
| | |
|-----------------|---|
| TOP 5 | Begrüßung und Feststellung der Beschlussfähigkeit |
| Antrag 1 | Änderung Tagesordnung |
| von: | Dr. John, Hr. Röblitz, Dr. Krombholz, Hr. Rambow, Dr. Meiser, Hr. Plassmann, Dr. Stennes, Fr. Roos, Hr. Beck, Dr. Dryden |

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Die Umbenennung von TOP 8.1 in:

Wahl der weiteren drei Mitglieder des BFA Hausärzte und deren Stellvertreter sowie Nachwahl der hierdurch vakant gewordenen Stellvertreter-Positionen

Die Umbenennung von TOP 8.2 in:

Wahl der weiteren drei Mitglieder des BFA Fachärzte und deren Stellvertreter sowie Nachwahl der hierdurch vakant gewordenen Stellvertreter-Positionen

Begründung:

Indem die Nachwahl vakant gewordener Positionen einbezogen wird, ist für den Fall, dass Stellvertreter zu Mitgliedern aufrücken, kein weiterer Wahlgang erforderlich.

| | | |
|---|---|--|
| <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 |

| | |
|-----------------|---|
| TOP 6 | Bericht der Vorstände an die Vertreterversammlung der KBV |
| Antrag 2 | Prüfauftrag zur Auswirkung des Trennungsbeschlusses in 04/13 im Laborbereich |
| von: | Dr. Ennenbach |

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Der Vorstand wird beauftragt, eine Analyse der KV bezogenen Verhältnisse zwischen der benötigten Laborvergütung und den im Rahmen der Trennung gebildeten Vorwegabzüge von 04/13 bis 03/14 vorzunehmen und die Kompatibilität zu den Motiven der beschlossenen Laborreform zu überprüfen.

Begründung:

Die Laborreform wird in Fragen der Neuordnung der vor oder nach Trennung zugeordneten Leistungsbereiche nachfolgend als konsentiert betrachtet. Auch die damit verbundene Neuausrichtung im Umgang mit etwaigen Unterschüssen im Vorwegabzug ist grundsätzlich als Teil eines Kompromisses anzusehen, der mit diesem Prüfantrag nicht zur Disposition gestellt werden soll.

Die Zielsetzung dieser Maßnahmen ist es, der Dynamik im Laborbereich entgegenzuwirken. Da die zu dieser Reform gefassten auftragsleitenden Beschlüsse keine Umverteilung im Status quo ante implizierten, ist zu überprüfen und zu bewerten, ob und inwieweit in den KVen bei Inkraftsetzung der Trennung eine historisch bedingte Nachschussnotwendigkeit bestand. Diese ist – jedenfalls im Grundsatz – von einer durch die Dynamik entstehenden Unterdeckung zu unterscheiden.

Es ist wahrscheinlich, aber nicht im Rahmen einer konsistenten Analyse untersucht worden, dass die Startlinien der KVen (ggf. deutlich) unterschiedlich waren. Eine Unter- oder Überdimensionierung der damals gebildeten Grundbeträge ist zu ermitteln und im Anschluss durch die VV der KBV und auf Vorschlag des KBV-Vorstandes zu bewerten, ob diese im Einklang mit den Beweggründen und Zielen der Laborreform stehen und ein KV-übergreifender Anpassungsmechanismus der historisch gebildeten Grundbeträge zu befürworten ist.

-
- | | | |
|---|---|--|
| <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 |

**4. Sitzung der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (15. Amtsperiode)
am 7./8. Dezember 2017 in Berlin**



| | |
|-----------------|--|
| TOP 6 | Bericht der Vorstände an die Vertreterversammlung der KBV |
| Antrag 3 | Abrechnung des iFOB praeventiv – GOP 01738 |
| von: | Dr. Häusler, Dr. Schmelz, Dr. Krombholz |

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Der Vorstand möge sich auf Bundesebene dafür einsetzen, dass die GOP 01738 in die Präambel des fachgruppenspezifischen Kapitels des EBM für Gynäkologen, Urologen und Dermatologen sowie alle in der Früherkennung tätigen Ärzte, aufgenommen wird.

Begründung:

Darmkrebs ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern das zweithäufigste Karzinom in Deutschland, das wegen seiner tumorbiologischen Eigenschaften durch geeignete Screening-Maßnahmen in signifikantem Ausmaß in einem frühen Stadium erkannt werden kann. Bis zum 31.03.2017 konnten Gynäkologen, Urologen und Dermatologen – in der Regel im Rahmen der fachspezifischen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen – einmal jährlich einen präventiven Fäkal-Okkultbluttest auf Guajak-Basis durchführen, der mit der GOP 01734 abzurechnen war.

