

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