
TOP 2	Bericht an die Vertreterversammlung der KBV
Antrag 1	Strukturwandel gemeinsam bewältigen
von:	Vorstand der KBV, Vertreterversammlung der KBV

Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für eine moderne Gesundheitsversorgung in Deutschland – Ein Acht-Punkte-Programm auf der Basis des Konzepts „KBV 2020 – Versorgung gemeinsam gestalten“

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

1. Die KBV fordert ein ausdrückliches Bekenntnis der Politik zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland nach den Prinzipien der freiberuflichen Berufsausübung vornehmlich in inhabergeführten Praxen und auf der Basis einer funktionierenden Selbstverwaltung.
2. Angesichts der Zunahme ambulanter Behandlungen und gleichzeitig bestehenden Überkapazitäten im Krankenhausbereich müssen die ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht angepasst werden. Insbesondere die Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungsbereichen durch eine Weiterentwicklung des Belegarztwesens, in dem auch hausärztliche Kompetenz eingebunden werden muss, kann den Strukturwandel im Sinne der Ambulantisierung vorantreiben.
3. Dem gesetzlich verankerten Prinzip „ambulant vor stationär“ muss durch eine kooperative Weiterentwicklung des ambulanten Not- und Bereitschaftsdienstes mit allen Beteiligten Geltung verschafft werden. Ziel ist eine bedarfsgerechte Behandlung der Patienten sowie die Vermeidung unnötiger und zudem teurerer Krankenhausbehandlungen.
4. Die Bedarfsplanung muss von einer reinen Zulassungsplanung zu einer echten Bedarfsplanung weiterentwickelt werden. Die Festlegung des Bedarfs darf sich nicht ausschließlich an der Demografie der Bevölkerung orientieren, sondern ist um indikationsbezogene Parameter und regionale Strukturparameter zu ergänzen. Zusätzliche Arzt- und Psychotherapeutenstellen müssen gegenfinanziert werden.
5. Die Budgetierung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistung muss beendet werden. Um dem steigenden ambulanten Behandlungsbedarf zu begegnen, ist eine bedarfsgerechte Koordination der Inanspruchnahme ärztlicher Leistung erforderlich. Der EBM ist entsprechend anzupassen.
6. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen muss auf wirkliche Innovationen ausgerichtet sein und den Kriterien sicher, aufwandsneutral und nutzbringend entsprechen sowie Interoperabilität gewährleisten. Hierfür wird die KBV innovative, der Versorgung dienende Lösungen vorschlagen.
7. Die Maßnahmen zur Nachwuchsgewinnung von Ärzten für die ambulante Tätigkeit müssen erweitert, das Medizinstudium stärker an der Patientenversorgung ausgerichtet und die Förderung der ambulanten Weiterbildung ausgebaut werden.

<input checked="" type="checkbox"/> angenommen	<input type="checkbox"/> abgelehnt	..... einstimmig	Ja-Stimmen
<input type="checkbox"/> Vorstandsüberweisung	<input type="checkbox"/> Nichtbefassung	..... keine	Nein-Stimmen
<input type="checkbox"/> zurückgezogen	<input type="checkbox"/> Vertagung	..... keine	Enthaltungen

8. Die Kooperation mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen durch Delegation muss optimiert werden, um die flächendeckende ambulante Versorgung bei zunehmender Ambulantisierung der Medizin und entsprechender Anpassungen der Versorgungsstrukturen weiter aufrechterhalten zu können.

Begründung:

Die Auswirkungen des demografischen Wandels sind bereits jetzt deutlich spürbar. Immer weniger berufstätige Menschen stehen einer wachsenden Zahl immer älter werdender Bürger gegenüber. Diese Situation wird sich verschärfen, wenn die sogenannten Baby-Boomer in etwa 15 Jahren in Rente gehen, die derzeit den größten Teil der Arbeitnehmer stellen. So wird nach einer Prognose des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2035 mehr als jeder dritte Einwohner 70 Jahre und älter sein. Auch vor den Angehörigen der Gesundheitsberufe macht die demografische Entwicklung nicht Halt. Folglich wird sich der Mangel an Ärzten, Psychotherapeuten sowie nichtärztlichen Fach- und Pflegekräften verstärken. Hinzu kommt der Trend zum Leben in der Stadt mit der Folge, dass auf dem Land die Bevölkerung ausgedünnt und die Infrastruktur zurückgebaut wird, was wiederum die Abwanderung forciert. Auch die sozialen und familiären Strukturen im Zusammenleben der Menschen ändern sich; so nimmt der Anteil der Single-Haushalte und der Alleinerziehenden zu.