Am 01.04.2017 wurde die GOP 01734 durch die GOP 01737 (Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems) und 01738 (automatisierte quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT) gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL), einschließlich der Kosten für das Stuhlprobenentnahmesystem und das Probengefäß) ersetzt.

Die Frauenärzte haben bereits seit 10 Jahren Erfahrung in der Durchführung immunologischer Stuhlteste. Da die Leistungserbringung an eine Genehmigung gebunden ist, können auch nur entsprechend qualifizierte (Frauen-) Ärzte den iFOBT erbringen.

Die Eigenerbringung im Labor minimiert die Nachteile des Postversands: das Risiko falscher Ergebnisse aufgrund der Thermolabilität des humanen Hämoglobins wird reduziert, die Ergebnismitteilung an die Patientin beschleunigt.

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

Die GOP 01738 kann nur von den in der Präambel des Kapitels 12 EBM genannten Fachgruppen berechnet werden. Obwohl Frauenärzte nach der Krebsfrüherkennungsrichtlinie des G-BA von der Leistungserbringung nicht ausgeschlossen sind („Der Test auf occultes Blut im Stuhl darf nur von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden, die eine Genehmigung gemäß der Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen nach den GOP des Abschnitts 32.3 und entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 1.7 nach EBM besitzen.“), hat der Bewertungsausschuss auf seiner 392. Sitzung beschlossen, dass die GOP 01738 ausschließlich in die Präambel 12.1 Nr.2 aufgenommen wird (Kapitel der Laborärzte, Mikrobiologen und Transfusionsmediziner). Hätte der G-BA auf bestimmte Fachgruppen einschränken wollen, so hätte er dies durch eine entsprechende Formulierung in der Richtlinie tun können. So wurden z. B. für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs in § 31 KFE-RL die berechtigten Fachgruppen benannt.

TOP 6

Bericht der Vorstände an die Vertreterversammlung der KBV

Antrag 4

Keine Probatorik über die TSS

von:

Dr. Friedrich-Meyer, Hr. Hentschel, Fr. Lubisch, Fr. Böker, Hr. Ruh, Hr. Moors,
Dr. Pielsticker

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) spricht sich gegen die Entscheidung des Bundesschiedsamtes vom 7. November 2017 aus, wonach zukünftig auch probatorische Sitzungen zur Einleitung einer zeitnah erforderlichen Richtlinien-Psychotherapie über die Terminservicestellen (TSS) vermittelt werden müssen. Diese Entscheidung wurde gegen die Stimmen der KBV gefällt. Die Vertreterversammlung der KBV begrüßt, dass die KBV eine Klage gegen den Beschluss des Bundesschiedsamtes prüft.

Durch die Zuständigkeit der TSS auch für die Vermittlung von probatorischen Sitzungen würde die Absicht des Gesetzgebers, zeitnahe Versorgungsangebote bereitzustellen, vollkommen konterkariert. Die Auswirkungen der Einführung von psychotherapeutischer Sprechstunde und Akutbehandlung auf das Versorgungsgeschehen müssen zuerst evaluiert werden.

Begründung:

Seit dem 1. April 2017 hat die TSS nicht nur zeitnah erforderliche Facharzttermine, sondern auch Termine für die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung zu vermitteln, wenn es Patientinnen und Patienten nicht gelingt, selbst einen Termin zu erhalten.

Für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bedeutet dies konkret, dass im Rahmen der Praxistätigkeit in jeder Woche aus der Gesamtbehandlungszeit heraus zwei Stunden für die Durchführung sogenannter psychotherapeutischer Sprechstunden vorgehalten werden müssen. Die Bereitstellung der psychotherapeutischen Sprechstunde, die nicht delegiert werden kann, bedeutet eine Verlagerung der Praxisarbeit: Weg von der genehmigungspflichtigen Richtlinien-therapie, hin zu kurzfristig verfügbaren und mengenmäßig klar begrenzten Therapieangeboten – pro Patient bis zu drei Stunden pro Krankheitsfall (5 Stunden bei Kindern und Jugendlichen).

