

Ärztliche Zusammenarbeit bei ambulanter und stationärer Versorgung

Referat zu Punkt 4 der Tagesordnung der Arbeitstagung
des Plenums des 79. Deutschen Ärztetages

Dr. med. Horst Bourmer, Vizepräsident der Bundesärztekammer
und Vorsitzender ihres Ausschusses „Arzt im Krankenhaus“

Wer heute über ärztliche Versorgung sprechen will, muß die ambulante und die stationäre Betreuung als einen Komplex ansehen. Es genügt nicht, nur über das eine und dann isoliert über das andere zu diskutieren. Wer dies tut, verkennet die Realitäten.

Es ist zugegebenermaßen schwer, Probleme der Gesundheitsversorgung anzugehen und dabei den eigenen Standpunkt und die eigenen Interessen in Frage zu stellen. Dies muß man jedoch tun, wenn man versuchen will, auf der heutigen Rechtsbasis und ohne utopische Zielvorstellungen den stationären und den ambulanten ärztlichen Bereich besser zu verzahnen und dadurch auch weiterzuentwickeln. Eine zeitgerechte Versorgung unserer Patienten fordert ein Aufeinanderzugehen der Ärzte und der die Betreuung gewährleistenden Organisationen im ambulanten und im stationären Sektor. Das allerdings verlangt von beiden Seiten Einsicht, guten Willen und das Zurückstecken einseitiger Interessensstandpunkte.

Kooperation als Allheilmittel zur Kostenbegrenzung?

Erst die gegenwärtige Auseinandersetzung um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen hat Interessen und Interessengruppen auf den Plan gerufen, die sich vorher um die Gesundheitspolitik

überhaupt nicht oder nur am Rande kümmerten. Jetzt jedoch, da dieses Thema aktuell ist, da es nicht nur die Diskussion der Gesundheits- und Sozialpolitiker, sondern auch die Politik an sich beherrscht, gibt es von überall her Vorschläge und Forderungen, wie die Kosten im Gesundheitswesen zu begrenzen seien. Dabei spielt der sogenannte Graben zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich in unserem Versorgungssystem eine besondere Rolle. In einer kaum noch überschaubaren Zahl gesundheitspolitischer Programme wird mehr Kooperation zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem Krankenhaus gefordert. Dies sei, so sagt man, ein besonders erfolgreiches Allheilmittel zur Kosteneindämmung. Wenn es allerdings in die Diskussion der Details geht, werden auch hinter diesem Lösungsvorschlag eine ganze Reihe von Nuancen erkennbar. Sie reichen von Appellen an niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzteschaft zugunsten einer besseren freiwilligen Zusammenarbeit über die Erwartung gesetzgeberischer Eingriffe bis zum Verlangen nach einer Änderung des Systems.

Es ist interessant festzustellen, daß eine große Zahl von Vorschlägen eine Verschiebung des Schwerpunktes der gesundheitlichen Versorgung unserer Bevölkerung von der niedergelassenen Ärzteschaft in das Krankenhaus zum Ziel hat.

Man argumentiert hier recht oberflächlich mit der apparatemedizinisch besseren Versorgung, die das Krankenhaus bieten könnte, und der notwendigen Kapazitätsausnutzung dieser für die Volkswirtschaft so teuren Institution. Verkennen wir nicht, daß hinter dieser Zielsetzung zwar versteckte, für uns aber durchaus erkennbare politische Vorstellungen stehen, die auf eine *zentralisierte* ärztliche Behandlung und eine institutionalisierte gesundheitliche Versorgung unserer Bevölkerung zielen. Schlagworte wie „der Arzt als Kleinunternehmer muß weg“ (Mudra) sowie Vorschläge zum „integrierten Gesundheitssystem“ und zum „zentralen Informationssystem“ lassen den gesellschaftspolitischen Hintergrund der sogenannten Sachargumente erkennen. Der Apparat beherrscht die Gesellschaft, statt ihr zu dienen, und wer den Apparat in der Hand hat, der regiert. Solche Überlegungen gehen im übrigen quer durch die politischen Parteien und quer durch den sogenannten vopolitischen Raum.

