

TOP 2 - Antrag 1: Der ärztliche Bereitschaftsdienst braucht Sicherheit

Antragsteller*in:	Vorstand der KBV (Nr. 1210)	
Status:	angenommen	
Abstimmung	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

- 1 1. Die Vertreterversammlung der KBV fordert, dass ärztliche Dienste im
2 Bereitschaftsdienst als wichtige Dienstleistung für die Allgemeinheit von der
3 Sozialversicherungspflicht ausgenommen werden. § 23c SGB IV ist in diesem Sinne
4 anzupassen.
- 5 2. Die Vertreterversammlung fordert eine auskömmliche Finanzierung des ärztlichen
6 Bereitschaftsdienstes. Infrastrukturkosten (insb. MFA, Räume, 116117), die durch
7 einen höheren Zentralisierungsgrad entstehen, müssen durch regionale
8 Vereinbarungen refinanziert werden. Insofern ist eine Anpassung des § 105 Abs.
9 1b SGB V erforderlich.
- 10 3. Jedwede Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes muss sowohl die
11 Finanzierbarkeit als auch die Leistbarkeit (insb. Verfügbarkeit von Ärzten) zum
12 Gegenstand haben. Hierzu ist neben dem Einsatz von technischen Mitteln (SMeD,
13 Videosprechstunde) auch darauf hinzuwirken, dass sich der ärztliche
14 Bereitschaftsdienst auf medizinische Sachverhalte konzentriert, die ein Zuwarten
15 auf die nächsten Praxisöffnungszeiten nicht erlauben.
- 16 4. Die Kassenärztlichen Vereinigungen organisieren den Bereitschaftsdienst als
17 Versorgung zwischen den Öffnungszeiten ihrer Mitglieder. Sie können und wollen
18 hierdurch nicht selbst zu Leistungserbringern werden.

Begründung

Durch die Entscheidung des BSG zur Sozialversicherungspflicht im zahnärztlichen Bereitschaftsdienst sind grundlegende Fragen gestellt, die einer politischen Erklärung bedürfen. War der ärztliche Bereitschaftsdienst über lange Jahre als kollegiale Überbrückungsversorgung durch diejenigen Praxen ausgestaltet, die Dienstverpflichtet waren, wurde seitens der Politik und der Patienten ein höherer Grad an Zentralisierung gewünscht und auch normativ vorgegeben.

Die Ärzteschaft bekennt sich grundsätzlich zu dieser Entwicklung. Allerdings muss sichergestellt werden, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen hierdurch nicht selbst zu Leistungserbringern werden, was langfristig der Fall wäre, so man die den Bereitschaftsdienst als sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis charakterisieren würde. Daneben sind die Kosten für die im Rahmen der Zentralisierung erforderliche Infrastruktur im Vergleich zur vorherigen Überbrückungsversorgung stark gestiegen. Es kann allerdings nicht Aufgabe der Ärzteschaft sein, diese Entwicklung allein zu finanzieren, da es hierbei um einen Gemeinwohlbelang von allgemeinem Interesse geht.

Die Lösung für diese Problematik liegt in zwei Anpassungen: Auf der einen Seite muss durch eine

Ergänzung des § 23c SGB IV für den Bereitschaftsdienst die gleiche Grundlogik gelten, wie dies schon heute für den Rettungsdienst der Fall ist. Da beide Situationen auch vergleichbar sind (Dienstverpflichtung mit Allgemeinwohlbezug) ist eine solche Anpassung auch als naheliegend zu charakterisieren.

Auf der anderen Seite bedarf es dringend einer Finanzierung der durch die Zentralisierung ausgelösten Kosten, die insbesondere durch die Anmietung von zentralen Räumlichkeiten, die Einstellung von Personal und die Aufwände für 116117 und Videosprechstunde entstehen.

