Vorgaben sind versorgungsfern und stellen einen Eingriff
7 des Gesetzgebers in zutiefst medizinische Versorgungsinhalte dar. Steuerung
8 muss nach medizinischen Kriterien erfolgen und nicht mit dem Ziel der
9 verdeckten Rationierung. Rahmenanforderungen, dass ein solches System
10 beispielsweise evidenzbasiert und leitliniengerecht sein muss, erscheinen
11 angemessen – nicht jedoch die vielen überbürokratischen, detaillierten
12 technischen, methodischen und medizinisch-inhaltlichen Festlegungen. Sie
13 überfrachten ein solches System.
- 14 2. Der bedarfsgerechte Zugang zur ärztlichen und psychotherapeutischen
15 Versorgung muss für Patientinnen und Patienten unabhängig von digitalen
16 Instrumenten der Krankenkassen gewährleistet sein. Einen „digitalen
17 Versorgungseinstieg“ (§ 345a idF des GeDIG) in die medizinische
18 Ersteinschätzung und zur Terminvermittlung ausschließlich über die ePA-App
19 der Krankenkassen darf es nicht geben. Patientinnen und Patienten müssen
20 weiterhin die Möglichkeit haben, Termine digital über die 116117 von KBV
21 und KVen per App oder online zu vereinbaren – oder über private Dritte.
- 22 3. Weitere Vorgaben für Systeme zur Terminvereinbarung wie im
23 Referentenentwurf vorgesehen (§ 370c idF des GeDIG) sind unnötig.
24 Regelungen wie zum Datenschutz und zur Terminvergabe gibt es bereits. Zudem
25 würde der Gesetzgeber mit neuen kleinteiligen Vorgaben in die
26 Praxisorganisation und damit in originäre Angelegenheiten der Praxen
27 eingreifen. Das lehnen wir ab.
- 28 4. Die Krankenkassen sollen künftig nicht nur Daten der elektronischen
29 Patientenakte (ePA) sondern auch bei „anderen Stellen“ erhobene
30 „personenbezogene Daten“ nutzen können (§ 25b SGB V idF des GeDIG), um
31 unmittelbar in die Patientenversorgung einzugreifen. Das ist ein weiterer
32 Tabubruch und beendet das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztinnen und

- 33 Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ihren
34 Patienten. Die Datenauswertungen wurden schon 2024 vom
35 Bundesdatenschutzbeauftragten (BfDI) als "Verstoß gegen das
36 sozialdatenschutzrechtliche Trennungsgebot" bezeichnet, da sie den
37 "Krankenkassen die Profilbildung ("gläserner Versicherter") ermöglichen und
38 "daher erhebliches Diskriminierungspotential" haben. Zudem, so der BfDI,
39 sei der Nutzen solcher Auswertungen nicht belegt und greife in die
40 ärztlichen Kompetenzen ein. Sie sei daher "zu streichen". Wir appellieren
41 daher an die Politik, diese Vorhaben endlich zu stoppen!
- 42 5. Dort wo Reallabore zur Datenverarbeitung mittels Künstlicher Intelligenz
43 geschaffen werden (§ 284a SGB V idF des GeDIG), fordern wir, dass alle
44 Partner der Gemeinsamen Selbstverwaltung inklusive der KVen solche
45 Einrichtungen errichten dürfen und nicht ausschließlich die Krankenkassen.

Begründung

Die Patientinnen und Patienten in Deutschland haben ein großes Vertrauen zu ihren Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Dieses vertrauensvolle Verhältnis ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tragen in dieser Beziehung die Versorgungsverantwortung für ihre Patienten. Diese Verantwortung muss bei der notwendigen Digitalisierung der Versorgung erhalten bleiben und sogar verstärkt werden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu sehen, dass medizinisch/therapeutische Erwägungen in der Patientenversorgung im Vordergrund stehen und nicht von sachfremden Erwägungen der Kostenträger beeinflusst werden sollen. Aus gutem Grunde hat der Gesetzgeber bislang auf eine ambulante Versorgung gesetzt, die Kostenträger nicht direkt in diese Versorgungsprozesse einbindet. Dieses Grundprinzip zum Wohl und Nutzen der Patienten darf im Zusammenhang mit der Digitalisierung nicht aufgegeben werden.