Gesundheitsversorgung ist sicher mehr als nur ambulante ärztliche Versorgung; aber diese umfaßt immerhin über 90 Prozent der gesamten ärztlichen Betreuung unserer Bevölkerung. Dabei ist der Hinweis nicht nur gestattet, sondern wichtig, daß dafür nur rund 19 Prozent der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen erforderlich sind. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache bekommen die Angriffe auf die niedergelassene Kassenärzteschaft mehr den Charakter der politischen Polemik als den der sachlichen Argumentation. Es gibt keinen einleuchtenden sachlichen Grund und schon gar nicht den einer von manchen behaupteten systemimmanenten mangelhaften Effizienz, der es rechtfertigen könnte, den Schwerpunkt ärztlicher Versorgung von der Betreuung durch den frei niedergelassenen Arzt in das Krankenhaus zu verlagern und dann auch noch die Behauptung aufzustellen, daß sich dadurch die Kosten vermindern lassen. ▷

Zusammenarbeit

Das Krankenhauswesen in der Bundesrepublik Deutschland ist trotz Krankenhausfinanzierungsgesetz, trotz Bundespflegesatzverordnung und trotz Landeskrankenhausgesetzen immer noch ein ungeordnetes Gemeinwesen. Diese hart erscheinende Formulierung ist nicht polemisch gemeint, sondern exemplifiziert den Zustand in einem Versorgungsbereich, an dem die öffentliche Hand mit nahezu 50 Prozent beteiligt ist und – im Gegensatz zu den niedergelassenen Kassenärzten – kaum kritisiert wird. Der Versuch, durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und die Bundespflegesatzverordnung die so lange vermißte notwendige ordnungspolitische Funktion auf dem Krankensektor zu erfüllen oder sie auch nur einzuleiten, ist kläglich gescheitert. Wir stehen vor einer stattlichen Zahl divergierender Landeskrankenhausgesetze, die zum Spielball politischer Argumentationen geworden sind. Es gibt auch keine vernünftige, auf einheitlichen Kriterien aufbauende Strukturanalyse für die stationäre Versorgung unserer Bürger, und damit ist eine Bedarfsplanung nach den tatsächlichen Notwendigkeiten von vornherein unmöglich. Eine Strukturanalyse hätte die Grundlage des KHG sein müssen. Auch für dieses Versagen ist allein der Staat zuständig – wo sind hier die Kritiker? Seitdem sich der Staat, d. h. Gesetzgeber und Regierungen, des Krankenhauswesens angenommen haben, ist das Krankenhaus nicht billiger, sondern im Gegenteil sehr, sehr viel teurer geworden. Das Krankenhaus aber ist ein Teil, und zwar ein wesentlicher Teil unserer gesamten gesundheitlichen Versorgung. Bei dem Ausmaß der Steuermittel, die zwangsläufig von der Allgemeinheit und damit auch von uns für eine gute stationäre Versorgung aufgebracht werden müssen, steht und fällt die Verwirklichung der Rationalität in unserem Gesundheitswesen mit der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses.

Es ist bekannt, daß die Statistiken die höchste Steigerungsmarge der



Wortmeldung nach Wortmeldung: Begrenzung der Redezeit und Verlängerung der Sitzungsdauer halfen, die Flut der Diskussionsbeiträge zu bewältigen

Kosten im Gesundheitswesen bei den Krankenhäusern ausweisen. Es wäre jedoch falsch, Krankenträger oder Krankenhausverwaltungen für diese Entwicklung allein verantwortlich zu machen, die Wurzeln des Dilemmas liegen in dem unzureichend konzipierten

Krankenhausfinanzierungsgesetz und der ebenfalls alle Anreize zu wirtschaftlichem Handeln vermissen lassenden Bundespflegesatzverordnung. Durch den § 8 des KHG von 1972, nach dem in der Regel Krankenhäuser mit weniger als 100 planmäßigen Betten aus der staatlichen Förderung herausgenommen werden, ist nicht nur der Trend zum Zentralismus in der stationären Versorgung durch den Gesetzgeber fort- und festgeschrieben und damit der Verzicht auf eine bürgernahe Versorgung besiegelt, sondern auch den Versuchen einer verstärkten ärztlichen Zusammenarbeit bei ambulanter