Dies kann aus Sicht der KBV am besten durch die Herstellung der Schiedsfähigkeit des § 105 Abs. 1b SGB V sichergestellt werden, da hiermit dann erstmals die Verknüpfung von – auch durch die Krankenkassen gewünschter – Versorgungsmitteln mit den hierfür aufzuwendenden Finanzmitteln hergestellt wird.

Durch die Regionalität der Regelung wird ebenso gewährleistet, dass die Finanzierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes auch den regionalen Wünschen und Gegebenheiten entsprechen und an diese angepasst werden kann.

Diese Lösung führt im Ergebnis auch systematisch zu einer richtigen Verortung, da die Regionalität des ärztlichen Bereitschaftsdienstes bisher und auch in Zukunft den Grund für den Erfolg des Bereitschaftsdienstes darstellt.

TOP 2 - Antrag 2: Voraussetzung für eine sinnvolle Digitalisierung

Antragsteller*in:	Vorstand der KBV (Nr. 1210)
Status:	angenommen
Abstimmung	Ja: einstimmig Nein: 0 Enthaltung: 0

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

- 1 Rückwärtsgewandte Instrumente wie Sanktionierungen und Bußgelder gehören nicht in das
- 2 Sozialgesetzbuch.
- 3 Digitalisierung gelingt nur, wenn die Anwendungen der TI praxistauglich sind. Das
- 4 gilt für eRezept und ePA gleichermaßen. Es sind deshalb klare gesetzliche
- 5 Rahmenbedingungen notwendig, die die vom BMG angekündigte Nutzerorientierung der
- 6 Anwendungen und ihr Mehrwert für die Praxen als Maßstäbe der Digitalisierung
- 7 gesetzlich verankern. Es muss sichergestellt werden, dass Anwendungen nur dann
- 8 eingeführt werden, wenn sie gezeigt haben, dass sie im Zusammenwirken mit den
- 9 Diensten der Telematikinfrastruktur störungsfrei funktionieren und keinen Mehraufwand
- 10 für die Praxen nach sich ziehen.
- 11 Die nur in begrenztem Umfang zur Verfügung stehende Zeit von Ärztinnen und Ärzten
- 12 sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten muss der Versorgung der Patientinnen
- 13 und Patienten vorbehalten bleiben. Es muss deshalb sichergestellt werden, dass die
- 14 Krankenkassen ihre Aufgaben zur Information ihrer Versicherten über die elektronische
- 15 Patientenakte nicht in die Praxen verlagern.
- 16 Digitalisierung kann und wird nur dann gelingen, wenn alles, was den Praxen für
- 17 digitale Anwendungen in Rechnung gestellt wird, ohne Wenn und Aber oder Kürzungen
- 18 erstattet wird.

Begründung

Die elektronische Patientenakte kann perspektivisch nur dann zu einem digitalen Werkzeug werden, das die Kommunikation unter den behandelnden Ärzten und Psychotherapeuten und die Versorgung auch praktisch verbessert, wenn die in den Praxen verwendeten PVS-Systeme Qualitätsvorgaben wie Reaktions- und Verarbeitungszeiten verbindlich erfüllen müssen. Hierzu sind klare gesetzliche Vorgaben erforderlich.

Die vorgesehene, automatisch generierte Medikationsliste als Unterstützung für Arzneimittelverordnungen und den elektronischen Medikationsplan kann ein Schritt in die richtige Richtung sein. Der Weg zu einer erfolgreichen ePA ist nur dann gangbar, wenn die Praxen von zusätzlichen Verwaltungsarbeiten im Zusammenhang mit der ePA freigehalten werden.

Die Vorstellung, Digitalisierung im Gesundheitswesen vorantreiben zu können, ohne dass dafür ausreichende Finanzmittel bereitgestellt werden, muss der politischen Verantwortung weichen, dass den Praxen die für die Digitalisierung notwendigen Mittel zur Verfügung gestellt werden.

