

TOP 2 - Antrag 1: Praxen erhalten – Versorgung sichern – Wirtschaftskraft stärken

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 Vertreterversammlung unterstützt den Vorstand der KBV in seinen bisherigen
- 2 Bemühungen und bittet ihn, sich gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit
- 3 und dem Gesetzgeber auch unter den aktuell schwierigen gesetzlichen und
- 4 finanziellen Rahmenbedingungen weiterhin nachdrücklich für den Erhalt
- 5 leistungsfähiger vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Praxen
- 6 einzusetzen. Insbesondere ist darauf hinzuwirken, dass deren wirtschaftliche
- 7 Tragfähigkeit bei der Umsetzung gesetzlicher Konsolidierungsmaßnahmen gewahrt
- 8 bleibt und zusätzliche Belastungen oder Kürzungsmaßnahmen für die ambulante
- 9 Versorgung so weit wie möglich vermieden beziehungsweise ausgeglichen werden.
- 10 Nur durch eine verlässliche und ausreichende Finanzierung können die ambulante
- 11 Versorgung flächendeckend auf Facharztstandard gesichert, die soziale Funktion
- 12 der Praxen als wohnortnahe Anlaufstellen erhalten, Arbeits- und
- 13 Ausbildungsplätze gewährleistet und damit ein systemrelevanter
- 14 Wirtschaftsbereich in Deutschland gestärkt werden.

Begründung

Die vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen bilden das Rückgrat der wohnortnahen medizinischen Versorgung. Sie gewährleisten Diagnostik und Behandlung auf Facharztstandard, erfüllen als verlässliche und niedrighschwellige Anlaufstellen eine zentrale soziale Funktion und sind zugleich bedeutende mittelständische Arbeitgeber und Investoren. Steigende Personal- und Betriebskosten treffen bei den aktuell geplanten Gesetzesvorhaben auf sinkende finanzielle Mittel und fehlende Planungssicherheit. Dies gefährdet Investitionen, Praxisnachfolgen und Arbeitsplätze. Eine Schwächung der Praxen führt daher zwangsläufig zu einem Rückgang des Versorgungsangebots und zu längeren Wartezeiten für Patientinnen und Patienten.

Der Erhalt leistungsfähiger Praxen ist daher nicht nur versorgungspolitisch geboten, sondern auch wirtschaftspolitisch klug, um die regionale Wertschöpfung, qualifizierte Beschäftigung und mittelständische Strukturen dauerhaft zu sichern.

TOP 2 - Antrag 2: Ambulante Versorgung stärken –Reformfähigkeit sichern

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 Mit den ab dem 1. Januar 2027 wirksam werdenden Ausgabenbegrenzungen wird der
2 ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in erheblichem Umfang
3 finanzielle Substanz entzogen. Wenn die Finanzierung von Leistungen durch die
4 Politik begrenzt wird, begrenzt diese damit auch das Leistungsangebot. Ärztliche
5 und psychotherapeutische Leistungen und Behandlungsfälle werden zurückgehen;
6 längere Wartezeiten und ein erschwerter Zugang zur Versorgung sind die
7 zwangsläufige Folge.

8 Die Stabilisierung von Beitragssätzen darf nicht durch eine Destabilisierung der
9 Versorgung erkaufte werden. Eine politisch gewünschte einnahmenorientierte
10 Ausgabenpolitik, die weder den steigenden medizinischen Bedarf einer älter
11 werdenden Bevölkerung noch die tatsächliche Kostenentwicklung in den Praxen
12 abbildet, schwächt die tragende Säule des deutschen Gesundheitswesens.

13 Die Vertreterversammlung der KBV appelliert daher an die Bundesregierung und
14 insbesondere an Bundesgesundheitsminister Dr. Carsten Linnemann, die Folgen des
15 GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes für die ambulante Versorgung zu
16 korrigieren und die wirtschaftliche Grundlage der Praxen dauerhaft zu sichern.
17 Die Finanzierung muss sich am medizinischen Bedarf der Bevölkerung und an den
18 realen Bedingungen der Leistungserbringung orientieren – nicht allein an der
19 jeweiligen Kassenlage.