Für einen weiteren akuten Behandlungsbedarf steht bereits jetzt schon die psychotherapeutische Akutbehandlung mit 12 Sitzungen pro Patient zur Verfügung, auch vermittelt durch die TSS.

angenommen

abgelehnt

mehrheitlich Ja-Stimmen

Vorstandsüberweisung

Nichtbefassung

0 Nein-Stimmen

zurückgezogen

Vertagung

3 Enthaltungen

Durch die Vermittlung der TSS für psychotherapeutische Sprechstunden und psychotherapeutische Akutbehandlung ist sichergestellt, dass Menschen mit dringendem psychotherapeutischem Versorgungsbedarf ein zeitnahe Angebot erhalten.

Der Verpflichtung, psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung anzubieten, sind die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in hohem Umfang nachgekommen. Aus diesem Grund ist eine Vermittlung von probatorischen Sitzungen an dieser Stelle nicht zielführend und nicht fachgerecht.

In den probatorischen Sitzungen geht es insbesondere um die Passung zwischen Therapeut und Patient und um die Prüfung der Frage, ob zwischen Psychotherapeut und Patient ein tragfähiges Arbeitsbündnis entstehen kann, das – wie Untersuchungen zeigen – den wichtigsten Prädiktor für das Gelingen einer Behandlung darstellt. Die freie Arztwahl ist hier unverzichtbar, eine Vermittlung durch die TSS deshalb fachlich nicht vertretbar.

Die Förderung zeitnah erfolgreicher psychotherapeutischer Angebote, wie sie im GKV-VSG gefordert werden, scheint insgesamt nachvollziehbar und gerechtfertigt; dafür sollten sinnvolle Konzepte entwickelt werden. Es ist unbedingt zu fordern, dass die Auswirkungen der neuen Psychotherapie-Richtlinie auf die Versorgung evaluiert werden, ehe weitere Veränderungen vorgenommen werden.

Eine zentrale Vermittlungsstelle für genehmigungspflichtige Psychotherapien ist nicht fachgerecht.

| | |
|-----------------|--|
| TOP 6 | Bericht der Vorstände an die Vertreterversammlung der KBV |
| Antrag 5 | Jährliche Fortbildungsverpflichtung Palliativmedizin reduzieren |
| von: | Dr. de Laporte, Dr. Metke, Dr. Fechner, Dr. Freßle, Dr. Stiasny, Hr. Schwark, Dr. Noack, Hr. Beck |

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Der Vorstand der KBV möge sich dafür einsetzen, dass die Fortbildungsverpflichtung zur Abrechnung der Palliativziffern 37300/37302/37317/37318 von 8 h/Jahr auf 2 h/2 Jahre reduziert wird.

Begründung:

8 h/Jahr für 0,1% der Patienten bedeutet 1 Tag/Jahr Abwesenheit von der Praxis und 1 Tag keine Patientenversorgung. Eine Fortbildungsverpflichtung von 2 h/2 Jahre wie bei DMP-KHK, Asthma, Diabetes scheint angemessen.

| | | | |
|---|---|---------------------|--------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> angenommen | <input type="checkbox"/> abgelehnt | mehrheitlich | Ja-Stimmen |
| <input type="checkbox"/> Vorstandsüberweisung | <input type="checkbox"/> Nichtbefassung | 0 | Nein-Stimmen |
| <input type="checkbox"/> zurückgezogen | <input type="checkbox"/> Vertagung | 7 | Enthaltungen |

| | |
|-----------------|---|
| TOP 7 | Anpassung KBV-Richtlinie Elektronischer Brief (eArztbrief) |
| Antrag 1 | Anpassung der Richtlinie Elektronischer Brief |
| von: | Vorstand KBV |

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Die Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291f SGB V (Richtlinie Elektronischer Brief) in der Version 10.0 (siehe Anlage).

Begründung:

Im Rahmen des eHealth-Gesetzes wurde geregelt, dass die KBV gemäß § 291f SGB V in einer Richtlinie die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung regelt. Die Vertreterversammlung hat in ihrer 36. Sitzung am 16. September 2016 eine entsprechende Richtlinie zunächst für das Jahr 2017 beschlossen.