Diese Entwicklungen haben zum Teil erhebliche Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Bürger im Land. Deutschland verfügt über eine auch im internationalen Vergleich hochwertige flächendeckende Gesundheitsversorgung. Um diese zu erhalten, muss es gelingen, den demografischen Wandel mit einem Strukturwandel in der medizinischen Versorgung zu begleiten.

Dazu gehört, dass die ambulanten und stationären Strukturen dem sich ändernden Bedarf an medizinischer Versorgung angepasst werden, die ambulante Notfallversorgung weiterentwickelt und die Bedarfplanung überprüft wird. Die Budgetierung der vertragsärztlichen Vergütung muss beendet werden, um dem wachsenden ambulanten Behandlungsbedarf angemessen Rechnung zu tragen. Dies erfordert gleichzeitig eine bessere Koordinierung der Patienten bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Zudem muss die Attraktivität aller Gesundheitsberufe erhöht und weiterentwickelt sowie das Zusammenwirken von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen optimiert werden.

Die Grundvoraussetzung für einen erfolgreichen Strukturwandel ist, dass die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung weiterhin nach den Prinzipien der freiberuflichen Berufsausübung erfolgt – und zwar auf der Basis einer funktionierenden Selbstverwaltung vornehmlich in inhabergeführten Praxisstrukturen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten.

TOP 2	Bericht an die Vertreterversammlung der KBV
Antrag 2	Weiterentwicklung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes
von:	Vorstand der KBV

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Die Versorgung von Patienten mit nicht-lebensbedrohlichen Erkrankungen außerhalb der Sprechstundenzeiten ist Bestandteil des Sicherstellungsauftrages der Vertragsärzteschaft. Auf Bundesebene haben alle KVen im Jahr 2012 die Einrichtung der bundesweit erreichbaren Rufnummer 116117 beschlossen, deren Aufwände bislang alleinig durch die Vertragsärzteschaft getragen werden. Zahlreiche regionale Modelle zeigen, dass letztlich nur durch die Entscheidungsfindung vor Ort angemessene Lösungen gefunden werden können.

Zur sinnvollen Ergänzung der bisherigen Angebote zur Versorgung von Versicherten im Bereitschaftsdienstfall bedarf es jedoch weiterer, ggf. auch gesetzgeberischer, Unterstützungen, um sowohl wirtschaftliche als auch qualitativ hochwertige Versorgungsangebote, die bereits zahlreich existieren, sichern oder aber weitere etablieren zu können. Für die Organisation dieser Angebote ist eine enge Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung unabdingbar.

Die Vertreterversammlung der KBV beauftragt deshalb den Vorstand mit der:

- Erstellung von Szenarien zur Konzentration ambulanter Bereitschaftsdienstpraxen als Portale zur Notfallversorgung an dafür geeigneten Krankenhäusern
- Schaffung notwendiger rechtlicher Grundlagen zum Eigenbetrieb von Bereitschaftspraxen durch die KVen einschließlich der Öffnung der Praxen zu Sprechstundenzeiten, ausschließlich subsidiär zur vertragsärztlichen Versorgung
- Öffnung der deutschlandweiten Bereitschaftsdienstnummer 116117 auch tagsüber bei regional angepasster Umsetzung der dahinterliegenden Versorgungsangebote, z. B. durch telefonische medizinische Beratung
- Schaffung der notwendigen rechtlichen Grundlagen zur Gleichstellung von 112 und 116117, zur Kostenübernahme der Telefonie und der notwendigen Ortung von Mobilfunkanrufen
- Erstellung von Patienteninformationen online (116117info.de) oder per App zur Selbsteinschätzung, zur Arztsuche, zu Praxisöffnungszeiten, zu Standorten von Bereitschaftsdienstpraxen sowie zu den Grundlagen der Inanspruchnahme von Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten
- Überprüfung von Konzepten zur medizinischen Ersteinschätzung am Telefon einschließlich der Bedeutung des Fernbehandlungsverbots für Erstkontakte
- Maßnahmen zur angemessenen Finanzierung der Notfallversorgung durch extrabudgetäre Vergütung