TOP 2 - Antrag 5: Realistische Anforderungen und faire Finanzierung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes

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

- 1 1. Die KBV wird aufgefordert, sich im weiteren Gesetzgebungsverfahren zur
2 Notfallreform für eine eindeutige und rechtssichere Regelung der
3 Mitfinanzierung der ärztlichen Bereitschaftsdienststrukturen durch die
4 gesetzlichen Krankenkassen einzusetzen. Die derzeitigen gesetzlichen
5 Formulierungen in § 105 Abs. 1 b SGB V-E sind nicht hinreichend klar und
6 lassen erheblichen Interpretations- und Streitspielraum hinsichtlich Art,
7 Umfang und Höhe der Finanzierungsverpflichtungen der Krankenkassen. Dies
8 gefährdet die verlässliche Organisation und Aufrechterhaltung der
9 Notdienstversorgung.
- 10 2. Die KBV soll sich dafür einsetzen, dass Sicherstellungspauschalen und
11 weitere Strukturkosten der Notdienstversorgung ausdrücklich als
12 refinanzierungsfähige Strukturkosten anerkannt werden. Die Refinanzierung
13 muss in der jeweils regional erforderlichen Höhe erfolgen, um den Betrieb
14 der Strukturen dauerhaft sicherzustellen. Dabei ist zu berücksichtigen,
15 dass insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen aufgrund
16 geringerer Fallzahlen, größerer Versorgungsdistanzen und erswerter
17 Personalgewinnung noch höhere Vorhaltekosten entstehen können als in
18 urbanen Ballungsräumen.
- 19 3. Die KBV soll sich dafür einsetzen, dass Mittel der morbiditätsbedingten
20 Gesamtvergütung (MGV) nicht zur Finanzierung von Notdienst- und
21 Vorhaltestrukturen herangezogen werden dürfen. Die MGV dient ausschließlich
22 der Finanzierung vertragsärztlicher Leistungen und nicht der Finanzierung
23 organisatorischer und infrastruktureller Sicherstellungsaufgaben.
- 24 4. Die KBV soll sich dafür einsetzen, dass die Finanzierung der bundesweiten
25 Rufnummer 116117 einschließlich aller hierfür erforderlichen personellen,
26 technischen, organisatorischen und infrastrukturellen Vorhaltekosten als
27 eigenständige Strukturfinanzierung vollständig durch die gesetzlichen
28 Krankenkassen erfolgt.
- 29 5. Die KBV soll sich für eine Klarstellung im Entwurf eines Notfallgesetzes
30 einsetzen, dass Mittel des Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V
31 nachrangig für eine Mitfinanzierung der Notdienststrukturen heranzuziehen
32 sind. Eine Förderung der ambulanten vertragsärztlichen Strukturen darf

- 33 nicht zu Gunsten der Finanzierung des Notdienstes eingeschränkt werden.
- 34 6. Die KBV soll sich für eine Klarstellung im Entwurf eines Notfallgesetzes
35 einsetzen, nach der in Ansehung auf die Notfallreform bereits entstandene
36 Kosten für die Einrichtung und die Vorhaltung zukunftsweisender
37 Notfallstrukturen einmalig in die Finanzierungsvereinbarung nach § 105 Abs.
38 1b SGB V-E aufgenommen werden müssen. Die Berücksichtigung dieser Kosten
39 muss schiedsfähig ausgestaltet werden.
- 40 7. Die KBV wird aufgefordert, sich gegen die Vorgabe eines verpflichtenden
41 flächendeckenden 24/7-Fahrdienstes auszusprechen. Ein solcher
42 Parallelbetrieb zu den regulären Praxisöffnungszeiten ist angesichts des
43 bestehenden Ärztemangels und der begrenzten personellen Ressourcen weder
44 flächendeckend realistisch organisierbar noch medizinisch und
45 versorgungsstrukturell überall erforderlich und widerspricht zudem bereits
46 heute durch die Vertragsärzteschaft getätigter Hausbesuche. Das gilt auch
47 für die 24/7 Besetzung der INZ durch Vertragsärzte sowie einem parallelen
48 Videosprechstundenangebot. Die Verpflichtung zur Finanzierung eines
49 aufsuchenden Dienstes parallel zu den Sprechstunden der Praxen ist zudem
50 verfassungswidrig.
- 51 8. Die KBV soll sich stattdessen für flexible und regional anpassbare
52 Versorgungsvorgaben einsetzen. Fahrdienstangebote sollen bedarfsgerecht
53 ausgestaltet werden können und dort erfolgen, wo sie medizinisch notwendig
54 und organisatorisch leistbar sind. Ein zusätzlicher, durch die KVen
55 organisierter flächendeckender Fahrdienst wird bundesweit weder als
56 erforderlich noch als realistisch umsetzbar angesehen.

