

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Gemeinsame Bundesempfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, K.d.ö.R., und der Spitzenverbände der Krankenkassen

zur Weiterentwicklung der Vergütungsvereinbarungen in der Zeit vom 1. Januar 1990 bis 31. Dezember 1991 und zur Anwendung des Gesundheits-Reformgesetzes

Präambel

Die Partner dieser Empfehlungsvereinbarung sehen es als ihre gemeinsame Aufgabe an, durch geeignete Maßnahmen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Dabei ist den Anforderungen an eine bedarfsgerechte, in ihrer Qualität gesicherte ärztliche Versorgung ebenso Rechnung zu tragen wie der Notwendigkeit, die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung in einem angemessenen gesamtwirtschaftlichen Rahmen zu halten.

Die Partner dieser Empfehlungsvereinbarung gehen davon aus, daß die angestrebten Vergütungsregelungen einschließlich der damit verbundenen Rahmenbedingungen dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität Rechnung tragen. Dabei sind sie sich darüber einig, daß eine Entlastung des stationären

Sektors nur über eine Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung erreicht werden kann und neue Leistungen zu zusätzlichen Ausgaben führen.

Die Partner dieser Empfehlungsvereinbarung bekräftigen ihren Willen, das Gesundheits-Reform-Gesetz in den beiderseitigen Vertragsbeziehungen unbürokratisch und selbstverwaltungsgerecht anzuwenden und auftretende Probleme soweit als möglich in fairer Vertragspartnerschaft zu lösen. Sie bekräftigen erneut ihre Forderung an den Gesetzgeber, zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung gesetzliche Maßnahmen zur Beseitigung von Überkapazitäten (insbesondere Entwicklung der Arztlizenzen und zur Gewährleistung der Qualifikation des Hausarztes) zu ergreifen.

Die Partner dieser Empfehlungsvereinbarung streben an, im Vertragszeitraum Inhalt und Umfang der hausärztlichen Tätigkeit zu bestimmen. Gleichzeitig sollen die Kooperationsformen ärztlicher Tätigkeit weiterentwickelt werden.

I.

Die Partner dieser Empfehlungsvereinbarung bekräftigen ihre in der Gemeinsamen Erklärung vom 21. Februar 1989 getroffene Feststellung, zur Errechnung der ärztlichen Vergütung nach Einzelleistungen zurückzukehren. Im Vertragszeitraum sollen weitere Schritte zur Umstellung der Vergütungsvereinbarungen auf Einzelleistungsvergütungen erfolgen. Dabei werden sich die Partner über Modifikationen von Einzelleistungsvergütungen

und geeignete Maßnahmen zur Beeinflussung von Einzelleistungsvergütungen und geeignete Maßnahmen zur Beeinflussung der Mengenentwicklung verständigen.

Zum 1. Januar 1990 sollen nachstehend unter Nr. 2 aufgeführte Leistungen aus der pauschalierten Vergütung ausgegliedert werden. Die bereits erfolgte Ausgliederung der Leistungen der Vorsorge und Krankheitsfrüherkennung (einschließlich der Gesundheitsuntersuchungen) und der Zuschläge zum ambulanten Operieren

wird fortgeführt. Diese Maßnahmen sind ein Beitrag zur Förderung der Prävention und zur Stärkung und Sicherung einer umfassenden ambulanten Versorgung und Betreuung der Versicherten.

Auf der Grundlage von § 86 SGB V wird daher empfohlen, die gemäß der Gemeinsamen Erklärung der Partner dieser Vereinbarung vom 21. Februar 1989 neu gefaßten Vergütungsvereinbarungen für die Zeit vom 1. Januar 1990 bis zum 31. Dezember 1991 wie folgt weiterzuentwickeln:

1. Der in den bestehenden Vergütungsvereinbarungen für die ärztlichen Leistungen (Positionen D 1990 und D 2990 Formblatt III) jeweils festgelegte pauschalierte Teil des Gesamthonorars wird nach vorheriger Bereinigung gemäß Nr. 2 in demselben Verhältnis wie bisher quartalsweise um den prozentualen Anstieg des Grundlohnes je Mitglied*) erhöht.