<input checked="" type="checkbox"/> angenommen	<input type="checkbox"/> abgelehnt	<u> </u> mehrheitlich	Ja-Stimmen
<input type="checkbox"/> Vorstandsüberweisung	<input type="checkbox"/> Nichtbefassung	<u> </u> keine	Nein-Stimmen
<input type="checkbox"/> zurückgezogen	<input type="checkbox"/> Vertagung	<u> </u> 1	Enthaltung

Begründung:

Die Vertragsärzteschaft Deutschlands bekennt sich klar zum Sicherstellungsauftrag im Bereich des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Der zunehmenden direkten Inanspruchnahme der Notfallversorgung durch Patienten muss durch neue Versorgungsansätze so begegnet werden, dass das für den jeweiligen Fall angemessene Versorgungsangebot schnell und wirtschaftlich erreichbar ist. Ziel muss es dabei stets sein, Patienten in nicht lebensbedrohlichen Fällen zunächst vertragsärztlich zu versorgen und stationäre Aufnahmen zu vermeiden.

Neben der Verbesserung um die Kenntnis der Strukturen der Notdienstversorgung sind dezidierte Informationsangebote zu häufigen Beratungsanlässen in Bereitschaftsdienstpraxen zu schaffen. Die Standorte solcher Praxen sollten an gut erreichbaren stationären Einrichtungen angegliedert und verbindlich in den organisatorischen Ablauf der Patientenaufnahme am Krankenhaus integriert sein. Ungezielte Parallelangebote in räumlicher Nähe zu Lasten des vertragsärztlichen Honorars sind dabei auszuschließen. Beides setzt klare gesetzgeberische Rahmenseetzungen voraus, die bislang noch nicht gegeben sind. Dazu gehört ebenfalls die sektorenübergreifende Diskussion von Notfallstrukturen im gemeinsamen Bundesausschuss, die bislang ausschließlich den stationären Sektor betrifft.

Wo notwendig, kann die 116117 durch besonders geschulte Ärzte am Bereitschaftsdiensttelefon und digitale Informationsangebote ergänzt werden. Die Möglichkeiten einer telefonischen Triage nach dem Schweizer oder dänischen Modell sind zu prüfen.

Grundlage jeder medizinischen Versorgung ist die Sicherung einer ausreichenden Finanzierung. Derzeit trägt die Vertragsärzteschaft alleinig die Kosten der Rufnummer 116117. Die uneingeschränkte Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes führt darüber hinaus auch aufgrund der deutlich höheren Kosten in der Notfallversorgung zu einer deutlichen finanziellen Mehrbelastung der Vertragsärzteschaft. Es muss daher für eine angemessene Lastenverteilung gesorgt werden.

TOP 2	Bericht an die Vertreterversammlung der KBV
Antrag 3	Physician Assistant als arztentlastender Gesundheitsberuf
von:	Vorstand der KBV

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Die Vertreterversammlung der KBV nimmt das Konzept "Physician Assistant – ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen" zustimmend zur Kenntnis. Der Vorstand wird beauftragt, ärztlich verantwortete ambulante Delegationsmodelle für das Berufsbild Physician Assistant (PA) entwickeln zu lassen.

Begründung:

In einer gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung wurde das Berufskonzept des PA nach den Beschlüssen des Deutschen Ärztetags und der Vertreterversammlung der KBV als Delegationsmodell zur Arztentlastung und -unterstützung unter ärztlicher Aufsicht ausgestaltet. Es enthält neben einer Begründung des Berufsbilds und der Darstellung der (rechtlichen) Delegationsvoraussetzungen den Tätigkeitsrahmen, die verbindlichen Studieninhalte und die zu vermittelnden Kompetenzen. Die Kompetenzen sind in Anlehnung an den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKL 2015) formuliert. Für die Zulassung zum Studium wird eine dreijährige erfolgreich abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf, z. B. als Medizinische Fachangestellte vorausgesetzt. Eine grundständige Ausbildung zum PA, die derzeit von privaten Hochschulen zusätzlich angeboten wird, wird abgelehnt. Die Deutsche Hochschulkonferenz Physician Assistance (DHPA) war durch Vertreter von drei Hochschulen beteiligt.

