



BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE e. V.

Landesverband Saarland

Landesvorsitzender Dr. med. Percy Brandner * Lebacher Str. 78 * 66113 Saarbrücken

BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE e. V.
Dr. med. Percy Brandner * Lebacher Str. 78 * 66113 Saarbrücken

An die Mitglieder des
Berufsverbandes der Frauenärzte e.V.
Landesverband Saarland

Landesvorsitzender:

Dr. med. Percy Brandner
Frauenärzte Saarbrücken-West
Lebacher Str. 78
66113 Saarbrücken
Tel. 06 81 – 71 055
Fax 06 81 – 75 22 51
percy.brandner@gmx.de

Stellv. Landesvorsitzender:

Dr. med. Johannes Bettscheider
DRK-Krankenhaus
Chefarzt der Gyn. Abtlg.
Vaubanstr. 25
66740 Saarlouis
Tel 0 68 31 – 171-419
Fax 0 68 31 – 171-462
johannes.bettscheider@drk-kliniken-saar.de

17. Dezember 2012

Landesrundsreiben:

Kliniken fordern zunehmend Stationäre Einweisung für ambulante Diagnostik

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

in diesen Tagen erreichen den Landesverband Saarland des Berufsverbandes der Frauenärzte zunehmend Anfragen, nach welchen die saarländischen Frauenkliniken niedergelassene Kolleginnen und Kollegen ersuchen, Stationäre Einweisungen für Patientinnen auszustellen, bei denen erkennbar keine stationäre Behandlung, sondern lediglich eine ambulante Untersuchung vorgesehen ist. Diese Anfragen begründen das Ihnen vorliegende Landesrundsreiben, welches im Vorfeld inhaltlich auch mit Herrn Dr. med. Gunter Hauptmann, dem Vorstandsvorsitzenden der KV des Saarlandes, abgestimmt wurde.

Die aktuelle Problematik, das Einfordern von Stationären Einweisungen für ambulante Leistungen, ist letztlich die Folge einer historisch gewachsenen, saarländischen Sondersituation, nämlich der Tatsache, dass die persönlich ermächtigten Chefärzte viele Jahre lang Leistungen erbracht haben, welche genauso gut in der Niederlassung erbringbar gewesen wären. Dies sei nachstehend erläutert:

Anders als in anderen Bundesländern haben im Saarland die meisten gynäkologischen Chefärzte eine persönliche KV-Zulassung inne. Diese Zulassungen haben die Chefärzte bis in das Jahr 2012 hinein zur Abrechnung einer breiten Palette von Leistungen berechtigt, darunter auch solcher, welche bereits von den meisten Frauenarztpraxen des Landes erbracht werden, wie z.B. die Vagino- und die Mammasonographie. Selbstverständlich war der Ermächtigte stets zur persönlichen Erbringung aller abgerechneten Leistungen verpflichtet.

Tatsächlich ist aber die persönliche Ermächtigung eines Chefarztes nach Maßgabe der KV ausschliesslich für zwei Konstellationen vorgesehen. Zum einen aus Sicherstellungsgründen, wenn nicht genügend Ärzte des entsprechenden Fachgebietes vorhanden sind und zum anderen, wenn bestimmte Leistungen nicht im niedergelassenen Bereich erbracht werden. Aufgrund der qualitativ hochwertigen, wohnortnahen fachärztlichen Versorgung in Deutschland sind Ermächtigungen für Chefärzte in den anderen Bundesländern seltene Ausnahmen. Auch beschränken sich diese seltenen Ermächtigungen in anderen Bundesländern auf Spezialleistungen, welche in der Niederlassung nicht ausreichend vorgehalten werden. Tatsächlich war also die in unserem Lande langjährig vorherrschende Situation

einer flächendeckenden, breit gefächerten Ermächtigung fast aller Chefärzte ein saarländische Besonderheit.

Diese saarländische Sondersituation führte langfristig zu einer Verlagerung vieler originär der Niederlassung zuzuordnender Leistungen in den Bereich der persönlich ermächtigten Chefärzte:

- Viele Kliniken führten in Tumornachsorgesprechstunden regelmäßig die Nachsorgeuntersuchungen nach malignen Erkrankungen durch. Die zugehörige Bildgebung außerhalb des Fachgebietes der Frauenheilkunde (Röntgen, Schnittbilddiagnostik) wurde bei diesen Patientinnen zumeist in der radiologischen Klinik des Krankenhauses durchgeführt. Dabei ist festzuhalten, dass die Tumornachsorge eine Domäne des niedergelassenen Frauenarztes unter Einbindung des niedergelassenen Radiologen und anderer Disziplinen ist und absolut in der Niederlassung erbracht werden kann und sollte.
- Die persönliche Ermächtigung des Chefarztes wurde von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen vielfach genutzt, um eine „Zweitmeinung“ bei Ultraschallbefunden im Bereich der Mamma oder des kleinen Beckens einzuholen oder die eigene Diagnose abzusichern. Da aber beides – Vaginalschall und Mammasonographie – in der Niederlassung ausreichend vorgehalten werden, war die Einbindung der Klinik überflüssig. Darüber hinaus gibt es keine EBM-Leistung „Zweitmeinung“.
- Schwangere im zweiten Trimenon wurden in erheblichem Umfang zum Organschall in die Kliniken überwiesen, obgleich die Mehrzahl der Niedergelassenen die Berechtigung zur Erbringung dieser Leistung hat.