2. Dabei werden aus dem pauschal vergüteten Gesamthonorar ab I/90 folgende Leistungspositionen mit dem darauf entfallenden Leistungsbedarf und dem Verteilungspunktwert des betreffenden Ausgangsquartales ausgegliedert und mit einem für den Zeitraum I/90 bis IV/91 fest vereinbarten Punktwert vergütet:

(1) alle Besuche, sämtliche Nacht-, Sonntags- und Feiertagsberatungen und -visiten (Nrn. 2, 3, 5, 6, 18, 19, 20, 24 und 25 bis 33)

(2) Leistungen nach den Abschnitten B VIII, N I bis N IX und 147 operative Leistungen aus den Kapiteln J, K, L, M sowie Assistenzen (Nrn. 46 bis 49, 51 bis 53)

(3) operationsbezogene Anästhesieleistungen, die in den Katalogen nach den Nrn. 90 und 91 aufgeführt sind (Nrn. 440, 441, 445, 450, 451, 455, 460, 461, 465, 480, 485, 487)

(4) gutachterabhängige Psychotherapie nach Abschnitt G IV (Nrn. 860 bis 886)

(5) alle Leistungen der Histologie nach Abschnitt P I (Nrn. 4800 bis 4840).

§ 86 Abs. 2 SGB V und die darin verankerte Möglichkeit, regionale Besonderheiten und Besonderheiten der Kassenarten in den Vergütungsvereinbarungen zu berücksichtigen, bleiben unberührt.

3. Bei der Vereinbarung des Punktwertes für Leistungen nach Nr. 2 ist von dem durchschnittlichen Verteilungspunktwert der Quartale III/88 bis II/89 auszugehen. ▷

*) Fußnote siehe nächste Seite

Der Punktwert ist unter Berücksichtigung der zu erwartenden Grundlohnsummenentwicklung*) im Vertragszeitraum für die Jahre 1990 und 1991 festzusetzen. Der aufgrund der Gemeinsamen Erklärung vom 21. Februar 1989 für bereits ausgegliederte Leistungen vereinbarte Punktwert bleibt unberührt.

4. Die Partner der Empfehlungsvereinbarung stimmen darin überein, daß die Leistungspositionen, Leistungsbeschreibungen und -bewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) auf der Grundlage der in den Vereinbarungen vom 12. März 1986 für die EBM-Reform vereinbarten Ziele regelmäßig überprüft werden und, soweit erforderlich, dieser Zielsetzung anzupassen sind.

Die Partner der Empfehlungsvereinbarung werden im Vertragszeitraum insbesondere für folgende Leistungsbe- reiche eine Neubewertung der Leistungen im EBM erarbeiten:

- Strahlentherapie
- Nuklearmedizin
- Bildgebende Verfahren mit Großgeräten.

Dabei ist eine kalkulatorische Basis für die Bewertung dieser Leistungen zu definieren.

5. Die Partner der Empfehlungsvereinbarung stimmen darin überein, daß Maßnahmen zur Reduzierung der Zahl der Krankenhauseinweisungen und zur Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus erforderlich sind. Die Maßnahmen müssen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ansetzen. Die Abstimmung zwischen diesen Bereichen ist sicherzustellen und zu verbessern. Unter dieser Zielsetzung sollen im Vertragszeitraum folgende Regelungen getroffen werden:

5.1 Erprobung von Untersuchungsprogrammen zur Abklärung von Einweisungsdiagnosen und zur ambulanten Vorbereitung stationärer Behandlungsmaßnahmen vor Krankenhauseinweisung.

5.2 Besuch des Hausarztes im Krankenhaus und Konsilium mit dem zuständigen Krankenhausarzt mit der Zielsetzung, den frühestmöglichen Zeitpunkt der Entlassung aus dem

* Protokollnotiz

Für die landwirtschaftlichen Krankenkassen gilt die nach der Anzahl der Mitglieder gewichtete durchschnittliche Grundlohnentwicklung der Ortskrankenkassen im jeweiligen Kassenbereich, wobei allerdings die besonderen Verhältnisse der LKken (zum Beispiel keine automatischen Beitragsmehrnahmen über Grundlohnsummensteigerung, höherer Anteil der Besuche an der Gesamtvergütung) zu berücksichtigen sind.

Krankenhaus und der Fortsetzung der Behandlung im ambulanten Bereich zwischen dem Erkrankten, dem Hausarzt und dem Krankenhausarzt abzustimmen.