Im Unterschied zu bestehenden und angekündigten akademisierten Gesundheitsberufen (z. B. akademisierte Pflege, advanced nurse practitioner) wird mit dem Arztassistent ein arztentlastender Beruf etabliert, der in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem beauftragenden Arzt konkrete Tätigkeitsfelder umfasst und keine neue Schnittstellen- und Sektorenprobleme nach sich zieht. Zur konkreten Implementierung dieses Berufsbilds in die vertragsärztliche Versorgung soll der Vorstand der KBV entsprechende curriculäre Ausbildungsprofile in Abstimmung mit den Fachgruppen und den Hochschulen entwickeln.

<input checked="" type="checkbox"/> angenommen	<input type="checkbox"/> abgelehnt	<u>mehrheitlich</u>	Ja-Stimmen
<input type="checkbox"/> Vorstandsüberweisung	<input type="checkbox"/> Nichtbefassung	<u>1</u>	Nein-Stimme
<input type="checkbox"/> zurückgezogen	<input type="checkbox"/> Vertagung	<u>5</u>	Enthaltungen

TOP 2	Bericht an die Vertreterversammlung der KBV
Antrag 4	Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/Psychotherapeut und Patientinnen und Patienten schützen – Bundeskriminalamtgesetz braucht Überarbeitung
von:	Vertreterversammlung der KBV

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fordert die Abgeordneten des Deutschen Bundestages auf, das am 27. April 2017 verabschiedete Bundeskriminalamtgesetz in der kommenden Legislaturperiode dahingehend zu novellieren, dass Ärzten und Psychotherapeuten als Berufsheimnisträgern der gleiche strikte verfassungsrechtliche Schutz gegenüber Ausspähung und Überwachung durch staatliche Dienste eingeräumt wird wie Geistlichen, Bundestagsabgeordneten und Rechtsanwälten.

Begründung:

Das verabschiedete Bundeskriminalamtgesetz ermöglicht ermittelnden Behörden verdeckte Eingriffe in die informationstechnischen Systeme einer Praxis, Durchsuchungen der Praxisräume und andere Überwachungsmaßnahmen. Diese Überwachungsmöglichkeiten führen zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisse Arzt/Psychotherapeut und Patientinnen und Patient. Das Bundesverfassungsgericht hatte dem Gesetzgeber in seinem Urteil vom 20. April 2016 aufgegeben, im BKA-Gesetz besondere Regelungen zum Schutz des Kernbereichs privater Lebensgestaltung sowie einen Schutz von Berufsheimnisträgern vorzusehen.

Das jetzt verabschiedete Bundeskriminalamtgesetz (BKAG) setzt diesen Schutz nur unzureichend um.

Das vertrauensvolle Gespräch der Patientinnen und Patienten mit dem Arzt/Psychotherapeuten ist Voraussetzung für medizinisches und psychotherapeutisches Handeln in unseren Praxen. Nur Patientinnen und Patienten, die sich sicher sein können, dass persönliche Informationen nicht an Dritte gelangen werden sich im für die Behandlung notwendigen Maße anvertrauen können und bereit sein Angaben über die private Lebensführung anzuvertrauen. Die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht ist unabdingbar; sie kann nicht Gegenstand einer Abwägungsentscheidung sein.

<input checked="" type="checkbox"/> angenommen	<input type="checkbox"/> abgelehnt	..... einstimmig	Ja-Stimmen
<input type="checkbox"/> Vorstandsüberweisung	<input type="checkbox"/> Nichtbefassung	..... keine	Nein-Stimmen
<input type="checkbox"/> zurückgezogen	<input type="checkbox"/> Vertagung	..... keine	Enthaltungen

TOP 2	Bericht an die Vertreterversammlung der KBV
Antrag 5	Weiterentwicklung des Belegarztsystems
von:	Dr. Hellmann, Dr. Schmelz, Dr. Metke, Dr. Stiasny, Hr. Plassmann

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird aufgefordert, das moderne kooperative Belegarztwesen zu fördern und für dessen zukunftsfähige Finanzierung zu sorgen.

Das kooperative Belegarztwesen bietet bereits heute alle Voraussetzungen für eine moderne hochqualitative, versorgungsbereichsübergreifende Gesundheitsversorgung. Eine Weiterentwicklung eines reformierten Belegarztwesens kann darüber hinaus vielerorts der Schlüssel für die Lösung der wachsenden Herausforderung der Sichererstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen, auch der hausärztlichen Versorgung sein.