und stationärer Versorgung ein schwerer Rückschlag beschieden worden. Dazu kommt noch die durch nichts zu begründende Ablehnung des Belegkrankenhauses durch die Gewerkschaften und andere. In einem weitverbreiteten Wochenblatt las ich vor kurzem sinngemäß folgenden Bericht: Ein Patient, ernsthaft erkrankt, wurde in eine der modernen Großkliniken gebracht. Nie wieder – sagte er hinterher. Da sei man nur ein Fall, von Hand zu Hand weitergereicht. Mit einem Arzt zu reden sei sehr schwer, denn jeder betrachte nur einen Ausschnitt des Falles, der Computer rechne alle Ergebnisse zusammen. Es mag alles stimmen, sagte er, was am Ende herauskommt, aber wenn ich so krank bin, dann brauche ich einen Menschen. Kommt in dieser Aussage nicht ein Zeitzeichen der kollektiven Gesellschaft zum Ausdruck, die den Einzelmenschen zur An-

passung zwingen will und ihn damit seiner Individualität beraubt?

Belegkrankenhäuser kostengünstiger

Gerade die kleinen Krankenhäuser waren und sind es, die für die Ärzte die besondere Attraktivität der belegärztlichen Versorgung bieten können und damit auch viele Probleme der Sicherstellung der ambulanten Versorgung lösen, die zum anderen auch dem Patienten seinen Arzt garantieren, der ihn in seiner Praxis und im Krankenhaus betreuen kann. Es gibt viele Erkrankungen, und zwar nicht nur aus dem Bereich der sogenannten Organfächer, bei denen das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und dem Patienten der Heilung in besonderem Maße förderlich ist. Auch bieten sie die Möglichkeit, viele Operationen, die bei uns noch fast selbstverständlich stationär durchgeführt werden, ambulant auszuführen. Dies gilt insbesondere für die Kinderchirurgie, Gynäkologie und für die Organfächer: So führten wir in den letzten sechs Jahren etwa 1500 Kinderoperationen wie Leistenbrüche, Nabelbrüche, Leistenhodenoperationen und Phimosen ambulant durch. Die Ergebnisse sind klinisch wie psychologisch überraschend gut. Auch Fritz (Heilbronn) und Hecker (München) sowie Dardenne (Bonn) mit seinen ambulanten Staroperationen machten ähnlich gute Erfahrungen. Die Kostenvermindierungen verhalten sich wie 1:6 bis 1:10. Aber welche Schwierigkeiten sind bei Krankenhausverwaltungen und manchen KVen, aber auch bei verständnislosen Kollegen zu überwinden!

Der Belegarzt, aber auch der beteiligte Kliniker, können also in qualifizierter Weise tätig werden. Es ist wohl zu unterstellen, daß solche Überlegungen von denjenigen, die vom grünen Tisch her die Belegkrankenhäuser zerschlagen wollen, nicht angestellt worden sind. Dabei geht es nicht darum, ein Belegarztssystem festzuschreiben, das unseren heutigen Vorstellungen von

stationärer Versorgung nicht mehr entspricht. Es geht um die Entwicklung eines neuartigen, leistungsfähigen Systems, das den Patienten eine moderne Medizin bei freier Arztwahl und bürgernaher stationärer Versorgung bietet. Die noch zu erwartenden Verordnungen auf Bundesebene werden die auseinandergehenden Regelungen im Krankenhausbereich sicherlich noch vergrößern. Von dem sogenannten §-7-Ausschuß nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, der die Initiativen von Bund und Ländern koordinieren und auch von dem Beirat der Sachverständigen, der diesen Ausschuß beraten soll, hört man nichts. Länder und Gemeinden schieben sich für die nun offensichtlich werdenden Bettenüberkapazitäten den „Schwarzen Peter“ zu. Fehlplanungen haben ein nach erforderlichen Versorgungsleistungen abgestuftes Krankenhausversorgungssystem bisher verhindert. Und dieses ungeordnete „Gemeinwesen Krankenhaus“ soll nach den Zielvorstellungen bestimmter Gruppen in unserem Lande noch weitere Teile der ärztlichen Versorgung nach und nach übernehmen?