20 Strukturreformen im Gesundheitswesen – insbesondere bei Patientensteuerung und
21 Primärarztversorgung, Notfallversorgung, Ambulantisierung und Digitalisierung –
22 können nur auf einer robusten und resilienten ambulanten Versorgungsstruktur
23 gelingen. Dafür brauchen die Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte
24 sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verlässliche, planbare und
25 leistungsgerechte Rahmenbedingungen. Neue Aufgaben dürfen nicht ohne die hierfür
26 erforderlichen Ressourcen übertragen werden.

27 Die Bundesregierung wird zugleich aufgefordert, gegenüber den Patientinnen und
28 Patienten transparent zu machen, dass die gesetzlichen Kürzungen ab 2027 zu
29 einem geringeren Leistungsangebot und längeren Wartezeiten führen werden,
30 solange keine politische Korrektur erfolgt. Die Verantwortung für diese
31 Entwicklung darf nicht auf die Praxen und ihre Teams verlagert werden. Die
32 Vertreterversammlung der KBV unterstützt ausdrücklich alle niedergelassenen

33 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hierbei.

Begründung

Die Vertreterversammlung der KBV hat das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz bereits in den vorangegangenen Sitzungen in der vorgelegten Form abgelehnt und eine am Versorgungsbedarf ausgerichtete Finanzierung gefordert. Zugleich hat sie darauf hingewiesen, dass die Politik die Folgen einer einnahmenorientierten Begrenzung des Leistungsangebots offen benennen muss. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes haben sich diese Warnungen nicht erledigt. Im Gegenteil: Ab 2027 werden die Auswirkungen in der Versorgungsrealität für Patientinnen und Patienten unmittelbar spürbar.

Praxen können Untersuchungen und Behandlungen nicht dauerhaft unterhalb ihrer tatsächlichen Kosten erbringen. Personalkosten, Mieten, Energie, medizinische Geräte und Digitalisierung werden nicht günstiger, nur weil die Vergütung gesetzlich gedeckelt wird. Die notwendige Anpassung an die verfügbaren Mittel wird deshalb nicht abstrakt bleiben: Terminangebote werden sinken, Wartezeiten werden steigen und die Suche nach einer neuen Arzt- oder Psychotherapiepraxis wird für viele Menschen schwieriger.

Dabei sind die rund 100.000 ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen weit mehr als Leistungserbringer im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie sichern die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung in den Städten ebenso wie im ländlichen Raum. Sie sind Orte langfristiger Vertrauensbeziehungen und ein wesentlicher Bestandteil der Daseinsvorsorge und des gesellschaftlichen Zusammenhalts. Gleichzeitig bieten sie rund 790.000 Menschen einen Arbeitsplatz und stehen mit ihrer Wertschöpfung, ihren Investitionen und ihren Ausbildungsleistungen für wirtschaftliche Stabilität in den Regionen.

Wer das Gesundheitswesen strukturell verändern will, muss dieses Fundament stärken. Eine verbindlichere Steuerung von Patientinnen und Patienten, eine moderne Primärarztversorgung, eine Neuordnung der Notfallversorgung und eine konsequente Ambulantisierung setzen erreichbare, leistungsfähige und wirtschaftlich stabile Praxen voraus. Werden gerade diese Strukturen geschwächt, fehlen die Kapazitäten, auf die jede Reform angewiesen ist. Reformanspruch und Kürzungspolitik passen nicht zusammen.

Die Vertreterversammlung der KBV erwartet von der Bundesregierung und dem neuen Bundesgesundheitsminister deshalb einen politischen Kurswechsel: weg von kurzfristigen politischen Eingriffen in die Versorgung, hin zu strukturellen Lösungen für die Finanzierungsprobleme der GKV. Dazu gehören eine verlässliche Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln, wirksame Patientensteuerung, Prävention, Ambulantisierung und ein konsequenter Abbau versorgungsferner Bürokratie. Nur eine starke ambulante Versorgung kann die Versorgung nachhaltig sichern und zugleich die begrenzten Mittel des Gesundheitswesens effizient einsetzen.