Die bis zum 31. Dezember 2017 gültige Richtlinie regelt auch die Vergütung nach § 291f Abs. 1 SGB V: Im Jahr 2017 wird pro Übermittlung eines elektronischen Arztbriefes eine Pauschale von 55 Cent gewährt. Für den Zeitraum ab 2018 wird die Höhe des Zuschlages nach § 291f Abs. 5 SGB V durch die Vertragspartner nach § 291a Abs. 7b Satz 2 (Partner des Bundesmantelvertrages) vereinbart. Der Zuschlag darf nur vereinbart werden, wenn für die Übermittlung des elektronischen Briefes zugelassene Dienste nach § 291b Abs. 1e genutzt werden. Aufgrund von zeitlichen Verschiebungen werden die Dienste nach § 291b Abs. 1e SGB V entgegen der Erwartung des Gesetzgebers allerdings zu Beginn des Jahres 2018 noch nicht zur Verfügung stehen.

Um eine Unterbrechung der Übermittlung und Abrechnung elektronischer Briefe in den vertragsärztlichen Praxen zu vermeiden, sieht es das Bundesministerium für Gesundheit ausdrücklich als vertretbar an, wenn die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband für einen befristeten Übergangszeitraum – bis die Dienste nach § 291b Abs. 1e SGB V genutzt werden können – eine Vergütung für die Übermittlung elektronischer Briefe im Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) vereinbaren, sofern die Festlegungen der Richtlinie nach § 291f Abs. 2 SGB V sowie die Regelungen nach § 291f Abs. 1 SGB V erfüllt werden.

Aufgrund des Wegfalls der Vergütung nach § 291f Abs. 1 SGB V und der noch nicht verfügbaren zugelassenen Dienste nach § 291b Abs. 1e SGB V ist die Richtlinie Elektronischer Brief anzupassen. Angesichts der Anzahl von primär redaktionellen Änderungen, soll eine neue Richtlinie beschlossen werden.

Inhaltlich wurden schwerpunktmäßig folgende Punkte angepasst:

| | | | |
|---|---|---------------------|--------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> angenommen | <input type="checkbox"/> abgelehnt | <u>mehrheitlich</u> | Ja-Stimmen |
| <input type="checkbox"/> Vorstandsüberweisung | <input type="checkbox"/> Nichtbefassung | 0 | Nein-Stimmen |
| <input type="checkbox"/> zurückgezogen | <input type="checkbox"/> Vertagung | 3 | Enthaltungen |

- **Anpassung Geltungsdauer:** Die Richtlinie Version 10.0 gilt ab dem 1. Januar 2018. Sobald dem Vertragsarzt für die Übermittlung des elektronischen Briefs zugelassene Dienste nach § 291b Abs. 1e SGB V zur Verfügung stehen, ist die Richtlinie entsprechend anzupassen (Abs. 2.1).
- **Einführung Übergangsregelung:** Ab Verfügbarkeit des ersten sicheren Kommunikationsdienstes nach § 291b Abs. 1e SGB V in der Telematikinfrastruktur besteht für die Vertragsärzte und Hersteller der zertifizierten Systeme eine Übergangsfrist für die Anbindung eines solchen Kommunikationsdienstes. Die Übergangsfrist beträgt 6 Monate. Nach Ablauf der Übergangsfrist dürfen für die Übermittlung nur noch solche Systeme genutzt werden, die einen sicheren Kommunikationsdienst nach § 291b Abs. 1e SGB V verwenden (Abs. 2.2, Abs. 3.1 und Abs. 4 Nr. 2).
- **Streichung der Abrechnung der gesetzlich vorgegebenen Kostenpauschale:** Die Vergütungsregelung wurde gestrichen (Abs. 6 und Anlage). Die Vergütung für den Übergangszeitraum wird in einer Anlage zur Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Abs. 7 Satz 5 SGB V (Anlage 32 BMV-Ä) wie bisher fortgeführt.
- **Streichung Evaluation:** Die Evaluation wurde gestrichen und wird zusammen mit der Vergütung in der Anlage zur Anlage 32 BMV-Ä geregelt (Abs. 6.3).

Das gesetzlich geforderte Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband und der Gesellschaft für Telematik (gematik) wurde hergestellt. Nach Beschluss der Richtlinie durch die Vertreterversammlung der KBV wird sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt. Unter dem Vorbehalt der rechtlichen Nichtbeanstandung durch das BMG tritt die Richtlinie zum 1. Januar 2018 in Kraft.

Anlage

**4. Sitzung der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (15. Amtsperiode)
am 7./8. Dezember 2017 in Berlin**



| | |
|-----------------|------------------------------------|
| TOP 11 | Sachstand Alt-Rehse |
| Antrag 1 | KBV übernimmt Verantwortung |
| von: | Vorstand KBV |

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

Der Vorstand wird beauftragt, bis zur Vertreterversammlung im Mai 2018 der VV aus den durch die VV favorisierten Vorschlägen einen Antrag vorzubereiten und der VV zur Beschlussfassung vorzulegen.

