

durch die berechtigten Tariferhöhungen für das Pflegepersonal auswirken werden.“

Mit derselben Berechtigung müsse aber auch die Kassenärzteschaft die Forderung nach einem angemessenen Ausgleich unvermeidbarer Kostensteigerungen erheben!

Eindringlich warnte Otfried Schaefer vor dem Verlust der Leistungsfähigkeit der freien Praxis. „Wer die ambulante Versorgung in ihrer Leistungsfähigkeit mindert, muß damit rechnen, daß in der ambulanten Versorgung dann nicht mehr erbringbare Leistungen zwangsläufig in den sehr kostenintensiven Krankenhaussektor abwandern werden.“

Und weiter: „Wer Qualität und Qualifikation in der Kassenpraxis fordert, muß auch die dafür notwendigen finanziellen Mittel bereitstellen.“ Eine Deckelung der Gesamtvergütung, die unabhängig vom Leistungsbedarf die Ausgaben beitragsbezogen festschreibe, könne daher unter keinen Umständen akzeptiert werden.

Zum Schluß seines Referats griff Otfried P. Schaefer einen Appell von Dr. Karsten Vilmar auf. Der Präsident der Bundesärztekammer hatte zu Beginn der Vertreterversammlung in einem Grußwort die Ärzteschaft zur Einigkeit und Geschlossenheit aufgerufen. Dr. Schaefer dazu: „Die auf die Kassenärzteschaft zukommenden Probleme lassen sich nicht mit Gruppenegoismus und Zwiß, sondern nur durch Geschlossenheit in der Vertretung ärztlicher, kassenärztlicher Positionen gegenüber der Politik und unseren Vertragspartnern bewältigen.“

Ein eigenes Handlungskonzept der KBV sollte nicht den Eindruck erwecken, als ob die Kassenärztliche Bundesvereinigung aus dem Konzert der ärztlichen Verbandspolitik ausseren wolle. „Davon kann keine Rede sein“, betonte Dr. Schaefer unmißverständlich. „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung muß jedoch in Wahrung der Rechte ihrer Mitglieder zunächst die eigene Position sehr deutlich und eindeutig formulieren, um sie dann in den innerärztlichen Abstimmungsprozeß einbringen zu können.“ JM

Weitere Schritte zur Einzelleistungsvergütung

Norbert Tautz über die anstehenden Honorarverhandlungen

Wenn sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung in den Honorarverhandlungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durchsetzt, werden schon bald mehr als 20 Prozent aller kassenärztlichen Leistungen wieder nach der reinen Einzelleistungsvergütung honoriert.

Mit diesem Ziel geht die KBV nach den Worten von Dr. Norbert

Dr. Tautz verwies zunächst auf die gemeinsame Erklärung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 21. Februar 1989, worin die Vertragspartner ihren Willen bekräftigt haben, nach Abschluß der EBM-Erprobungsphase zur Errechnung der ärztlichen Vergütung nach Einzelleistungen zurückzukehren. Zuvor wollten sich die Vertragspartner allerdings über Rahmenbedingungen zur Steuerung der sogenannten Mengenentwicklung verständigen.

Tautz räumte ein, „daß die Forderung nach einer sofortigen Rückkehr zu einer reinen Einzelleistungsvergütung für alle Leistungen gegenüber den Vertragspartnern der KBV im Augenblick nicht durchzusetzen ist“. Gleichwohl halte die KBV an ihrem honorarpolitischen Ziel fest: Wenn es nicht auf einmal geht, dann müssen einzelne Leistungen und Leistungsbereiche sukzessiv aus der pauschal gezahlten Gesamtvergütung ausgegliedert werden.

Im Verhandlungskatalog der KBV zur schrittweisen Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung stehen in der ersten Runde: sämtliche Nacht-, Sonntags- und Feiertags-Beratungen sowie Besuche; alle Erst-Inanspruchnahmen; alle Leistungen nach den GO-Abschnitten B VIII/N I bis N IX und 147 operative Leistungen aus den Kapiteln J, K, L und M; alle operationsbezogenen Anästhesieleistungen, die in Katalogen nach Nr. 90 und 91 aufgeführt sind; die Leistungen der präoperativen Diagnostik; alle Zielaufträge; die gutachterabhängige Psychotherapie; alle Leistungen der Histologie nach Abschnitt B I; alle Leistungen der Strahlentherapie nach Kapitel T; und alle Leistungen der Onkologie. Diese Leistungen sollen nach dem



Dr. Norbert Tautz erläuterte im einzelnen die Positionen der aktuellen Honorarpolitik

Tautz, KBV-Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Gebührenordnungs-Reformkommission, in das Gespräch mit den Kassenverbänden. Tautz erläuterte vor der Vertreterversammlung die Grundsatzpositionen des KBV-Vorstandes in der aktuellen Honorarpolitik. Der Bonner Allgemeinarzt tat dies in einer bemerkenswerten Weise: offen heraus und in dem klar erkennbaren Bemühen, die Entscheidungskriterien transparent werden zu lassen.

Willen der KBV nach einem fest vereinbarten Punktwert außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung honoriert werden. Für die übrigen Leistungen, so Tautz weiter, stelle sich die Frage nach dem Fall- oder Kopfpauschale als Berechnungsgrundlage.