TOP 2 - Antrag 3: Versorgung sichern - extrabudgetäre Vergütung erhalten

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 Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist kein Stabilisierungsgesetz für die
- 2 Versorgung. Es ist ein Spargesetz, das die finanziellen Risiken einseitig auf
- 3 die ambulante Versorgung, die Praxen und damit auf die Patientinnen und
- 4 Patienten verlagert. Wer medizinisch notwendige Leistungen in ein begrenztes
- 5 Budget zwingt, begrenzt nicht abstrakt Ausgaben, sondern ganz konkret
- 6 Behandlungskapazitäten, Termine und den Zugang zur Versorgung.
- 7 Die Vertreterversammlung der KBV fordert die Bundesregierung und den Gesetzgeber
- 8 auf, die ab dem 1. Januar 2027 vorgesehene Einbudgetierung bisher extrabudgetär
- 9 vergüteter Leistungen zu korrigieren. Medizinisch notwendige und
- 10 versorgungspolitisch besonders schützenswerte Leistungen müssen auch künftig
- 11 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vollständig zu den
- 12 Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Dies gilt
- 13 insbesondere für Leistungen des ambulanten Operierens, sonstige
- 14 stationersetzende Eingriffe und Behandlungen sowie die belegärztliche
- 15 Versorgung, für die bisher extrabudgetär vergüteten psychotherapeutischen
- 16 Leistungen, für strahlentherapeutische Leistungen sowie für sämtliche gesetzlich
- 17 vorgesehenen Leistungen der Prävention und Früherkennung.
- 18 Der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 SGB V wird aufgefordert, die ihm durch
- 19 § 87d Abs. 2 SGB V eröffneten Möglichkeiten konsequent im Interesse der
- 20 Versorgung zu nutzen und die extrabudgetäre Vergütung dieser Leistungen mit
- 21 Wirkung zum 1. Januar 2027 fortzuschreiben. Die Voraussetzungen des § 87d Abs. 2
- 22 SGB V sind erfüllt: Eine vollständige Vergütung dieser Leistungen sichert
- 23 nachweisbar die Versorgungsqualität und erhöht die Wirtschaftlichkeit, indem
- 24 stationäre Behandlungen vermieden, Behandlungskontinuität erhalten, Folgekosten
- 25 reduziert und ambulante Strukturen gesichert werden.
- 26 Der Vorstand der KBV wird aufgefordert, diese Forderungen gegenüber der
- 27 Bundesregierung, dem Gesetzgeber und den Partnern der gemeinsamen
- 28 Selbstverwaltung mit Nachdruck zu vertreten, die erforderlichen Beschlüsse im
- 29 Bewertungsausschuss herbeizuführen und zugleich auf eine dauerhafte gesetzliche
- 30 Absicherung der extrabudgetären Vergütung hinzuwirken.
- 31 Diese Forderungen konkretisieren den notwendigen politischen Kurswechsel in der
- 32 Finanzierung der ambulanten Versorgung. Die darüber hinausgehende Forderung der

- 33 Vertreterversammlung nach einer insgesamt bedarfsgerechten, verlässlichen und
34 leistungsgerechten Finanzierung der ambulanten ärztlichen und
35 psychotherapeutischen Versorgung bleibt ausdrücklich unberührt.

Begründung

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz werden ab 2027 bislang extrabudgetär vergütete Leistungen mit nur wenigen gesetzlichen Ausnahmen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Damit wird das Grundprinzip aufgegeben, wonach eine medizinisch notwendige und tatsächlich erbrachte Leistung vollständig vergütet wird. Die Krankenkassen leisten die Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung; wächst der medizinische Bedarf über das festgelegte Volumen hinaus, verbleibt das Finanzierungsrisiko bei den Praxen. Aus einer gesetzlichen Ausgabenbegrenzung wird so zwangsläufig eine Begrenzung des Leistungsangebots.

Extrabudgetäre Vergütung ist kein Privileg einzelner Arztgruppen oder der Psychotherapeuten. Sie ist ein gezieltes Instrument, um dort Versorgung zu sichern, wo eine Mengenbegrenzung medizinisch, strukturell oder wirtschaftlich widersinnig wäre. Gerade bei Leistungen, deren Inanspruchnahme durch Krankheit, gesetzliche Ansprüche oder politisch gewollte Ambulantisierung bestimmt wird, darf das Morbiditäts- und Kostenrisiko nicht auf die Leistungserbringer abgewälzt werden. Ein gedeckeltes Honorarvolumen macht aus einem gesetzlichen Leistungsanspruch noch keinen tatsächlich verfügbaren Behandlungstermin.

