

## Der neue Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag

Am 13. September 1990 hat nach dem Vorstand auch der Länderaus-schuß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Neufassung des Arzt-/Ersatzkassen-Vertrages gebilligt. Da auch die Beschlußgremien der Ersatzkassenverbände zwischenzeitlich zugestimmt haben, kann der neue Vertrag zum 1. Oktober 1990 in Kraft treten. Dem Vertragsabschluß sind über einen Zeitraum von mehr als 1½ Jahren zahlreiche Vorsondierungen, Abstimmungsgespräche und Verhandlungsrunden vorausgegangen. Dabei haben auf Ärzteseite auch Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen von regelmäßigen Abstimmungsgesprächen wesentlich an der inhaltlichen Gestaltung der Vertragswerks mitgewirkt.

Die nun vorliegende Neufassung des bisherigen Vertrages vom 20. Juli 1963 war wegen des mit dem Gesundheitsreformgesetz zum 1. Januar 1989 in Kraft getretenen Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) notwendig geworden. Da die Mehrzahl der inhaltlichen Veränderungen gegenüber dem bisherigen Vertrag der erforderlichen Anpassung der vertraglichen Bestimmungen an das SGB V entspricht, bleibt es für den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in vielen Bereichen bei den bisher vertrauten Regelungen. Im folgenden sollen einige der inhaltlich neuen Bestimmungen kurz vorgestellt werden:

► Für alle von den Ersatzkassen angeforderten schriftlichen Informationen gilt künftig, daß grundsätzlich nur vereinbarte Vordrucke Verwendung finden dürfen und daß auf dem Vordruck ein Hinweis darüber enthalten sein muß, ob und ggf. auf welche Weise die Abgabe der Information vergütet wird. Ausgenommen hiervon sind lediglich kurze Bescheinigungen ohne gutachterliche Fragestellungen. Diese Neuregelung soll zum einen die Zahl der unterschiedlichen Anfrageformulare der Ersatzkassen begrenzen und zum anderen endlich die Unsicherheit der Ärzte hinsichtlich der Vergütung für die nicht selten zeitaufwendigen schriftlichen Informationen beseitigen (§ 11 Abs. 18).

► Hat ein Versicherter nach Ablauf von 10 Tagen nach einer Behandlung seinen Behandlungsausweis (Krankenschein) noch nicht beigebracht, so darf der Arzt eine Privatver-

gütung für die Behandlung verlangen, die er jedoch dann zurückzahlen hat, wenn bis zum Ende des Quartals der Behandlungsausweis vorgelegt wird (§ 12 Abs. 4).

► Bei Überweisungen zur Durchführung bestimmter Leistungen (Auftragsüberweisung) wird künftig zwischen „Zielauftrag“ und „Rahmenauftrag“ unterschieden, um unterhalb der Stufe der „Konsiliaruntersuchung“ mehr Flexibilität im Überweisungsverfahren zu erzielen. Dabei bezieht sich der „Zielauftrag“ auf konkret zu definierende Leistungen (z. B. Bestimmung eines Laborparameters), während der „Rahmenauftrag“ – z. B. un-

### Die KBV informiert

ter Vorgabe der Verdachtsdiagnose – die vom Überweisungsempfänger zu erbringenden Leistungen eingrenzt, ihm aber die Verantwortung für die Auswahl der durchzuführenden Leistungen im vorgegebenen Rahmen überläßt. Die beiden unterschiedlichen Auftragsarten werden in die im Zuge der Einführung der Krankenversicherungskarte demnächst neu zu gestaltenden Überweisungsscheine aufgenommen werden (§ 13 Abs. 7).

► Aufgrund der gesetzlichen Vorgabe im § 83 Abs. 2 SGB V wurde im § 21 Abs. 8 des neuen Vertrages vereinbart, daß die Kassenärztliche Vereinigung aufgrund von Zufallsstrichproben ausgewählte Abrechnungen auf ihre Richtigkeit hin überprüft. Die für die Prüfung maßgeblichen Plausibilitätskriterien werden von der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegt.

► Sofern für die Durchführung bestimmter ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes erforderlich sind, so sind diese Qualifikationsvoraussetzungen nach der gesetzlichen Vorgabe im § 135 Abs. 2 SGB V künftig zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Verbänden der Ersatzkassen als Anlagen zum Vertrag zu vereinbaren. Bis zur Vereinbarung derartiger Qualifikationsvoraussetzungen gelten die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der am 1. Januar 1990 gel-

tenden Fassung für die Bereiche Radiologie und Nuklearmedizin, Ultraschalldiagnostik, Kernspintomographie, Laboratoriumsdiagnostik, Langzeit-EKG und zytologische Diagnostik weiter (§ 27 Abs. 3).

► Hinsichtlich der Erstattungsansprüche der Vertragskassen konnte im § 31 eine für alle Ärzte wesentliche Regelung vereinbart werden. So stellen eventuelle ärztliche Behandlungsfehler keine Verletzung vertragsärztlicher Pflichten dar, mit der Folge, daß der durch solche Behandlungsfehler möglicherweise verursachte Mehraufwand der Ersatzkassen keinen öffentlich-rechtlichen Schadensersatzanspruch auslöst. Eventuelle Ansprüche von Versicherten und von Ersatzkassen würden vielmehr ausschließlich nach den privatrechtlichen Regelungen abgewickelt. Dies ist deswegen von Bedeutung, weil die ärztlichen Berufshaftpflichtversicherungen öffentlich-rechtliche Schadensersatzansprüche nicht abdecken.

► Die meisten der zahlreichen Anlagen des bisherigen Arzt-/Ersatzkassenvertrages wurden in die Neufassung eingearbeitet, so daß nurmehr drei Anlagen verbleiben (Psychotherapievereinbarung, Dialysevereinbarung, Impfvereinbarung), von denen die Dialysevereinbarung und die Impfvereinbarung in Kürze überarbeitet und aktualisiert werden sollen. Mit dem Wegfall der besonderen Regelungen zur Durchführung der Mutterschaftsvorsorge und der Früherkennungsuntersuchungen (bisherige Anlagen 9, 10a und 10b) entfällt ab dem 1. Oktober 1990 auch der Mutterschaftsvorsorgechein, so daß die Versicherten künftig Mutterschaftsvorsorgeleistungen auch ohne einen solchen Berechtigungsschein in Anspruch nehmen können. Für die Früherkennungsuntersuchungen bleibt es dagegen vorläufig bei den bisherigen Berechtigungsscheinen; allerdings wird in dem ab 1. Januar 1991 geplanten Feldversuch zur Einführung der Krankenversicherungskarte in den betreffenden Regionen (Dortmund, Rheingau-Taunus-Kreis, Rendsburg/Eckernförde) bereits der Wegfall sämtlicher Berechtigungsscheine – also auch derjenigen für Früherkennungsuntersuchungen – getestet.

Über die ebenfalls zum 1. Oktober 1990 in Kraft tretende Neufassung des Bundesmantelvertrages mit den anderen Kassenarten (AOK, BKK, IKK, LKK, Bundesknappschaft) wird in einer der nächsten Ausgaben des Deutschen Ärzteblatts informiert werden. KBV