TOP 2 - Antrag 3: Keine Bußgelder für Vertragsärzte und Psychotherapeuten

Antragsteller*in:	Vorstand der KBV (Nr. 1210), Vertreterversammlung der KBV (Nr. 1100)
Status:	angenommen
Abstimmung	Ja: einstimmig Nein: 0 Enthaltung: 0

- 1 Die Vertreterversammlung lehnt die im Digitalgesetz vorgesehenen Bußgelder im Rahmen
- 2 der Datenübertragung von Gesundheitsdaten an Versicherte selbst, andere
- 3 Leistungserbringer, Datenverantwortlichen einer DiGA/DiPA und Krankenkassen (für
- 4 bestimmte Zwecke) ab. Die Festschreibung von Bußgeldern im SGB V kann nicht der
- 5 richtige Weg sein, um Datenübermittlungen zu gewährleisten.

Begründung

Im Gesetzesentwurf für das neue Digitalgesetz sind in § 397 Abs. 2a Nr. 5 iVm. § 386 Abs. 2 SGB V Bußgelder für den Fall vorgesehen, dass Leistungserbringer – und damit auch Ärzte und Psychotherapeuten – Daten nicht, unvollständig, nicht rechtzeitig oder nicht im richtigen (interoperablen) Format übermitteln.

Die Übermittlungspflicht besteht nach § 386 Abs. 2 SGB V (in der Fassung des Digitalgesetzes) gegenüber dem Versicherten sowie auf dessen Verlangen hin an Digitale Gesundheitsanwendungen, andere Leistungserbringer, Pflegeeinrichtungen oder Krankenkassen.

Inhaltlich bezieht sich die Datenübertragungspflicht auf sämtliche personenbezogenen Gesundheitsdaten und zwar unabhängig von der elektronischen Patientenakte.

Die Bußgelder können bis zu 300Tsd Euro festgelegt werden.

Ganz unabhängig davon, dass – insbesondere in der Frage des richtigen Formats – viele offene Rechtsfragen bestehen, wird es als grundsätzlich falscher Weg erachtet, innerhalb der Datenübertragungsnormen des SGB V selbst Bußgeldandrohungen für Ärzte und Psychotherapeuten vorzusehen.

Schon heute bestehen Datenherausgabeansprüche sowohl nach dem BGB als auch nach Art. 15 DSGVO. Insofern besteht ein hinreichender Schutz etwaiger Ansprüche ohne dass es hierzu ausufernder Bußgeldandrohungen bedürfte (die für Art. 15 DSGVO ohnehin bestehen), die nur als Ausdruck des Misstrauens gegen Ärzte und Psychotherapeuten gewertet werden können.

TOP 2 - Antrag 4: Weiterbildungsoffensive

Antragsteller*in:	Dr. Frank Bergmann (Nr. 31), Dr. Sebastian Sohrab (Nr. 35), Dr. Khaled Abou Lebdi (Nr. 33)	
Status:	angenommen	
Abstimmung	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

- 1 Der KBV Vorstand wird aufgefordert, bis zur Vertreterversammlung im Mai 2024 konkrete
- 2 Vorschläge vorzustellen, wie das drängende Problem der Strukturreform und
- 3 Finanzierung der ambulanten Weiterbildung bei Hausärzten, Fachärzten und
- 4 Psychotherapeuten gelöst werden kann und eine Strategie zur politischen Umsetzung
- 5 vorzustellen.

Begründung

Fachlich: In vielen Fachdisziplinen hat die Ambulantisierung bereits ein Ausmaß erreicht, dass viele Krankheitsbilder bzw. Prozeduren nicht mehr oder nicht mehr hinreichend in der Klinik vermittelt werden können. Die MWBO hat diesem Umstand im Rahmen der letzten Überarbeitung bereits Rechnung getragen und die Möglichkeiten ambulanter Weiterbildung deutlich erweitert.