Selbstverwaltungskörperschaften als Ordnungselement

Was ich hier sage, mag in den Einzelheiten überspitzt erscheinen, nur bin ich mir immer deutlicher darüber klar, daß nur eine unmißverständliche und kritische Auflistung aller Schwächen die Gesprächsbereitschaft aller Beteiligten erzwingt. Wenn der Staat es nicht schafft, dem Krankenhauswesen in unserem Lande die erforderliche Rahmenordnung zu geben, dann stellt sich die Frage, ob diese Aufgabe nicht besser von einer Selbstverwaltung zu lösen ist. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Landesorganisationen der Krankenhausträger sind Einrichtungen, die vieles für die Weiterentwicklung und Vereinheitlichung des Krankenhauswesens getan haben. Sie sind jedoch freiwillige Zusammenschlüsse der Krankenhausträger und weisen folglich alle

die aus dieser Organisationsform resultierenden Schwierigkeiten und Nachteile auf. Es sollte Aufgabe des Staates sein, die Krankenhausgesellschaften in ihrer Funktionsfähigkeit zu stärken. Dabei bietet sich analog zu den Selbstverwaltungseinrichtungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung auch für die Krankenhausgesellschaften die Rechtsform der Körperschaft an. Anstatt das ordnungspolitische Instrument partnerschaftlicher körperschaftlicher Selbstverwaltung, das sich im ambulanten Bereich bewährt hat, auch im stationären Bereich einzuführen, will man lieber den Einfluß der stationären Versorgung in den ambulanten Sektor ausdehnen und fordert für den teuersten Bereich, den Krankenhausbereich, mit einem weniger als 10%igen Anteil an der Krankenversorgung noch die vorstationäre Diagnostik und die nachstationäre Behandlung dazu!

Wunderdinge werden versprochen, wenn nur endlich diese Reformvorstellungen verwirklicht würden. Dabei wird behauptet, daß die hochspezialisierten apparatemedizinischen Einrichtungen des Krankenhauses allen Patienten zugute kommen müßten, und daß darüber hinaus diese Kapazitäten im Krankenhaus auch nicht voll ausgenutzt seien. Der Staat verlangt dies ungeniert, und bei der niedergelassenen Ärzteschaft spricht man in solchem Fall von „doppelter Dynamisierung“. Vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung durch das Institut Krankenhaus sollen offenbar nach manchen Äußerungen jene Kostenersparnis bringen, die unser Gesundheitssystem vor dem finanziellen Ruin rettet. Nun muß man sehen, daß das Krankenhaus ein Dienstleistungsbetrieb sui generis ist und sich daher mit einem Industriebetrieb nicht vergleichen läßt. Ein Krankenhaus muß je nach Leistungsanforderung Personal und apparatemedizinische Einrichtungen vorhalten, auch wenn deren Kapazität nicht voll ausgenutzt werden kann. In diesem Zusammenhang stellt sich allerdings auch die Frage

nach der Ausnutzung des Krankenhauses an Wochenenden.

Es ist einfach falsch zu behaupten, die apparatemedizinische Ausstattung in den freien Praxen sei grundweg schlechter als die in den Krankenhäusern der Basisversorgung. Die niedergelassenen Ärzte haben in den letzten Jahren viel in ihre Praxen investiert. Sie haben die Möglichkeiten der Fortbildungsveranstaltungen und Fachausstellungen benutzt, um mit den modernen medizinisch-technischen Geräten vertraut zu werden und sie anzuschaffen. Dort aber, wo der Einsatz spezieller Apparate notwendig ist, wird schon heute der Patient an beteiligte oder ermächtigte Krankenhausärzte überwiesen. Im übrigen kann wohl auch nicht davon ausgegangen werden, daß die Ausstattung der Krankenhäuser immer auf dem neuesten Stand bleiben wird. Die Krankenhausinvestitionskosten werden bekanntlich von Bund, Ländern und Gemeinden getragen und sind damit von den finanziellen Möglichkeiten der öffentlichen Hand abhängig. Wie diese heute aussehen, ist weitgehend bekannt, und nicht selten finden sich die neuesten technischen Entwicklungen eher in der freien Facharztpraxis als im Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung.

Institutionalisierte semistationäre Versorgung?

Die häufig gehörte Argumentation, daß vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung durch die Institution Krankenhaus die Verweildauer senken würden, konnte bisher nirgendwo bewiesen werden. Hierbei spielt die Zahl der zur Verfügung stehenden Betten eine nicht unwichtige Rolle. Denn Verkürzung der Verweildauer ohne gleichzeitige Reduzierung der Bettenzahl führt zur Kostensteigerung. Aber Krankenhausbetten einzusparen ist ein sehr langfristiges Programm. Die Krankenhausträger haben mit Recht darauf aufmerksam gemacht, daß die Einsparung von

Krankenhausbetten, und damit verbunden von Krankenhauspersonal, sehr behutsam angegangen werden muß, um den medizinischen Fortschritt nicht zu gefährden, und daß man sich hier unbedingt klarzumachen hat, daß Rationalisierung an der spezifischen Aufgabe des Krankenhauses, ein Dienstleistungsbetrieb auch für Krisenzeiten und Eventualfälle zu sein, seine Grenzen findet.