Ambulantes Operieren und stationersetzenende Versorgung. Die Leistungen nach § 115b SGB V und die entsprechenden Leistungen des EBM wurden gerade deshalb ausgebaut, weil sie bei gesicherter Qualität stationäre Behandlungen vermeiden und Ressourcen effizienter einsetzen. Werden sie in die MGV zurückgeführt, verlieren Praxen den Anreiz und die wirtschaftliche Möglichkeit, zusätzliche ambulante Kapazitäten bereitzustellen. Zugleich würden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Wettbewerb mit Krankenhäusern benachteiligt. Eine Politik, die Ambulantisierung fordert und gleichzeitig ihre verlässliche Finanzierung beseitigt, widerspricht sich selbst und treibt Behandlungen zurück in den kostenintensiveren stationären Bereich.

Psychotherapeutische Versorgung. Der Deutsche Bundestag hat mit seiner Entschliebung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz selbst anerkannt, dass Versorgungskontinuität gesichert und ein Rückgang des psychotherapeutischen Versorgungsangebots verhindert werden muss. Begrenzte Ausnahmen für einzelne Gruppen oder besonders dringliche Fälle reichen jedoch nicht aus. Unterschiedliche Patientengruppen dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Nur die vollständige extrabudgetäre Vergütung der bisher extrabudgetär vergüteten psychotherapeutischen Leistungen verhindert, dass Therapieplätze abgebaut, Wartezeiten verlängert und Behandlungen in schlechter vergütete oder privat finanzierte Bereiche verlagert werden.

Strahlentherapie. Die ambulante Strahlentherapie ist Teil einer zeitkritischen, hoch spezialisierten onkologischen Versorgung. Sie erfordert erhebliche Investitionen in Medizintechnik, qualifiziertes Personal, Strahlenschutz, Wartung und Qualitätssicherung. Diese Kosten fallen unabhängig von einer nachträglichen Budgetierung an. Behandlungsserien können

weder ausgesetzt noch an Quartals- oder Budgetgrenzen ausgerichtet werden. Eine zusätzliche Einbudgetierung gefährdet deshalb nicht nur die Planungssicherheit der Praxen, sondern die wohnortnahe und kontinuierliche Versorgung von Menschen mit Krebserkrankungen.

Prävention und Früherkennung. Versicherte haben einen gesetzlichen Anspruch auf definierte Vorsorge- und Früherkennungsleistungen. Ihre Inanspruchnahme ist gesundheitspolitisch ausdrücklich gewollt; höhere Teilnahmequoten sollen erreicht werden. Eine Mengenbegrenzung setzt hierzu den entgegengesetzten Anreiz. Was der Gesetzgeber als Leistungsanspruch garantiert, darf auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte nicht unter Finanzierungsvorbehalt stehen. Dies gilt umso mehr, wenn das Leistungsangebot - etwa bei den Kinderuntersuchungen oder durch neue oder bereits existierende Screeningmaßnahmen erweitert wird. Prävention und Früherkennung vermeiden Krankheitsfolgen und Folgekosten; ihre Budgetierung ist daher versorgungspolitisch wie gesundheitsökonomisch falsch.

Das Gesetz zwingt die gemeinsame Selbstverwaltung, die Fortführung bewährter Vergütungsregelungen immer wieder anhand zusätzlicher Kriterien zu rechtfertigen und zu evaluieren. Die Beweislast wird damit verkehrt: Nicht die Kürzung muss ihre Unschädlichkeit für die Versorgung belegen, sondern die Versorgung ihre vollständige Finanzierung. Für die genannten Leistungsbereiche liegt der Nutzen der extrabudgetären Vergütung auf der Hand. Sie hält Behandlungsangebote verfügbar, schützt Versorgungskontinuität, vermeidet stationäre Kosten und stärkt Prävention. Der Bewertungsausschuss muss diese Erkenntnisse in seinen Beschlüssen abbilden; dauerhaft bleibt jedoch der Gesetzgeber in der Verantwortung, die Fehlentscheidung zu korrigieren.

Beitragssatzstabilität darf nicht durch Leistungsabbau erkaufte werden. Eine Politik, die Ausgaben deckelt und gleichzeitig mehr Ambulantisierung, mehr Prävention, kürzere Wartezeiten und eine bessere Versorgung psychisch und onkologisch erkrankter Menschen verlangt, ist nicht konsistent. Versorgung braucht Verlässlichkeit. Deshalb müssen die genannten Leistungen auch über 2026 hinaus extrabudgetär und zu festen Preisen vergütet werden.