Strukturell: Weiterzubildende klagen zunehmend über überbordende Belastungen, immer längere und z. T. nicht vergütete Arbeitszeiten und fehlende Struktur der fachlichen Weiterbildung in den Kliniken. Sie erwarten zu Recht Weiterbildungsangebote, die ihren berechtigten Bedürfnissen Rechnung tragen, in den vertragsärztlichen Praxen. Hierfür bedarf es geeigneter Strukturvorgaben sowie einer tragfähigen Finanzierung.

Strategisch: Die demografische Entwicklung der Ärzteschaft führt in vielen Regionen schon jetzt zu Problemen der Praxisabgabe und damit zu Versorgungsengpässen. Allein aus diesem Grund ist eine Weiterbildungsoffensive dringend geboten.

TOP 2 - Antrag 5: Weiterentwicklung der hausärztlichen Vergütungsstrukturen

Antragsteller*in:	Vertreterversammlung der KBV (Nr. 1100)	
Status:	angenommen	
Abstimmung	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

- 1 Die Vertreterversammlung der KBV erwartet die zeitnahe Umsetzung der im
- 2 Koalitionsvertrag der Bundesregierung und mehrfach durch den Bundesminister Prof.
- 3 Lauterbach zugesagten Entbudgetierung der Hausärzte. Die Entbudgetierung der
- 4 Hausärzte hat nach dem Vorbild der Kinder- und Jugendärzte zu erfolgen.
- 5 Die Vertreterversammlung der KBV fordert den Gesetzgeber auf, eine gesetzliche
- 6 Grundlage für die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Weiterentwicklung bzw.
- 7 Anpassung der hausärztlichen Vergütungsstruktur an die Versorgungsrealität unter
- 8 Berücksichtigung der Altersentwicklung der Bevölkerung, steigender Morbidität, der
- 9 Behandlungs- und Versorgungskapazitäten, sowie moderner ambulanter hausärztlicher
- 10 Versorgungsstrukturen zu schaffen. Die KBV wird hierzu konkrete Vorschläge
- 11 unterbreiten.

Begründung

Im Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung aus dem Jahr 2021 heißt es: „Wir heben die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich auf.“ Die Umsetzung dieses Vorhabens wird laut Aussagen des Bundesministers für Gesundheit Prof. Dr. Karl Lauterbach derzeit vorbereitet. Die Vertreterversammlung der KBV erwartet, dass ein entsprechendes Gesetzgebungsverfahren kurzfristig auf den Weg gebracht wird.

Zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und zur Weiterentwicklung der Strukturen in den hausärztlichen Vertragsarztpraxen sind aus Sicht der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung neben dem Abbau von Bürokratie und einer konsequenten ambulanten Weiterbildung insbesondere zielgerichtete Vergütungsanreize mit einer entsprechenden rechtlichen Grundlage zu schaffen. Die Weiterentwicklung erfolgt durch die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung, sie bedarf aber eines Impulses durch die Anpassung der gesetzlichen Grundlage.

Hausärztinnen und Hausärzte untersuchen und behandeln tagtäglich Patientinnen und Patienten mit nicht vorselektierten Krankheitsbildern und sind so der erste Ansprechpartner im Zugang zur ärztlichen Versorgung im Gesundheitswesen. Die Versorgungsrealität ist geprägt durch die Altersentwicklung der Bevölkerung und der damit einhergehenden steigenden Morbidität. Die Nachfrage nach Untersuchungen und Behandlungen dieser Krankheitsbilder steigt ebenfalls in seiner Intensität. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat mehrfach Vorschläge zur Anpassung der Vergütungsstrukturen an diese moderne Versorgungsrealität im hausärztlichen Versorgungsbereich eingebracht, stößt jedoch aufgrund der derzeit im SGB V vorgegebenen gesetzlichen Grundlage mit diesen Vorschlägen an Grenzen. Um Behandlungs-

und Versorgungskapazitäten für die Zukunft sicherzustellen, muss die hausärztliche Vergütungsstruktur bei Aufrechterhaltung der hohen Versorgungsqualität die Delegation von Aufgaben an besonders qualifiziertes Praxisangestellte unterstützen. Auch zur Förderung von Versorgungsprozeduren ist die Anpassung der gesetzlichen Grundlage für die hausärztliche Vergütungsstruktur notwendig.