Kann heute wirklich irgend jemand exakt nachweisen, daß das Gesundheitssystem insgesamt nach der institutionellen Übernahme vorstationärer Diagnostik und nachstationärer Behandlung durch das Krankenhaus kostengünstiger arbeiten würde? Es gibt bisher keine betriebswirtschaftlich abgesicherten Erkenntnisse, die diesen Beweis erbringen. Das, was an sogenannten Modellversuchen beispielsweise in Hamburg läuft, kann nicht als ein Modellversuch in wissenschaftlichem Sinne gewertet werden. Zunächst einmal müssen hier die theoretischen Grundlagen geschaffen, die Parameter gefunden werden, nach denen ein solcher Modellversuch aufzubauen ist. Daran arbeitet das Deutsche Krankenhausinstitut in Düsseldorf, und soweit bekannt ist, sind diese Arbeiten noch nicht abgeschlossen. Diese Überlegungen gelten analog für den Plan, Medizinisch-Technische Zentren – sogenannte MTZs – einzurichten.

Dazu gibt es einen interessanten Briefwechsel zwischen Dr. Vilmar und dem Senator für Gesundheit und Umweltschutz der Stadt Bremen. Senator Brückner hat die Absicht, im Krankenhaus Bremen-Ost ein MTZ einzurichten. Die Ärzteschaft Bremens hat sich gegenüber dem Senator klar gegen eine organisatorische Trennung von Diagnostik und Therapie ausgesprochen. Denn diese Trennung würde nicht nur zu einer Verteuerung durch die erheblichen Neuinvestitionen führen, sondern insbesondere durch eine Verzerrung und sogar Auflösung der ärztlichen Verantwortung für die Patienten Nachteile bringen.

Auch das MTZ ist also kein Weg die ambulante und stationäre Versorgung besser zu koordinieren. Und was sagt der Patient? Eine Patientenbefragung neuesten Datums hat ergeben, daß die Mehrheit der Patienten die Poliklinik als eine anonyme Behandlungsmaschinerie ablehnt.

Ich höre jetzt schon unsere lautstarken Kritiker zu dem, was ich bisher gesagt habe: „Da wird es wieder deutlich, die Ärzte wollen keine Veränderung.“ Diesen Vorwürfen sollte man nicht nur mit aller Deutlichkeit entgegentreten, man sollte sie auch ernst nehmen. Dennoch ist unbestreitbar: Die Ärzte haben sachgerechte und patientennahe Vorschläge zur Weiterentwicklung der ärztlichen Versorgung gemacht, sie können sie nur schlecht verkaufen. Daß Ärzte dabei keine Revolutionäre sind, ergibt sich aus ihrem Beruf. Sie können mit ihren Patienten keine Experimente machen, sie müssen auf der Grundlage ihrer Erfahrungen und unter Verwertung dessen, was sich bewährt hat, die Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung weiterentwickeln und verbessern. Sie sind sich dabei bewußt, daß ihre Patienten von ihnen eine zeitgerechte ärztliche Versorgung verlangen, sie sind sich aber auch bewußt, daß diese Versorgung finanzierbar sein muß.

Ärztliche Vorschläge zur Strukturreform der Krankenhäuser

Die Ärzte haben zu der Problematik ärztlicher Zusammenarbeit in ambulanter und stationärer Versorgung klare Vorstellungen vorgelegt. Der Deutsche Ärztetag in Westerland 1972 leistete zum Beispiel auf Veranlassung und unter Mitwirkung der freien Verbände mit seinen Leitsätzen eine umfangreiche und sorgfältige Arbeit. Es sind darüber hinaus vom Hartmannbund schon 1970 und vom Marburger Bund 1971 neue Strukturformen für Krankenhäuser und ihren ärztlichen Dienst angeboten worden. Weiter sind Überlegungen zu einer

besseren Zusammenarbeit von Krankenhaus und freier Praxis von den Ärztetagen zur Diskussion gestellt und verabschiedet worden. Zugegeben, diese Konzeptionen haben bisher nur ein kurzlebiges Echo gefunden, da sie nicht in Schlagworten und griffigen Formulierungen angeboten wurden, wie zum Beispiel das „klassenlose Krankenhaus“, eine inzwischen entlarvte und zehn Millionen kostende Leerformel. Ein verdammt kostspieliger Woythal-Effekt.