TOP 2 - Antrag 4: Wir sind keine Berufsgeheimnisträger zweiter Klasse

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 Vertreterversammlung fordert die Bundesregierung und den deutschen Bundestag
- 2 auf, Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- 3 vollumfänglich in den Kreis der absolut geschützten Berufsgeheimnisträger
- 4 aufzunehmen – gleichrangig mit Rechtsanwälten, Geistlichen, Journalisten und
- 5 Abgeordneten. Eine im aktuellen Entwurf eines Gesetzes zur Reform des
- 6 Nachrichtendienstes vorgesehene abgestufte „Abwägunslösung“ (nur relativer
- 7 Schutz) für Heilberufe im Sinne einer Einteilung von
- 8 Zeugnisverweigerungsberechtigten in Schutzklassen erster und zweiter Ordnung
- 9 lehnt die Vertreterversammlung entschieden ab. Die Vertreterversammlung
- 10 unterstützt daher ausdrücklich die ablehnende Stellungnahme der KBV zum
- 11 Referentenentwurf sowie die gleichgerichtete Kritik von Bundesärztekammer und
- 12 Apothekerschaft und bittet den Vorstand, gemeinsam mit den Kammern und
- 13 Berufsverbänden mit Nachdruck auf die Korrektur des Gesetzentwurfs im
- 14 parlamentarischen Verfahren hinzuwirken.

Begründung

Für die Aufteilung der Berufsgeheimnisträger in zwei Klassen mit absolutem Schutz vor nachrichtendienstlicher Überwachung für Rechtsanwälte, Geistliche, Journalisten und Abgeordnete und nur relativem, der Abwägung unterliegenden Schutz für Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gibt es keinen sachlichen Grund, da die Geheimnisträgerstellung auf demselben verfassungsrechtlichen Rechtsgedanken beruht: dem Schutz der Intimsphäre als klassischem Abwehrgrundrecht gegenüber dem Staat. Was uns Patientinnen und Patienten in Anamnese- und Therapiegesprächen anvertrauen, gehört zu den sensibelsten Informationen überhaupt – die verarbeiteten Daten sind von mindestens gleicher Sensibilität wie die eines Mandats- oder Beichtverhältnisses. Eine Differenzierung ist verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen. Hinzu kommt: Wo staatliche Schutzinteressen es erfordern, bestehen bereits heute Offenbarungspflichten und -befugnisse, etwa bei der unmittelbaren Androhung erheblicher Straftaten, ein zusätzlicher nachrichtendienstlicher Zugriff auf das Sprechzimmer ist dafür weder erforderlich noch verhältnismäßig.

TOP 2 - Antrag 5: Schutz des ärztlichen und psychotherapeutischen Vertrauensverhältnisses im Zuge der Reform des Nachrichtendienstrechts

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 Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fordert den
- 2 Gesetzgeber auf, im Rahmen der Reform des Nachrichtendienstrechts
- 3 sicherzustellen, dass das ärztliche und psychotherapeutische
- 4 Vertrauensverhältnis umfassend geschützt wird.
- 5 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen in
- 6 Bezug auf den Schutz ihrer Vertrauensbeziehungen gegenüber Patientinnen und
- 7 Patienten den Angehörigen anderer Berufsgruppen mit besonderem gesetzlichem
- 8 Vertrauensschutz, insbesondere Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten, Geistlichen
- 9 sowie Journalistinnen und Journalisten, gleichgestellt werden.
- 10 Zugriffsmöglichkeiten der Nachrichtendienste auf Geschäftsräume, digitale
- 11 Infrastrukturen oder Dienstanbieter dürfen nicht dazu führen, dass in Praxen und
- 12 medizinischen Einrichtungen hochsensible Patientendaten ohne zusätzliche,
- 13 wirksame und rechtsstaatlich abgesicherte Schutzmechanismen erhoben, verarbeitet
- 14 oder ausgewertet werden können.
- 15 Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fordert
- 16 Bundesregierung und Gesetzgeber daher auf, Ärztinnen und Ärzte sowie
- 17 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Nachrichtendienstrecht
- 18 ausdrücklich in den höchsten Schutzbereich für besondere Vertrauensverhältnisse
- 19 einzubeziehen und sicherzustellen, dass Patientengeheimnis, Schweigepflicht und
- 20 Datenschutz auch gegenüber nachrichtendienstlichen Zugriffen wirksam gewahrt
- 21 bleiben.