Gleichzeitig soll durch eine begleitende Versorgungsforschung Transparenz über die hohe Qualität und den Nutzen des Belegarztwesens für die sektorenverbindende integrative Patientenversorgung geschaffen sowie die notwendigen Erkenntnisse für deren stetige Weiterentwicklung und Optimierung gewonnen werden.

Der Vorstand möchte darauf hinwirken, bestehende gesetzliche und untergesetzliche Hürden wie insbesondere die systematische Benachteiligung der Belegärztinnen und Belegärzte bei der Erbringung spezieller innovativer Leistungen durch deren Unterwerfung unter den Erlaubnisvorbehalt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 SGB V, im Sinne eines fairen Wettbewerbs anzupassen bzw. zu beseitigen.

Begründung:

In den letzten Jahren wurden vielfältige Versuche unternommen, die sektoralen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden. Dabei trifft das kooperative Belegarztssystem auf gesetzliche und untergesetzliche Hindernisse, die es dabei beeinträchtigen, seine vielfältigen Vorteile und Potenziale ganz auszuspielen.

Das Belegarztssystem kann viele sich zukünftig verstärkende Probleme lösen:

Es kann u. a. Versorgungsengpässe besonders in ländlichen Regionen vermeiden, es verbessert die Qualität der sektorenübergreifenden Versorgung, es steigert die Attraktivität des Arztberufes, macht die ärztliche Weiterbildung abwechslungsreicher und kann die Wirtschaftlichkeit der Behandlung stärken.

<input checked="" type="checkbox"/> angenommen	<input type="checkbox"/> abgelehnt	<u>mehrheitlich</u>	Ja-Stimmen
<input type="checkbox"/> Vorstandsüberweisung	<input type="checkbox"/> Nichtbefassung	<u>keine</u>	Nein-Stimmen
<input type="checkbox"/> zurückgezogen	<input type="checkbox"/> Vertagung	<u>4</u>	Enthaltungen

Für die Patienten bietet das Belegarztsystem Vorteile durch freie Arztwahl auch für die stationäre Versorgung, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und unnötigen Arztwechseln. Das Belegarztwesen ist die einzige Versorgungsstruktur, in welcher die Patientinnen und Patienten über alle Sektoren hinweg durch die gleiche Ärztin bzw. den gleichen Arzt betreut werden.

Das Belegarztsystem bietet somit für Patienten, Ärzte, Krankenhäuser und Kostenträger Vorteile. Es sollten deshalb geeignete Voraussetzungen für ein attraktives und zukunftsfestes Belegarztwesen geschaffen werden.

TOP 2	Bericht an die Vertreterversammlung der KBV
Antrag 7	Ablehnung der Beweislastumkehr bei Kunstfehlern
von:	Dr. Schüürmann

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Die von Staatssekretär Karl-Josef Laumann geforderte Erleichterung einer Beweislastumkehr im Falle eines ärztlichen Behandlungsfehlers und mit dessen Umgang sowie der Forderung einer Bezahlung durch die gesetzlichen Krankenkassen wird abgelehnt. Der Vorstand der KBV wird aufgefordert hierzu Gespräche mit der Regierungskoalition aufzunehmen.

Begründung:

In dem veröffentlichten Statement des Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung Staatssekretär Karl-Josef Laumann vom 9. Mai 2017 wird eine Beweislastumkehr im Falle eines ärztlichen Behandlungsfehlers und mit dessen Umgang die Forderung zur Bezahlung durch die gesetzlichen Krankenkassen wie nachstehend gefordert:

Zitat: „Mit dem Patientenrechtegesetz sind wichtige Regelungen zum Umgang mit Behandlungsfehlern und zur Beweislast verankert worden. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass es für Patienten nach wie vor oftmals schwierig, bisweilen sogar unmöglich ist, zweifelsfrei nachzuweisen, dass ein Behandlungsfehler Ursache für einen erlittenen Schaden ist. Denn ein solcher Nachweis ist in der Medizin kaum zu führen. Fast immer kommen mehrere mögliche Ursachen in Betracht, zum Beispiel wenn Patienten mehrere Arzneimittel einnehmen oder Vorerkrankungen haben. Deshalb müssen die Regelungen zur Beweislast erleichtert werden. Es muss künftig reichen, wenn der Zusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Schaden überwiegend wahrscheinlich ist.“

Den behandelnden Arzt zum Ermittler für ärztliche Behandlungsfehler zu machen, ist konsequent abzulehnen. Eine generelle Beweislastumkehr beschädigt das Patienten-Arzt-Verhältnis und damit das medizinische Wirken massiv und nachhaltig. Durch die daraus resultierende Bedrohung durch Haftpflichtprozesse entstünde eine Defensivmedizin (die einer Rationierung durch Nicht-Behandlung gleichkommt).