Begründung:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist Rechtsnachfolgerin der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands. Diese war als Vertretung der Vertragsärzte unmittelbar am Unrecht des Nationalsozialismus beteiligt, z. B. in der Ausgrenzung jüdischer Ärzte aus der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übernimmt für die Geschichte ihrer Rechtsvorgängerin und das von dieser begangene Unrecht Verantwortung. Zu diesem Zwecke wird der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beauftragt, bis zur Vertreterversammlung im Mai 2018 aus den in der zur Begründung gehörigen Präsentation zwei Projekte, die sich mit der Vergangenheit der Vertragsärzteschaft befassen und die die Mehrheit der VV gefunden haben, zur Entscheidung vorzubereiten.

Die Vertreterversammlung erklärt insofern ihre Absicht, ein dann entschiedenes Projekt mit einer Summe von bis zu 60 Tsd Euro/Jahr zu fördern.

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| <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>1</u> Enthaltung |

| | |
|-----------------|--|
| TOP 12.1 | Sachstandsbericht zum Jahresabschluss 2016 |
| Antrag 1 | Beschlussantrag zum Jahresabschluss der KBV für das Jahr 2016 |
| von: | Finanzausschuss KBV |

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möge beschließen:

1. Die überplanmäßigen Ausgaben im Jahr 2016, die in der als Anlage zum Jahresabschluss 2016 beigefügten Übersicht dargestellt sind, werden genehmigt.
2. Der Jahresabschluss für das Jahr 2016 mit der Bilanz zum 31.12.2016 und der Erfolgsrechnung für das Jahr 2016 sowie die Haushaltsrechnung über die Investitionen werden entgegengenommen.
3. Die nicht verbrauchten Verwaltungskosten des Jahres 2016 in Höhe von 2.553.590,42 € werden den Rückstellungen für die Altersversorgung der Angestellten zugeführt.
4. Dem Vorstand der KBV wird für das Jahr 2016 Entlastung erteilt.

Begründung:

Der Finanzausschuss hat den Jahresabschluss für das Jahr 2016 in seiner Sitzung am 11.10.2017 beraten und verabschiedet. Er empfiehlt der Vertreterversammlung, dem Vorstand der KBV für das Kalenderjahr 2016 Entlastung zu erteilen.

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| <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>2</u> Enthaltungen |

| | |
|-----------------|--|
| TOP 12.2 | Haushaltsplanung 2018 |
| Antrag 1 | Beschlussantrag zum Haushaltsplan der KBV für das Jahr 2018 |
| von: | Vorstand und Finanzausschuss KBV |

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschließen:

1. Der Verwaltungshaushalt der KBV für das Jahr 2018 wird in Aufwendungen und Erträgen auf 69.692.000 EUR festgestellt. Der Investitionshaushalt der KBV für das Jahr 2018 wird auf 2.770.000 EUR festgestellt.
2. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu erhebende Verwaltungskostenumlage für das Jahr 2018 wird auf 1,63 ‰ der über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten Vergütungen für die ärztliche Versorgung festgesetzt.
Die definitive Verwaltungskostenumlage je KV wird gemäß der „Richtlinie zur Festlegung der Bemessungsgrundlage und Zahlung der Verwaltungskostenumlage für die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der KBV am 09.12.2011“ (in der Fassung vom 14.03.2013) auf Basis der abgerechneten Vergütungen und der arztbezogenen Bereinigungsvolumina des Jahres 2016 erhoben.

Begründung:

Der Finanzausschuss hat den Haushaltsentwurf 2018 in seinen Sitzungen am 14.09.2017, 11.10.2017 und 23.11.2017 beraten. Er empfiehlt der Vertreterversammlung, den vorgelegten Haushaltsplan 2018 festzustellen.

| | | | |
|---|---|--------------|--------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> angenommen | <input type="checkbox"/> abgelehnt | 43,96 | Ja-Stimmen |
| <input type="checkbox"/> Vorstandsüberweisung | <input type="checkbox"/> Nichtbefassung | 7,1 | Nein-Stimmen |
| <input type="checkbox"/> zurückgezogen | <input type="checkbox"/> Vertagung | 2,01 | Enthaltungen |