Begründung

Der Gesetzentwurf zur Reform des Nachrichtendienstrechts vom 5. Juli 2026 sieht neue Schutzklassen für Vertrauensbeziehungen und Zeugnisverweigerungsberechtigte vor. Zugleich sollen Nachrichtendienste erweiterte Zugriffsrechte erhalten. Die Ärzteschaft und Psychotherapeutenchaft erkennt an, dass Anpassungen des Nachrichtendienstrechts angesichts veränderter Bedrohungslagen der inneren und äußeren Sicherheit erforderlich sein können.

Eine wirksame ärztliche und psychotherapeutische Behandlung setzt jedoch zwingend voraus,

dass Patientinnen und Patienten sich ihren Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten offen, vorbehaltlos und ohne Angst vor staatlicher Einsichtnahme anvertrauen können. Gesundheitsdaten gehören zu den besonders sensiblen personenbezogenen Daten. Ihr Schutz ist Voraussetzung für eine vertrauensvolle Behandlung, für die Patientensicherheit und für die Funktionsfähigkeit der ambulanten Versorgung.

Ein unzureichender Schutz des ärztlichen und psychotherapeutischen Vertrauensverhältnisses würde nicht nur einzelne Behandlungsbeziehungen belasten, sondern könnte auch das Vertrauen der Bevölkerung in die Digitalisierung des Gesundheitswesens nachhaltig beeinträchtigen. Gerade bei elektronischen Patientenakten, digitalen Kommunikationswegen und cloudbasierten Dienstleistern muss ausgeschlossen sein, dass der Ausbau digitaler Strukturen zu einer Schwächung des Patientengeheimnisses führt.

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hält es daher für unabdingbar, dass der Gesetzgeber klare rechtliche Grenzen, effektive Kontrollmechanismen und einen gleichwertigen Schutz medizinischer und psychotherapeutischer Vertrauensbeziehungen vorsieht. Das bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Patientinnen und Patienten und den sie behandelnden Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darf durch die Reform des Nachrichtendienstrechts nicht gefährdet werden.

TOP 2 - Antrag 6: Versorgungskapazitäten für Patienten statt für neue Bescheinigungspflichten – Arbeitsunfähigkeit und Facharzttermine sach- und bedarfsgerecht regeln

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 Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fordert die
- 2 Bundesregierung auf, von einer generellen Verpflichtung zur ärztlichen
- 3 Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ab dem ersten Krankheitstag sowie von der
- 4 Abschaffung der telefonischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung abzusehen.
- 5 Die politische Diskussion über hohe Krankenstände und steigende Aufwendungen der
- 6 Arbeitgeber für Entgeltfortzahlung ist berechtigt. Maßnahmen zur Senkung von
- 7 Lohnnebenkosten müssen jedoch dort ansetzen, wo tatsächlich relevante Ursachen
- 8 und Steuerungsmöglichkeiten bestehen. Es ist weder sachgerecht noch
- 9 wirtschaftlich sinnvoll, hierfür zusätzliche medizinisch nicht erforderliche
- 10 Arztkontakte zu erzeugen und knappe ambulante Versorgungskapazitäten mit
- 11 administrativen Aufgaben zu binden.
- 12 Die Vertreterversammlung wendet sich zugleich gegen die sachfremde politische
- 13 Verknüpfung einer AU-Bescheinigungspflicht ab dem ersten Krankheitstag mit einer
- 14 sogenannten Facharzt- oder Termingarantie. Eine solche Garantie ist nicht
- 15 bedarfsgerecht und müsste zunächst beantworten, was medizinisch, in welcher
- 16 Frist, für welche Patientengruppen und durch wen garantiert werden soll. Die
- 17 Vergabe knapper Behandlungskapazitäten muss sich auch künftig vorrangig nach
- 18 medizinischer Dringlichkeit und Behandlungsbedarf richten.
- 19 Politisch geforderte pauschale Termingarantien ohne Bedarfsermittlung und
- 20 Steuerungslogik sowie ohne ausreichende Finanzierung werden daher für den
- 21 Großteil der Patientinnen und Patienten zu insgesamt längeren Wartezeiten
- 22 führen.
- 23 Die Vertreterversammlung fordert deshalb:
- 24 1. den Verzicht auf eine generelle Verpflichtung zur ärztlichen Feststellung
- 25 der Arbeitsunfähigkeit bereits am ersten Krankheitstag;
- 26 2. die dauerhafte Beibehaltung der telefonischen AU für bekannte Patientinnen
- 27 und Patienten bei medizinisch geeigneten Erkrankungen und unter ärztlicher
- 28 Verantwortung;
- 29 3. bei der geplanten Primärversorgung und Terminsteuerung eine klare
- 30 Priorisierung nach medizinischer Dringlichkeit anstelle pauschaler