TOP 2 - Antrag 6: Weiterentwicklung der fachärztlichen Vergütung

Antragsteller*in:	Vertreterversammlung der KBV (Nr. 1100)	
Status:	angenommen	
Abstimmung	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

1 Die Vertreterversammlung der KBV fordert den Gesetzgeber auf, die gesetzlichen
 2 Regelungen zum Budget (sogenannte Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung) auch für die
 3 fachärztliche Vergütung aufzuheben sowie den rechtlichen Rahmen für einen fairen
 4 Wettbewerb zwischen der ambulanten Vertragsärztlichen Versorgung und der stationären
 5 Versorgung zu schaffen, damit bisher stationär durchgeführte Untersuchungen und
 6 Behandlungen, die ambulant durchgeführt werden können, auch von niedergelassenen
 7 Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu gleichen Bedingungen wie Krankenhäuser
 8 übernommen werden können. Dies bedeutet auch eine Überführung der Weiterbildung von
 9 Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den
 10 ambulanten fachärztlichen Versorgungsbereich, so dass diese Forderung der
 11 Vertreterversammlung der KBV auch zwingend eine Regelung der Finanzierung der
 12 ambulanten Weiterbildung durch den Gesetzgeber impliziert.

Begründung

Die negativen Wirkungen der seit Jahrzehnten geltenden Budgets für die ambulante vertragsärztliche Versorgung zeigen sich insbesondere in der fachärztlichen vertragsärztlichen Versorgung. Die in diesem Versorgungsbereich bei weitem nicht ausreichende finanzielle Ausstattung führt dazu, dass die Regelversorgung sowie eine zusätzliche Patientenversorgung sich nicht im Honorar der fachärztlichen Praxen widerspiegelt. Niedrige Auszahlungsquoten im fachärztlichen Versorgungsbereich der vertragsärztlichen Versorgung führen dazu, dass eine zusätzlich nachgefragte Patientenversorgung nicht stattfinden kann, und damit leistungsfeindlich sind. Es kommt zur Unterversorgung, so dass eine Abschaffung der Budgetierung auch für die fachärztliche Vergütung überfällig ist. Dies gilt sowohl für den Bereich der konservativen fachärztlichen Versorgung wie auch das ambulante Operieren.

In Deutschland werden zu hohe Kosten für die Krankenbehandlung insoweit erzeugt, dass zu viele Prozeduren und Eingriffe noch ausschließlich stationär durchgeführt werden, obwohl eine ambulante Versorgung möglich ist. Damit ein Wettbewerb um diese Untersuchungen und Behandlungen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten entstehen kann, ist der gesetzliche Rahmen mit gleichen Zugangsvoraussetzungen und gleicher Vergütung für Vertragsärzte sowie Krankenhäuser zu schaffen. Nur durch diesen fairen Wettbewerb wird eine Ambulantisierung in Deutschland gelingen.

Unter diesen Voraussetzungen geht mit dieser Forderung einher, dass die Weiterbildungen von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung stattfinden muss. Da diese Weiterbildung anders als im stationären Sektor bisher nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Vergütung ist, muss der Gesetzgeber hierfür eine Finanzierungsgrundlage schaffen.

TOP 2 - Antrag 7: Entlastung von Arztpraxen durch Entbürokratisierung umsetzen

Antragsteller*in:	Vertreterversammlung der KBV (Nr. 1100)	
Status:	angenommen	
Abstimmung	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

- 1 Der Vorstand der KBV soll vom Bundesministerium für Gesundheit eine zeitnahe
- 2 Umsetzung der veröffentlichten Eckpunkte zum Bürokratieabbau in der ambulanten
- 3 Versorgung einfordern, insbesondere die Entbürokratisierung der Kind-krank-
- 4 Bescheinigung und die Einführung bzw. Anhebung von Bagatellgrenzen bei
- 5 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen.
- 6 Die steigende Bürokratie in der vertragsärztlichen Versorgung trägt zum Praxenkollaps
- 7 bei und ein entsprechendes Entbürokratisierungsgesetz für die ambulante Versorgung
- 8 ist überfällig.

