

# Schlag gegen das Krankenhau

Vilsbiburg, 22.12.2012

Pressemitteilung zum Bericht der VZ vom 19.12.1012

Bevor man sich zur Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zum Entzug der „Zulassung“ äußert, sollte man sich mit der bestehenden Rechtslage auseinandersetzen. Nur so kann eine sachliche Diskussion darüber entstehen. Deshalb hier kurz eine Zusammenfassung der geltenden Rechtslage.

Der Gesetzgeber hat die medizinische Versorgung der Bevölkerung in zwei Gruppen geteilt; die ambulante und die stationäre Versorgung. Mit der ambulanten Versorgung sind die Haus- und Fachärzte beauftragt worden, die im sog. Sicherstellungsauftrag ihren Ursprung haben. Vertreten werden die Ärzte durch die Landesorganisation der Kassenärztlichen Vereinigung. Für die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung ist der Zulassungsausschuss (paritätisch besetzt durch Vertreter der Ärzte und Krankenkassen) zuständig, der sich nach den Bedingungen in der Zulassungsverordnung-Ärzte (ZV-Ärzte) richten muss. Dieser Zulassungsausschuss ermittelt deshalb den Bedarf, für wie viele Einwohner eines Gebietes Hausärzte bzw. Fachärzte jeder Fachrichtung notwendig sind. Die stationäre Versorgung übernehmen die Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen.

Stellt dieser Zulassungsausschuss fest, dass es z. B. zu wenig ambulant operierende Chirurgen gibt, kann nach § 31a der ZV-Ärzte ein Krankenhausarzt „ermächtigt“ (also zugelassen) werden, um an der kassenärztlichen Versorgung mitzuwirken. Der Zulassungsausschuss legt DABEI genau fest, über welche Maßnahmen eine Ermächtigung ausgesprochen wird. In diesen Fällen kann der gesetzlich versicherte Patient mit einem Überweisungsschein auch einen Krankenhausarzt aufsuchen (so wie bisher beim KKH Vilsbiburg geschehen).

Kommt der Zulassungsausschuss aber zu dem Ergebnis, dass es keinen Bedarf für die Ermächtigung eines Krankenhausarztes gibt, wird das Krankenhaus bzw. der jeweilige Chefarzt nicht mehr „ermächtigt“, an dieser kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen. Das bedeutet aber nicht, dass man als sog. Kassenpatient nicht mehr von einem Krankenhausarzt behandelt werden kann. In diesem Fall gibt es die Möglichkeit, dass der Hausarzt einen Einweisungsschein (Verordnung von Krankenhausbehandlung) ausstellt und sich der Patient mit diesem zum Krankenhaus begibt. Deshalb gibt es im § 115 a Sozialgesetzbuch V die Vorschrift, dass im Rahmen einer vorstationären Behandlung (innerhalb einer Woche vor Aufnahme) bis zu 3x eine Behandlung und nach der Entlassung eine sog. nachstationäre Behandlung (in den zwei Wochen nach der Entlassung) bis zu 7 Nachbehandlungen erfolgen können. Diese Behandlungen kann das Krankenhaus allerdings nicht mehr über einen „Überweisungsschein“ mit der KV abrechnen, sondern nur noch direkt mit den Krankenkassen über die derzeit gültigen Fallpauschalen und Sonderentgelte, wie sie für den jeweiligen Operationsfall gelten.

So kostet derzeit ein künstliches Kniegelenk bei einer max. Verweildauer von 11,9 Tagen 7140,51 € oder ein künstliches Hüftgelenks bei einer Verweildauer von 11,5 Tagen 6817,05 €. In diesen Beträgen ist die sog. vor- oder nachstationäre Behandlung enthalten. Soweit die Rechtslage.

Wobei wir nun beim Thema „Geld“ wären. Warum es plötzlich zum Entzug der „Ermächtigung“ kam, kann nur spekuliert werden, denn im Rahmen der Bedarfsermittlung hat es m. E. keine Änderungen gegeben. Vermutlich wollen die ambulant tätigen Fachärzte nicht mehr, dass die Krankenhausärzte an ihrem „Kuchen“ (Butget) mitessen.

Was die politische Seite angeht, habe ich mich sofort nach Bekanntwerden in meiner Eigenschaft

als Vorstand der Freien Wähler und Stadtrat bereits am 06.12.12 mit der KV in Verbindung gesetzt und darum gebeten, mir über die Vorgänge Auskunft zu geben. Nach Aussage der KV (Zulassungsausschuss) war die bisherige Ermächtigung nur für eine einmalige präoperative Untersuchung und Beratung im Hinblick auf die Operationsindikation möglich. Diese Leistung ist nach § 115 a SGB V (s.o. vorstationäre Behandlung) Bestandteil der stationären Versorgung und kann wie bisher erbracht werden. Zwischenzeitlich läuft bereits das Berufungsverfahren beim Berufungsausschuss Ärzte, dessen Ergebnis noch nicht bekannt ist.

Mit meinem bisher vierten Schreiben vom 20.12.12 habe ich mich nochmals an den Zulassungsausschuss Ärzte gewandt mit der Bitte um Beantwortung einiger Fragen, was die Bedarfsermittlung in unserem Gebiet betrifft. Hier die Fragen im Wortlaut:

- „1. Welche grundsätzlichen Kriterien werden von der KVB bzw. dem Zulassungsausschuss für eine Ermächtigung zugrunde gelegt?
2. Nach welchen Kriterien (Einwohnerzahlen, angerechnete Gebiete, vorhandene Facharztdichte, Fallzahlen?) wurde die Ermächtigung bisher erteilt?
3. Welche Änderungen dieser Kriterien haben sich jetzt ergeben, die einen Entzug der Ermächtigung erforderten?

Ich möchte noch darauf hinweisen, dass das KKH Vilsbiburg nicht nur die stationäre Versorgung unseres Altlandkreises abdeckt, sondern darüber hinaus auch den kompletten südlichen Raum bis teilweise ins oberbayerische Land hinein zwischen Gangkofen-Neumarkt.St.Veit über Buchbach und Velden bis Taufkirchen versorgt. Also ein ziemlich großer ländlicher Raum, in dem sich außer einer ambulanten chirurgischen Praxis kein Orthopäde befindet.“

Die Beantwortung dieser Fragen wird wegen der Feiertage noch dauern. Selbstverständlich werde ich dann die Bevölkerung weiter informieren.

Sebastian Huber, Vorstand Freie Wähler Vilsbiburg

Die Presemitteilung kann man sich auch als Pdf-Datei downloaden, klicken sie dazu [hier](#)