6. Zur Förderung des ambulanten Operierens sollen Regelungen getroffen werden, die die Beobachtungs- und Betreuungszeit in der Aufwach- und Erholungsphase, die über eine Mindestzeit hinausgeht, vergüten.

7. Die Partner der Empfehlungsvereinbarung gehen davon aus, daß durch die Ausgliederung von Leistungsbereichen aus der pauschalierten Gesamtvergütung keine weitergehende Diskrepanz zwischen Vertragspunkt- wert und Verteilungspunkt- wert entstehen darf.

II.

Die Partner dieser Empfehlungsvereinbarung gehen gemeinsam davon aus, daß die Überschreitung von Richtgrößen nach § 84 SGB V Anlaß für eine gezielte Beratung von Ärzten über eine therapiegerechte Arznei- und Heilmittelversorgung sein soll. Sie empfehlen, auf dieser Grundlage für den Vertragszeitraum Richtgrößen für das Verordnungsvolumen von Arzneimitteln zu vereinbaren, wobei vom arztgruppenspezifischen Fachgruppendurchschnitt des Ausgangs quartals, gegliedert nach Rentnern und Allgemeinversicherten und jeweils bereinigt um gemeinsam festgestellte Preisentwicklungen, Innovationskomponenten und Festbetragsauswirkungen, auszugehen ist. Wird diese auf die Arztgruppe bezogene Richtgröße überschritten, sollen diejenigen Ärzte in ein Beratungsgespräch einbezogen werden, die innerhalb der jeweiligen Arztgruppe durch hohe Überschreitungen des Arztgruppendurchschnittes das Überschreiten der Richtgröße ausgelöst haben.

Die Partner dieser Empfehlungsvereinbarung empfehlen den Vertragspartnern der Vergütungsvereinbarungen, auf der Grundlage der vereinbarten Richtgrößen oder anderer Vergleichsgrößen Ausgleichsmodelle bei Einsparung von Arzneimittelausgaben durch ärztliches Ordnungsverhalten zu vereinbaren.

III.

Die Partner dieser Vereinbarung empfehlen den Partnern der Gesamtverträge und den Partnern des Arzt-/ Ersatzkassenvertrages, Maßnahmen zur Verbesserung der Transparenz der ärztlichen Leistungen zu vereinbaren. Die Umsetzung der gesetzlichen Rege-

lungen zum Datenträgeraustausch und zur Einführung der Krankenversicherungskarte soll zügig angegangen werden.

IV.

Die Partner dieser Vereinbarung werden die Auswirkungen ihrer Empfehlung laufend beobachten und entsprechende Maßnahmen ergreifen, wenn die angestrebten Ziele nicht erreicht werden.

Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Kassel, Siegburg, Köln, den 15. Februar 1990

AOK-Bundesverband
Bundesverband der Betriebskrankenkassen

Bundesverband der Innungskrankenkassen

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Bundesknappschaft
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.

Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V.

Kassenärztliche Bundesvereinigung K.d.o.R.

Protokollnotiz zur Bundesempfehlung ärztlicher Vergütung

1. Bei der Ausgliederung der Leistungen nach Abschnitt I.2 aus dem pauschal vergüteten Gesamthonorar kann auch der Leistungsbedarf in den Quartalen I/90 bis IV/90 zugrunde gelegt werden. Die Ausgliederung dieser Leistungen kann anstelle des Verteilungspunktwertes des betreffenden Ausgangs quartals auch nach dem durchschnittlichen Punktwert je Kassenart oder je Krankenkasse im Ausgangs quartal erfolgen.

2. Die Empfehlung zur Beratung von Ärzten bei Überschreitung von Richtgrößen nach Abschnitt II schließt arztbezogene Prüfmaßnahmen aufgrund der Überschreitung von Durchschnittswerten oder im Rahmen einer Stichprobenprüfung nicht aus. Beratungsgespräche können auch dann zweckmäßig sein, wenn nicht die Arztgruppe, sondern einzelne Ärzte die vereinbarten Richtgrößen oder andere Vergleichswerte überschreiten.

3. Nach § 11 Abs. 4 SGB V ist die gesetzliche Krankenversicherung vom 1. Januar 1991 an für Leistungen, die als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit erbracht wurden, nicht mehr leistungspflichtig. Die sich hieraus ergebenden Konsequenzen für die Ermittlung der pauschalierten Gesamtvergütung sind zu prüfen. □