Die bestehenden Regelungen sind völlig ausreichend und haben sich bewährt: Es besteht heute schon eine umfangreiche Dokumentationspflicht seitens der Ärzte, ein gesetzliches Akteneinsichtsrecht der Patienten und eine Vollständigkeitspflicht, die – falls keine Vollständigkeit festgestellt wird – bereits heute schon zu Lasten des Behandelnden vermutet wird. Zudem enthält das Patientenrechtegesetz bereits heute schon die Verpflichtung für die Kranken- und Pflegekassen Patienten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen zu unterstützen. Patienten brauchen weniger Schutz gegenüber dem Arzt als vielmehr gegenüber der Politik durch gesetzlich intendierte Leistungsausschlüsse. Und Patienten brauchen Schutz vor den gesetzlichen Krankenkassen, insbesondere bei der Genehmigung von Leistungen. Viel zu oft werden Leistungen leichtfertig zugesichert und dann die Verantwortung auf die Ärzte übertragen.

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> angenommen | <input type="checkbox"/> abgelehnt | <i>mehrheitlich Ja-Stimmen</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Vorstandsüberweisung</i> | <input type="checkbox"/> <i>Nichtbefassung</i> | <i>keine Nein-Stimmen</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>zurückgezogen</i> | <input type="checkbox"/> <i>Vertagung</i> | <i>4 Enthaltungen</i> |

TOP 8	Zertifizierungsrichtlinie der KBV
Antrag 1 neu	Inkraftsetzung der Zertifizierungsrichtlinie der KBV
von:	Vorstand der KBV

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Die Zertifizierungsrichtlinie der KBV wird in der beigefügten Fassung beschlossen. Die Gebühren und Auslagen der Kassenärztlichen Vereinigungen sind von der Verwaltungskostenumlage erfasst.

Der Vorstand der KBV kann nach Abstimmung mit den KVen Durchführungsbestimmungen erlassen.

Begründung:

Die KBV führt Zertifizierungen in den unterschiedlichen Themenbereichen durch und legt die Themen sowie die wichtigsten Regularien hierfür in einer Richtlinie fest, welche durch die Vertreterversammlung der KBV beschlossen werden muss. Die beigefügte Fassung der Zertifizierungsrichtlinie wurde vollständig überarbeitet, sodass eine zukünftige Befassung der Vertreterversammlung der KBV nur bei grundlegenden Änderungen notwendig werden sollte – beispielsweise wenn neue Themen zur Zertifizierung angeboten werden oder Änderungen an den aufgeführten Kostenrahmen zu beschließen sind.

Durch den Beschluss der Zertifizierungsrichtlinie in der beigefügten Fassung wird es der KBV insbesondere ermöglicht, Zertifizierungen in den folgenden neuen Themenbereichen durchzuführen:

- Sektorzulassung für den SMC-B Ausgabeprozess (Praxisausweis) der Kassenärztlichen Vereinigungen, welche durch Trust-Service-Provider zu erbringen sind,
- Archivierungs- und Systemwechsel- und Interoperabilitätsschnittstellen sowie
- Digitale Muster der Anlage 2b des BMV-Ä.

Neben den beiden ersten aufgeführten Themen, welche ihren Ursprung im eHealth-Gesetz haben, ermöglicht die Zertifizierung der digitalen Muster der Anlage 2b des BMV-Ä den Start der digitalen Labor-kommunikation zum 1. Juli 2017.

Anlage

Zertifizierungsrichtlinie der KBV

<input checked="" type="checkbox"/> angenommen	<input type="checkbox"/> abgelehnt	<u> </u> einstimmig	Ja-Stimmen
<input type="checkbox"/> Vorstandsüberweisung	<input type="checkbox"/> Nichtbefassung	<u> </u> keine	Nein-Stimmen
<input type="checkbox"/> zurückgezogen	<input type="checkbox"/> Vertagung	<u> </u> keine	Enthaltungen