- 31 gesetzlicher Termingarantien;
- 32 4. eine verlässliche und vollständige Finanzierung zusätzlicher
- 33 beziehungsweise besonders kurzfristig bereitgestellter
- 34 Behandlungskapazitäten sowie die Wiederherstellung wirksamer
- 35 Vergütungsanreize für Terminvermittlung und kurzfristige Versorgung durch
- 36 die Terminservicestelle;
- 37 5. die konsequente Entlastung der Praxen von nicht medizinisch erforderlichen
- 38 Bescheinigungs-, Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben.

Begründung

Die politische Diskussion über hohe Krankenstände und steigende Lohnnebenkosten ist berechtigt. Eine generelle Pflicht zur ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ab dem ersten Krankheitstag und die Abschaffung der telefonischen AU setzen jedoch am falschen Punkt an. Nach Analysen des Zi machen telefonische AU-Bescheinigungen lediglich **0,8 bis 1,2 Prozent aller AU-Bescheinigungen** aus; wesentliche Ursachen für den Anstieg der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsfälle waren vielmehr Infektionswellen und eine vollständigere Erfassung durch die eAU.

Eine AU-Pflicht ab dem ersten Krankheitstag würde zusätzliche, medizinisch vielfach nicht erforderliche Arztkontakte erzeugen. Gerade angesichts knapper personeller Ressourcen und einer bereits hohen administrativen Belastung der Praxen wäre es kontraproduktiv, ärztliche Arbeitszeit für zusätzliche Bescheinigungspflichten zu binden. **Wer Lohnnebenkosten senken will, sollte dies mit geeigneten arbeitsmarkt-, sozial- und wirtschaftspolitischen Instrumenten tun und die Kosten nicht in Form zusätzlicher Inanspruchnahme in die ambulante Versorgung verlagern.**

Ebenso wenig überzeugt die politische Verknüpfung dieser Frage mit einer sogenannten Facharzt- oder Termingarantie. Bereits heute zeigen die Daten der Terminvermittlung, dass gezielte Steuerung funktioniert: 2025 wurden über die 116117 rund **1,84 Millionen Termine** vermittelt, bei einer durchschnittlichen Wartezeit von **8,6 Tagen**; bei hausärztlich vermittelten Facharztterminen erfolgten **87 Prozent innerhalb von 14 Tagen**. Entscheidend ist daher nicht eine pauschale Garantie, sondern eine Terminsteuerung nach medizinischer Dringlichkeit und Bedarf.

Besonders widersprüchlich ist es, schnellere Termine politisch einzufordern und gleichzeitig die dafür geschaffenen Vergütungsanreize abzuschaffen. Zum 1. Januar 2027 entfallen die TSVG-Zuschläge und weitere Vergütungsregelungen für die kurzfristige Terminvermittlung; nach Angaben der KBV bedeutet dies für die Praxen einen Honorarverlust von rund **1,64 Milliarden Euro jährlich**. **Wer zusätzliche oder besonders kurzfristige Versorgung verbindlich einfordert, darf die Finanzierungsgrundlage nicht – wie durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz geschehen – entziehen.**

Die Vertreterversammlung fordert deshalb eine Politik, die medizinisch unnötige Pflichtkontakte vermeidet, die vorhandenen Instrumente der Patientensteuerung stärkt und zusätzliche Versorgungsleistungen verlässlich finanziert. **Ärztliche Kapazität muss in erster Linie für die Behandlung von Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen – nicht für zusätzliche**

Bescheinigungspflichten und ungedeckte Leistungsversprechen.