Begründung

Die KBV hat dem Bundesgesundheitsministerium im August dieses Jahres eine Liste mit Vorschlägen zum Bürokratieabbau in Praxen übermittelt. Vorangegangen war ein Austausch zum Thema Bürokratieabbau mit Niedergelassenen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Um den Praxenkollaps zu verhindern, hat die Ärzte- und Psychotherapeutenchaft in einer Krisensitzung am 18. August 2023 den Bürokratieabbau als eine von sieben zentralen Forderungen an die Politik verabschiedet.

In einem kürzlich veröffentlichten Eckpunktepapier des BMG zum Bürokratieabbau werden mehrere Forderungen des KV-Systems aufgegriffen. Insbesondere die Entbürokratisierung der Kind-krank-Bescheinigung und die Einführung bzw. Anhebung von Bagatellgrenzen bei Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen müssen schnell umgesetzt werden, um spürbare Entlastungen für die Arztpraxen zu schaffen. Der Vorstand der KBV wird aufgefordert beim BMG die Änderungen mit Nachdruck zeitnah einzufordern und sich für ein Entbürokratisierungsgesetz für die ambulante Versorgung einzusetzen.

TOP 3.1 - Antrag 1: Haushaltsplan der KBV für das Jahr 2024

Antragsteller*in:	Finanzausschuss der KBV (Nr. 1202), Vorstand der KBV (Nr. 1210)	
Status:	angenommen	
Abstimmung	Ja:	60,04
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

- 1 1. Der Verwaltungshaushalt der KBV für das Jahr 2024 wird in Aufwendungen und
2 Erträgen auf 116.465.000 EUR festgestellt. Der Investitionshaushalt der KBV für
3 das Jahr 2024 wird auf 489.000 EUR festgestellt.
- 4 Es ist eine Verpflichtungsermächtigung in Höhe von 25.000.000 EUR für die
5 Öffentlichkeitskampagne im Sinne der Interessen der Mitglieder der KBV und KVen
6 ausgewiesen, welche für die Jahre 2024 bis 2026 ausgebracht wird.
- 7 2. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu erhebende Verwaltungskostenumlage
8 für das Jahr 2024 wird auf 1,53 ‰ der über die Kassenärztlichen Vereinigungen
9 abgerechneten Vergütungen für die ärztliche Versorgung festgesetzt. Zusätzlich
10 werden 15 % der erforderlichen Verwaltungskostenumlage als Festbetrag verteilt
11 nach Mitgliederzahlen per 31.12.2022 von den Kassenärztlichen Vereinigungen
12 erhoben.

Begründung

Der Finanzausschuss hat den Haushaltsentwurf 2024 in seinen Sitzungen am 19.09.2023 und 25.10.2023 beraten. Er empfiehlt der Vertreterversammlung, den vorgelegten Haushaltsplan 2024 festzustellen.

TOP 4.1 - Antrag 1: Bestätigung der Termine der Sitzungen der Vertreterversammlung für das Jahr 2025

Antragsteller*in:	Vorsitzende der Vertreterversammlung (Nr. 1201)	
Status:	angenommen	
Abstimmung	Ja:	einstimmig
	Nein:	0
	Enthaltung:	0

- 1 Die Vertreterversammlung der KBV bestätigt die Termine der Sitzungen der
- 2 Vertreterversammlung für das Jahr 2025:
- 3 Freitag, 7. März 2025 Berlin
- 4 Montag, 26. Mai 2025 Leipzig
- 5 Freitag, 12. September 2025 Berlin
- 6 Freitag, 5. Dezember 2025 Berlin

Begründung

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