Bei beiden Modellen gebe es gute Gründe dafür, aber auch dagegen. So wäre zwar bei der Errechnung der Gesamtvergütung nach Fallpauschale das sogenannte Morbiditätsrisiko auf die Kassen verlagert, doch sei dabei zu bedenken: „Die Ärzteschaft wird immer dem Druck ausgesetzt sein, zu beweisen, daß der Leistungsbedarf nicht verursacht wurde durch unnötige Leistungen pro Patient oder unnötige Überweisungen an andere Ärzte.“ Das Interventionsinteresse der Krankenkassen sei hier sehr stark.

Ob das Fallpauschale der Kassenärzteschaft unterm Strich Vorteile bei der Höhe der Gesamtvergütung bringe, sei entscheidend von der Zahl der Fälle abhängig. Bei rückläufiger Fallzahl bestehe die Gefahr, daß noch nicht einmal mit der Entwicklung der Grundlohnsumme Schritt gehalten werden kann.

Demgegenüber unterläge die Honorarentwicklung bei der Berechnung der Gesamtvergütung nach einem Kopfpauschale einer Automatik, die in Zeiten guter wirtschaftlicher Entwicklung für die Ärzte ohne Zweifel vorteilhaft sei. Nicht zuletzt seien dringend notwendige Korrekturen am EBM – Korrekturen in der Bewertung, zur Konzentration von Leistungen und in Form einer Straffung von Leistungslegenden – bei einer Honorierung nach Kopfpauschale wesentlich einfacher zu vollziehen.

Der KBV-Vorstand halte nach Abwägung aller Für und Wider das Kopfpauschale für sachdienlicher, resümierte Dr. Tautz. Allerdings sei die Erhöhung des Gesamthonorars über die Entwicklung der Grundlohnsumme hinaus dringend erforderlich, wenn die niedergelassenen Ärzte nicht weiterhin Jahr für Jahr – aus Gründen, die die Kassenärzteschaft nicht selbst zu vertreten hat – Rückgänge ihres Realeinkommens hinnehmen sollen. JM

Radiologierichtlinien geändert

Im Mai Neufassung der Laborrichtlinien

Auf Antrag von Dr. Harthmut Weinholz hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Änderung der KBV-Richtlinien für Radiologie und Nuklearmedizin beschlossen: Ärzte, die sich bei der Thorax-Diagnostik von Erwachsenen nur auf Aufnahmen beschränken wollen und keine Funktionsuntersuchungen unter Durchleuchtungskontrolle durchführen, können nun auf die Vorhaltung einer Röntgen-Fernseh-Durchleuchtungseinrichtung verzichten.

Der Beschluß, der in diesem Heft des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES unter „Bekanntgaben“ im Wortlaut veröffentlicht ist, war bereits in der vorigen Sitzung der Vertreterversammlung im September dieses Jahres angestrebt worden. Damals kam er aber nicht zustande, weil Unklarheiten über die Abstimmungsvorlage aufgetreten waren. Jetzt votierten 36 Delegierte für die entsprechende Änderung der Radiologie-Richtlinien, 24 stimmten dagegen, und 4 Delegierte enthielten sich.

Anschließend befaßte sich die Vertreterversammlung mit den Labor-Richtlinien. Hierzu lagen ein Antrag von Dr. Helmuth Waurick und ein zweiter, weitergehender Antrag vor, der vom KBV-Vorstand eingebracht worden war.

Abgestimmt und mehrheitlich angenommen wurde der weitergehende Antrag, mit dem der Vorstand

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beauftragt wird, eine Neubewertung der Gebühren des Labor-Kapitels O I bis O III mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Der Vertreterversammlung soll dann im Mai 1990 eine Neufassung der Labor-Richtlinien vorgelegt werden, bei der folgendes in Betracht zu ziehen ist:

► Es ist zu entscheiden, welche Analysen mit identischer Methodik, die sowohl in O II als auch in O III aufgeführt sind, in O II übernommen werden können und welche Konsequenzen für die Vergütung von Laborleistungen im EBM daraus zu ziehen sind.

► Die Fachkunde für die Erbringung von Laborleistungen soll sowohl für das Allgemeinlabor als auch für das Speziallabor für die Gebiete der Weiterbildungsordnung an den Gebietsdefinitionen und Weiterbildungsinhalten ausgerichtet werden.

► Für die Abrechnung von Laborleistungen durch nicht weitergebildete Ärzte ist eine entsprechende klinische Tätigkeit erforderlich.

► Die Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung sind für Leistungen des Speziallabors zu präzisieren.

► Für Laborgemeinschaften ist eine qualifizierte ärztliche Leitung erforderlich, die für das Laborpersonal während der Betriebszeit des Labors jederzeit erreichbar sein muß. JM



Dr. Karsten Vilmar (links im Bild; neben ihm: Dres. Erwin P. Odenbach, Gerhard Löwenstein) bekräftigte die Gemeinsamkeiten der ärztlichen Interessen und rief dazu auf, daß die ärztliche Selbstverwaltung die in solcher Gemeinsamkeit liegenden Chancen nutzt