Die innere Struktur der Krankenhäuser gehört nicht zu dem mir vorgegebenen Thema. Daher möchte ich die „Westerländer Beschlüsse“ hinsichtlich einer patientengerechten Zusammenarbeit zwischen Ärzten aller Fachrichtungen im Krankenhaus und in der freien Praxis erneut ins Gedächtnis rufen. Diese Beschlüsse sind nicht nur bei den Politikern, bei den Krankenkassen, bei den Journalisten, sondern auch bei den Ärzten, also bei uns, weitgehend in Vergessenheit geraten.

1972 forderte der Deutsche Ärztetag:

▷ Alle Möglichkeiten enger Zusammenarbeit zwischen Krankenhausärzten und Ärzten der freien Praxis auch über den technischen Bereich hinaus zu nutzen.

▷ Neben dem notwendigen und üblichen Gespräch von Arzt zu Arzt den Austausch von Informationen und Befunden zu verstärken.

▷ Um zeitraubende, kostspielige und für den Patienten oft unangenehme Doppeluntersuchungen zu vermeiden, den Krankenhausärzten aus der freien Praxis alle von Allgemein- und Fachärzten erhobenen Befunde zu übermitteln.

▷ Die Krankenhausärzte sollten die Befunde aus der freien Praxis auch nutzen und sie nicht wiederholen.

▷ Bei Entlassung eines Patienten aus dem Krankenhaus dem weiter-

behandelnden niedergelassenen Arzt alle Behandlungs- und Befundberichte unverzüglich weiterzuleiten, damit die Behandlung nahtlos fortgesetzt werden kann.

▷ Dem aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten ein Krankenhausentlassungsrezept mitzugeben, damit die medikamentöse Versorgung dieses Patienten bis zur ersten Inanspruchnahme des Hausarztes nahtlos fortgesetzt werden kann.

Das sind in komprimierter Form wesentliche Vorstellungen, die von der Ärzteschaft und für die Ärzteschaft und letztlich für den Patienten entwickelt worden sind. Ein wichtiger Beschluß darf hier nicht vergessen werden: Der Ärztetag forderte auf der Grundlage des geltenden Rechts, d. h. unter Beibehaltung der Bedürfnisprüfung im Sinne einer guten Versorgung der Versicherten:

▶ Fachärzte, die im Angestellten- oder Beamtenverhältnis an Krankenhäusern tätig sind, sind vom Zulassungsausschuß für die Dauer ihrer Tätigkeit am Krankenhaus an der kassenärztlichen Versorgung auf Überweisung durch Kassenärzte zu beteiligen, sofern eine Beteiligung notwendig ist zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung.

▶ Man sollte noch einen Schritt weiter gehen und ermöglichen, daß diese Krankenhausärzte mit niedergelassenen Ärzten in Form von Gruppenpraxen zusammenarbeiten, so daß auf dem Gebiet der Gruppenpraxen eine Weiterentwicklung erfolgen könnte – selbstverständlich unter Beachtung des jetzigen § 29 der Zulassungsordnung/Ärzte, wonach in dieser Reihenfolge folgende ärztlichen Leistungen angesprochen sind:

▷ Untersuchungen zum Zwecke der Krankheitsfrüherkennung;

▷ konsiliarische Beratung eines Kassenarztes in der Behandlung;

▷ die Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden;

▷ eine ambulante Nachbehandlung nach einer stationären Krankenhausbehandlung im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt.

Dies ist jedoch nur ein Teil des Ärztetags zur Verbesserung der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten.