Begründung

Die geplante Notfallreform enthält weiterhin erhebliche Unklarheiten hinsichtlich der Finanzierung und organisatorischen Ausgestaltung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Insbesondere die derzeitigen gesetzlichen Formulierungen zur Mitfinanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht ausreichend präzise. Dies birgt erhebliche Konfliktpotenziale in den Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen und gefährdet die verlässliche Aufrechterhaltung der Notdienstversorgung.

Die KVen tragen bereits heute erhebliche organisatorische und finanzielle Lasten für die Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes. Vorhaltekosten, Strukturkosten und Sicherstellungspauschalen entstehen unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme und müssen deshalb als notwendige Strukturkosten vollständig refinanziert werden. Dies gilt insbesondere deshalb, weil sie in den EMB Ziffern keinerlei Abbildung finden. Zudem müssen regionale Unterschiede berücksichtigt werden. Gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen entstehen aufgrund geringer Patientenzahlen, großer Entfernungen und schwieriger Personalgewinnung deutlich höhere Kosten pro Versorgungsfall.

Eine Finanzierung solcher Strukturen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist

sachwidrig. Die MGV dient der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen und darf nicht zur Finanzierung infrastruktureller Sicherstellungsaufgaben zweckentfremdet werden.

Dies gilt insbesondere auch für die bundesweite Rufnummer 116117. Die 116117 ist zentraler Bestandteil der geplanten Notfallsteuerung und übernimmt Aufgaben der Patientenlenkung, Ersteinschätzung und Versorgungscoordination im Interesse des Gesamtsystems der gesetzlichen Krankenversicherung. Die hierfür notwendigen Leitstellen-, Personal-, Technik- und Betriebskosten sind originäre Strukturkosten der Notfallversorgung und vollständig durch die gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren. Eine Belastung der vertragsärztlichen Vergütungssystematik mit diesen Kosten würde die Finanzierung der unmittelbaren Patientenversorgung weiter schwächen.

Darüber hinaus erweckt die Gesetzesbegründung an mehreren Stellen den Eindruck, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet seien, Mittel des Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V vorrangig für die Finanzierung von Notdienststrukturen einzusetzen. Eine solche Verpflichtung ergibt sich weder aus dem geltenden Recht noch aus dem Gesetzesentwurf selbst. Die dadurch entstehende Rechtsunsicherheit ist insbesondere vor dem Hintergrund problematisch, dass KVen andernfalls umfangreiche Begründungspflichten gegenüber den Krankenkassen treffen könnten.

Zudem haben zahlreiche KVen bereits in den vergangenen Jahren innovative Notdienst- und Notfallstrukturen aufgebaut und erhebliche Investitionen geleistet, obwohl hierfür bislang keine ausreichenden gesetzlichen Finanzierungsregelungen bestanden und die Kassen bisher ihren Beitrag freiwillig nicht oder nicht vollständig geleistet haben. Diese frühzeitig handelnden KVen dürfen gegenüber denjenigen KVen, die entsprechende Strukturen erst nach Inkrafttreten der Reform aufbauen, nicht benachteiligt werden. Bereits entstandene Investitions- und Vorhaltekosten müssen deshalb einmalig berücksichtigungsfähig und schiedsfähig ausgestaltet werden.