Diese Entwicklung führte dazu, dass die Frage der persönlichen Leistungserbringung ein Thema wurde, insbesondere im Rahmen der Ermächtigungen. Bei einer Veranstaltung der kassenärztlichen Vereinigung für Ermächtigte wurde eindeutig zum Thema und zu den gesetzlichen Verpflichtungen referiert. Bei dem ein oder anderen Ermächtigten schien der erbrachte Zeitaufwand im Hinblick auf die persönliche Leistungserbringung zumindest problematisch.

Um hier auch die Kolleginnen und Kollegen Chefärzte aus dem Anschein der Implausibilität herauszuholen, hat der Vorstand der kassenärztlichen Vereinigung beschlossen, die Ermächtigungen im Hinblick auf die Gesetzeslage „anzupassen“. Im Gegenzug sollten Ermächtigungen auch in einer Abteilung für zumindest zwei Personen möglich sein, um von vorneherein die persönliche Leistungserbringung zu gewährleisten. Der Zulassungsausschuss bei der Kassenärztlichen Vereinigung ist unabhängig in seinen Entscheidungen, hat aber gleichwohl die Überlegungen des Vorstandes positiv begleitet.

Aus diesem Grunde tagte im Jahre 2011 auf Veranlassung der KV und moderiert vom BVF eine Arbeitsgruppe von Niedergelassenen und Chefärzten zur Änderung des Umfanges der persönlichen Ermächtigungen. Als Konsequenz der Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe wurden im Laufe des Jahres 2012 die persönlichen Ermächtigungen der Chefärzte durch den Zulassungsausschuß auf solche Leistungen reduziert, die in der Niederlassung nicht flächendeckend angeboten werden (Amniocentese, fetale Fehlbildungsdiagnostik bei konkretem Verdacht, Urodynamik, Stanzbiopsie u.a.). Von den meisten Chefärzten, die ohnehin mit der Versorgung ihrer stationären Patientinnen ausgelastet sind, wurde diese Einschränkung der Ermächtigung auch in so fern akzeptiert, als dass sie dadurch von der im Klinikalltag schwer zu leistenden, mit juristischen Gefährdungen verbundenen, persönlichen Leistungserbringung bei einer grossen Zahl von Patientinnen entbunden wurden.

Aufgrund der nun eingeschränkten Ermächtigungen können – ich komme ins Präsenz – die Kliniken neuerdings viele gynäkologische Leistungen, wie den Ultraschall von Brust und kleinem Becken nicht mehr abrechnen. Ebenso wenig können Sie zur Erbringung weiterer Leistungen, z.B. Mammographie, im Regelfall weiter überweisen.

Diese veränderte Versorgungswirklichkeit führt zur Zeit zu Problemen, sei es, a) weil Niedergelassene Kolleginnen und Kollegen Patientinnen ambulant zur Zweitmeinung in der Klinik vorstellen wollen, sei es, b) weil Kliniken eine Patientin ambulant wieder einbestellen möchten oder auch erstmals unmittelbar in der Ambulanz behandeln, oder sei es, c) weil Patientinnen glauben, in jedem Fall einen Anspruch auf eine ambulante Behandlung in der Klinik zu haben. Die letztgenannte Situation ist derzeit die häufigste.

Hierbei gilt es folgendes zu beachten: Eine Wunscheinweisung seitens der Klinik, um eine ambulant erbrachte diagnostische Leistung durch die Pauschale „Abbruch prästationär“ abzurechnen, darf der Niedergelassene aufgrund gesetzlicher Bestimmungen nicht ausstellen.

Aus mir vorliegenden aktuellen Fällen möchte ich zwei typische Kasuistiken darstellen:

1. Kasuistik: Eine Patientin lässt regelmäßig beim Niedergelassenen die Tumornachsorge nach Mammakarzinom (einschliesslich Ultraschall) vornehmen, ließ sich aber bisher zusätzlich regelmäßig zur ergänzenden Mammasonographie zu einem Chefarzt überweisen. Dessen Ermächtigung ist nun um die „normale“ Mammasonographie bereinigt (Zulassung zur Stanzbiopsie hat er weiterhin). Die Klinik bittet nun die Patientin, in der Praxis des Niedergelassenen um eine Stationäre Einweisung in die Klinikambulanz zur Erbringung der Tumornachsorge nachzusuchen. Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen darf aber der Vertragsarzt eine solche Einweisung im vorliegenden Fall nicht ausstellen. Sollte die Patientin z.B. eine ergänzende Mammasonographie in der Klinik wünschen, so ist dies eine Selbstzahlerleistung.
2. Kasuistik: Eine Patientin im Z.n. Mammakarzinom ist es gewohnt, ihre radiologische Diagnostik (Mammographie, NMR) in der Radiologischen Abteilung einer Klinik durchführen zu lassen. Zu diesem Zweck hat sie sich bisher in die Brustsprechstunde der Klinik überweisen lassen, die dann in die Radiologie des Hauses weiterüberwiesen hat. Das war bereits in der Vergangenheit kein korrektes Vorgehen und ist es jetzt auch nicht. Da dies jetzt klargestellt wurde, bittet die Frauenklinik neuerdings um eine Stationäre Einweisung. Auch hier darf keine Einweisung ausgestellt werden.