Schon der „Westerländer Ärztetag“ und noch detaillierter der Ärztetag 1974 in Berlin befaßten sich mit der Reform belegärztlicher Tätigkeit. Die Neuordnung des Belegarztwesens sehen die Ärzte in der Ablösung des Einzelbelegarztsystems, das sich in der Vergangenheit bewährt, bis heute aber auch eine Reihe von Mängeln gezeigt hat. Durch ein modernes kollegiales System sollte allen qualifizierten niedergelassenen Ärzten im Einzugsbereich eines Krankenhauses die Arbeit am Krankenhaus offenstehen. Vorausgehen muß selbstverständlich der Beschluß des Krankenhausträgers, das Krankenhaus als Belegkrankenhaus zu führen oder dem Krankenhaus eine Reihe von Fachrichtungen anzugliedern, die notwendigerweise von Belegärzten zu besetzen sind. Eine solche Beschlußmöglichkeit des Krankenhausträgers, der in eine vernünftige Krankenhausbedarfsplanung gehört, darf – und dies muß noch einmal klar gesagt werden – durch Bundes- und Landesgesetze nicht behindert werden. Es dürfen nicht die preiswerteren arbeitenden kleineren Krankenhäuser aufgegeben werden. Viele Gesundheitspolitiker gehen einfach davon aus, daß Großkrankenhäuser ökonomisch sinnvoller zu führen sind als kleinere Krankenhäuser.

Belegärztliche Tätigkeit wirkt Zentralisierungstendenzen entgegen

Die neue Form belegärztlicher Tätigkeit verbessert die Versorgung

der Patienten im Krankenhaus entscheidend. In dünner besiedelten Gebieten, in ländlichen Bereichen und in Stadtrandgebieten gehört dieses Belegarztsystem zu einer Grund- und Regelversorgung im stationären Bereich, die alle Vorteile einer zeitgerechten Medizin mit Patientennähe und rationellem Einsatz von Menschen und technischen Hilfsmitteln verbindet. Sie wirkt damit auch der Tendenz entgegen, Gesundheitsversorgung zu zentralisieren, zu institutionalisieren und damit zu entpersonalisieren.

► So gesehen, kann ein modernes Belegarztsystem ein unverzichtbares Bindeglied im Zusammenwirken von ambulanter und stationärer Versorgung sein. Die hier gegebene freie Arztwahl, das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient stellen aus der Sicht der breiten Bevölkerung in unserem Lande das entscheidend positive Kriterium unseres Gesundheitswesens dar.

Wir haben in den Beschlüssen von Westerland und in den Beschlüssen von Berlin Meilensteine in der Weiterentwicklung und im Aufeinanderzugehen von ambulanter Praxis und stationärer ärztlicher Versorgung gesetzt. Die hier aufgestellten Forderungen basieren auf einer klaren Grundhaltung, auf der Erhaltung der freien Arztwahl für den Patienten und auf der Erhaltung der freien Berufsausübung für den Arzt. Es lohnt sich, an dieser Stelle zu untersuchen, warum dieses Programm der Ärzteschaft in der Praxis bisher so wenig Niederschlag gefunden hat. Die Schuld dafür ist nicht nur bei einer Gruppe zu suchen, selbst nicht nur bei den in den letzten Jahren lauter gewordenen Systemveränderern. Gründe für die Widerstände sind in vielen Bereichen zu finden.

Da sind einmal Regierung und Gesetzgeber, die das Belegarztsystem durch die 100-Betten-Klausel im KHG weiter eingeeengt haben. Es paßt nicht in die Zielvorstellungen

von Zentralisten, in deren Denkschema noch der „Herr-im-Hause-Standpunkt“ herrscht und die den Arzt nur als Erfüllungsgehilfen sehen, daß freiberuflich tätige Ärzte auch stationäre Krankenversorgung ausüben sollen. Da sind weiterhin einige Krankenhausträger, die sich mit Vehemenz dagegen sträuben, ihren Ärzten die Möglichkeit zur ambulanten Tätigkeit einzuräumen. Sie tun dies, weil sie die Krankenhausärzte als ihre Angestellten und nur als ihre Angestellten sehen, die sich in eine vorgegebene Organisationsform hineinzufinden haben. Man kann diesen Krankenhausträgern den Vorwurf nicht ersparen, daß sie ihr Krankenhaus als eine in sich nach außen abgeschlossene Einrichtung sehen, als ein Refugium ihrer Interessensphäre, das mit der Außenwelt nur wenig zu tun hat. Auch von diesen Krankenhausträgern wird die Notwendigkeit von Verzahnung ambulanter und stationärer ärztlicher Tätigkeit unbewußt oder auch bewußt vernachlässigt.