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 2027

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 2027
- 3 entsprechend der in den vorliegenden Anlagen enthaltenen Regeln aus dem Jahr
- 4 2026 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 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 12. Juni 2020 beschlossen.

Gemäß § 295 Abs. 4 Satz 4 SGB V sind die Kodiervorgaben jährlich zu aktualisieren. An den Kodiervorgaben selbst hat sich seit dem VV-Beschluss von 2020 inhaltlich nichts geändert. Die Anlage I: Prüfregele aus der Kodierregelwerk (KRW) -Stammdatei zur Gewährleistung einer sachgerechten Diagnosenverschlüsselung nach ICD-10-GM und die Anlage II: Prüfregele aus dem Anforderungskatalog zur Anwendung der ICD-10-GM und der ICD-10-Stammdatei der Kassenärztliche Bundesvereinigung zum Umgang mit Dauerdiagnosen wurden jährlich aktualisiert. Für die Weiterentwicklung zu 2027 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung die in den vergangenen Jahren im Rahmen der Benehmens- und Einvernehmensherstellung eingegangenen Stellungnahmen herangezogen. Darüber hinausgehende Hinweise zur Anpassung des derzeitigen Regelwerks sind nicht eingegangen. Da die Weiterentwicklung der ICD-10-GM im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in diesem Jahr ausgesetzt ist, ergibt sich daraus keine Veranlassung für eine Aktualisierung. Von den bereits vorliegenden Ergänzungsvorschlägen wurde ein Teil bereits in früheren Überarbeitungen berücksichtigt und ist Bestandteil der geltenden Prüfregele. Andere Anregungen sind nicht mit der Regelstruktur der Kodiervorgaben vereinbar und würden eine grundlegende Änderung der bestehenden Regellogik erfordern. Einige wenige Vorschläge sind fachlich positiv zu bewerten und prinzipiell zur Aufnahme in das Regelwerk vorgesehen.

Nach dieser Gesamtbewertung wurden sowohl in der Anlage I als auch in der Anlage II die

Prüfregeln aus 2026 ohne Anpassungen für das Jahr 2027 beibehalten. Die positiv bewerteten vorliegenden Ergänzungsvorschläge zu eher seltenen bzw. unspezifischen ICD-10-Kodes sollen im Rahmen einer künftigen Aktualisierung der Kodiervorgaben weiterverfolgt werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat zu diesem Vorgehen zur Anpassung der Kodiervorgaben nach § 295 SGB V in diesem Jahr das Einvernehmen erklärt. Das Benehmen mit dem BfArM, der DKG und dem GKV-Spitzenverband wurde hergestellt.

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

Antragsteller:	Finanzausschuss der KBV, Vorstand der KBV	
Status:	angenommen	
TOP:	TOP 4.1 - Jahresrechnung der KBV für das Jahr 2025	
Abstimmung:	Ja:	52,83
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

- 1 1. Die Jahresrechnung für das Jahr 2025 bestehend aus Bilanz zum 31.12.2025
- 2 und Erfolgsrechnung für das Jahr 2025 sowie die Haushaltsrechnung über die
- 3 Investitionen werden entgegengenommen.
- 4 2. Die überplanmäßigen Ausgaben des Jahres 2025, die in der vorliegenden
- 5 Anlage „Über- und
- 6 außerplanmäßige Ausgaben für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2025“
- 7 im Finanzbericht dargestellt sind, werden genehmigt.
- 8 3. Die nicht verbrauchten Verwaltungskosten des Jahres 2025 in Höhe von
- 9 insgesamt 6.402.293,07 EUR werden der zweckgebundenen Rücklage zur
- 10 Finanzierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Organisation und
- 11 Kommunikation aller Aufgaben rund um die Angebote zur 116117 zugeführt.
- 12 4. Dem Vorstand der KBV wird für das Jahr 2025 Entlastung erteilt.

Begründung

Der Finanzausschuss hat die Jahresrechnung für das Jahr 2025 in seiner Sitzung am 30.06.2026 beraten und verabschiedet. Er empfiehlt der Vertreterversammlung, diese zu genehmigen und dem Vorstand für das Haushaltsjahr 2025 Entlastung zu erteilen.