Es wird sicher eine Reihe weiterer denkbarer Situationen geben, in welchen wir Frauenärztinnen und Frauenärzte des Saarlandes, noch mehr aber unsere Patientinnen, lernen müssen, dass der Zugang zur ambulanten Diagnostik in Klinikambulanzen reglementiert und tatsächlich auf die oben genannten, im Katalog der Ermächtigten aufgeführten Spezialleistungen beschränkt ist. Der Sonderfall war bisher das Saarland, das nun zu bundesdeutscher Normalität aufschließt. Wir sind nun da angekommen, wo wir eigentlich seit jeher sein sollten: Dass mit wenigen Ausnahmen die ambulante Diagnostik die Domäne des niedergelassenen Facharztes ist!

Wichtig: Da zukünftig mit Patientinnen zu rechnen ist, die nicht zu rechtfertigende Stationäre Einweisungen einfordern, hat Ihnen die KV des Saarlandes ein Formular mit den Insignien der KV zur Verfügung gestellt. Dieses Formular, in welches Sie lediglich die Adressette der Patientin und Ihren Praxisstempel nebst Unterschrift einpflegen müssen, ist als wirksame Argumentationshilfe für den Fall zu verstehen, dass Ihnen die Patientin unterstellen möge, Sie würden ihr eine Einweisung ungerechtfertigt vorenthalten. Sie halten eine Argumentationshilfe in Händen, damit Ihnen nicht unterstellt wird, Sie würden „nur nicht wollen“. Ich habe das Formular als Kopiervorlage diesem Schreiben beigefügt, zudem ist es downloadbar auf der Landeswebsite www.bvf-saarland.de, Rubrik „News“ -> „Downloads“.

Da die Zusammenarbeit zwischen Klinikern und Niedergelassenen unserer Fachgruppe im Saarland auf einem fairen und oft von persönlicher Freundschaft getragenen Niveau funktioniert, hoffe ich, dass wir keine größeren Probleme bei der Umsetzung dieser Regelungen haben.

Darüber hinaus möchte ich kurz aufzeigen, wie z.B. die Vorstellung vor OP geregelt ist. Halten Sie einen stationären Aufenthalt für erforderlich, so stellen Sie der Patientin eine Einweisung aus. Dann nimmt die Patientin mit der Klinik Kontakt auf (oder Ihre Praxis organisiert dies für Ihre Patientin) und klärt ab, wann ein Termin für die prästationäre Vorstellung und Diagnostik etc. vergeben wird. Sollte sich dann im Rahmen der prästationären Diagnostik herausstellen, dass doch kein stationärer Aufenthalt erforderlich ist, kann die Klinik die prästationäre Diagnostik mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. Sollte keine stationäre Aufnahme möglich sein, weil noch weitere Maßnahmen prästationär erforderlich sind, und eine neue Terminplanung erforderlich ist, können Sie auch eine erneute stationäre Einweisung ausstellen. Für Sie muss im Zweifelsfall erkennbar sein, dass eine stationäre Maßnahme notwendig, und eben keine ausschließlich ambulante Maßnahme erforderlich ist.

Das gleiche Vorgehen ist nach dem stationären Aufenthalt möglich. Die Klinik kann auf Grundlage der von Ihnen einmalig ausgestellten Einweisung die Patientin auch nach dem stationären Aufenthalt ambulant nachbehandeln, in der Kasse gegenüber zu begründenden Ausnahmefällen wenn es sein muss auch „monatelang“. Diese poststationäre Behandlung wird dann auch gegenüber der Kasse unmittelbar abgerechnet. Auch hierfür ist keine Überweisung geschweige denn eine erneute Einweisung erforderlich.

Dass das in der Vergangenheit unter Umständen im einen oder anderen Fall anders gehandhabt wurde, ändert nichts daran, dass die Kliniken vor und nach dem stationären Aufenthalt ambulant behandeln können. Genauso, wie Kliniken ohne Überweisung von Ihnen ambulante Operationen erbringen können und unmittelbar mit den Kassen abrechnen können.

Ich hoffe, ich habe hiermit etwas mehr Klarheit in die Angelegenheit gebracht, wünsche Ihnen und Ihren Lieben frohe und besinnliche Festtage und grüsse Sie, auch im Namen des stellvertretenden Landesvorsitzenden, Herrn Dr. med. Johannes Bettscheider,

Ihr Percy Branden

PS:

Ich halte die hier diskutierte Problematik für so wichtig, dass sie eines der Themen des ersten Quartalstreffens des kommenden Jahres am 6. Februar 2013 sein wird. Weitere Themen sind die Honorarsituation, der neue EBM 2013 sowie die Neuwahl des Landesvorsitzenden und seines Stellvertreters.