Die vorgesehene Verpflichtung zu einem flächendeckenden 24/7-Fahrdienst verkennt zudem die tatsächlichen personellen Ressourcen im vertragsärztlichen Bereich. Bereits heute bestehen in vielen Regionen erhebliche Schwierigkeiten, ärztliches Personal für Zeiten außerhalb der regulären Sprechstunden zu gewinnen. Ein zusätzlicher paralleler Fahrdienst während der regulären Praxisöffnungszeiten ist vielerorts weder notwendig noch organisatorisch realisierbar. Er würde die ohnehin knappen ärztlichen Ressourcen zusätzlich binden und die ambulante Regelversorgung schwächen.

Notwendig sind deshalb flexible, regional differenzierte und ressourcengerechte Lösungen, die den tatsächlichen Versorgungsbedarf sowie die regional verfügbaren ärztlichen Kapazitäten berücksichtigen.

TOP 2 - Antrag 6: Verbindliche Patientensteuerung gesetzlich regeln

Antragsteller:	Catrin Steiniger, Dr. Stefan Roßbach-Kurschat, Dr. Christiane Wessel, Dr. Burkhard Ruppert, Dr. Bernhard Rochell, Peter Kurt Josenhans, John Afful, Caroline Roos, Dr. Stefan Windau, Dr. Manuela Sipli, Dr. Thomas Schröter, Mark Barjenbruch, Thorsten Schmidt, Dr. Jörg Böhme, Dr. Nadine Waldburg, Dr. Bettina Schultz, Alexander Paquet	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 2 - Bericht des KBV-Vorstandes an die Vertreterversammlung der KBV	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

- 1 Die KBV-VV fordert den Gesetzgeber auf, dass im anstehenden Gesetzentwurf zur
- 2 Notfallversorgung die medizinische Ersteinschätzung für die Patienten
- 3 verbindlich ist.

Begründung

Eine wirksame Reform der Notfallversorgung setzt eine verbindliche und sektorenübergreifende Patientensteuerung voraus. Ziel muss sein, Patientinnen und Patienten entsprechend der medizinischen Dringlichkeit in die geeignete Versorgungsebene zu lenken und Fehlsteuerungen in den Notaufnahmen zu reduzieren.

TOP 3.1 - Antrag 1: Neufassung der Richtlinie zur Zertifizierung nach § 390 SGB V (ehemals § 75 b Absatz 5 SGB V)

Antragsteller:	Vorstand der KBV	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 3 - Richtlinien der KBV Untersachgebiet: TOP 3.1 - Neufassung der Richtlinie zur Zertifizierung nach § 390 SGB V (ehemals § 75 b Absatz 5 SGB V)	
Abstimmung:	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

- 1 Die Neufassung der Richtlinie zur Zertifizierung nach § 390 SGB V (ehemals § 75
- 2 b Absatz 5 SGB V) wird in der beigefügten Fassung (Anlage 2) beschlossen.

Begründung

Der Gesetzgeber hatte im ehemaligen Paragraphen 75 b Absatz 5 SGB V die Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragt, eine Richtlinie zur Zertifizierung zu entwickeln. Die KBV ist dem gesetzlichen Auftrag im Jahr 2020 mit der „Richtlinie zur Zertifizierung nach § 75 b Absatz 5 SGB V“ nachgekommen (siehe Anlage 1). Durch das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) wurden die Inhalte des Paragraphen 75 b SGB V in den Paragraf 390 SGB V übertragen.

Die Überarbeitung der „Richtlinie zur Zertifizierung nach § 390 SGB V“ passt diese an die geänderte gesetzliche Grundlage an. In der Richtlinie wird an den vorkommenden Stellen „**§ 75 b Absatz 5 SGB V**“ jeweils durch „**§ 390 SGB V**“ ersetzt. Dies betrifft auch den Titel des Dokuments und den Dateinamen (siehe Anlagen 2 und 3).

Das gesetzlich geforderte Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und das Benehmen mit der Industrie ist eingeholt worden.