Da sind weiterhin einige leitende Krankenhausärzte, die die kassenärztliche Beteiligung als ihr persönliches Reservat ansehen und keinen weiteren Kollegen mehr hineinlassen möchten. Diesen Ärzten sei nicht unterstellt, daß ihre Haltung einzig und allein finanzielle Gründe zum Motiv hat. Es gibt auch leitende Krankenhausärzte, bei denen die kassenärztliche Beteiligung zum Statussymbol des Chefarztes geworden ist. Und last not least sind Widerstände bei einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen zu finden. Sicher, die Zahl der Beteiligungen von leitenden Krankenhausärzten nach § 29 der Zulassungsordnung ist von 1970 mit rund 2400 auf rund 3400 im Jahre 1975 gestiegen. Das ist zwar ein Ergebnis, aber bei mehr als 6000 leitenden Krankenhausärzten sicherlich kein überragendes. Und wie viele beteiligte oder ermächtigte Fachärzte im Krankenhaus gibt es, die nicht leitende Krankenhausärzte sind? Mir ist diese Zahl nicht bekannt, aber man kann sie wohl auch nicht nennen.



Selten fand ein Ärztetag in derart nüchtern-sachlicher Industriestadt-Atmosphäre statt, abgeschirmt durch Baustellen der Düsseldorfer U-Bahn, nur durch den unscheinbaren Nebeneingang einer ehemaligen Messehalle erreichbar, ansonsten aber mit allen technischen Errungenschaften eines riesigen Versammlungsraumes wohl versehen

Es ist schwer festzustellen, aber schon leichter zu verstehen, warum einzelne Kassenärztliche Vereinigungen bei ihren Beteiligungen und Ermächtigungen so zurückhaltend sind. Ich habe zwar schon einmal das Argument gehört, daß ein großzügiges Beteiligungsverfahren einen Einbruch in das System der kassenärztlichen Versorgung bedeuten könnte und der niedergelassene Arzt dadurch Schaden erleiden würde. Dieses Argument, scheint mir, müßte noch einmal überdacht werden. Im Licht der neuen Honorarempfehlungsvereinbarung – deren zeitliche Begrenzung 1977 im Interesse der Freiheitlichkeit unseres Berufes im übrigen zwingend eingehalten werden muß – werden diese Überlegungen sicher nicht leichter.

Es sind aber nicht nur die Ärztetage gewesen, die Vorstellungen für eine engere Zusammenarbeit von

Krankenhausärzten und Ärzten in der freien Praxis entwickelt haben. Ich kann an dieser Stelle keine vollständige Liste von Reformvorhaben aufstellen und nenne daher nur einige:

► Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in der letzten Zeit verstärkt dazu übergegangen, ihre Mitglieder auf die Notwendigkeit hinzuweisen, vor einer Krankenhauseinweisung alle notwendigen Untersuchungen zur Abklärung der Diagnostik ambulant vorzunehmen, wenn und solange der Zustand des Patienten dies gestattet. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben an ihre Mitglieder appelliert, die Unterlagen über die erhobenen Befunde dem Patienten mit der Krankenhauseinweisung mitzugeben, ich erinnere hierbei an die Aktion „Grüne Umschläge“.

► Gleichzeitig sind die Krankenhausärzte gebeten worden, die ihnen von den niedergelassenen Ärzten bei Einweisung von Patienten übergebenen Befunde zu benutzen und nur das diagnostisch zu wiederholen, was im Rahmen der Verlaufskontrolle notwendig ist oder in der ambulanten Praxis nicht festgestellt werden konnte. Die in der kassenärztlichen Versorgung eingeführte Qualitätssicherung bietet eine wichtige Grundlage hierfür.

Es ist an die Krankenhausärzte ebenfalls die Bitte gerichtet worden, bei Entlassung eines Patienten alle notwendigen Befunde für den weiterbehandelnden niedergelassenen Arzt mitzugeben und auch Vorschläge für die weitere Behandlung zu machen, damit die im Krankenhaus durchgeführte ärztliche Versorgung in der ambulanten Praxis nahtlos fortgesetzt werden kann. Ich erwähne auch die von den Kassenärztlichen Vereinigungen erarbeiteten Hinweise für Voruntersuchungen bei Krankenhauseinweisungen zu nicht dringlichen Operationen.

► Die freien Ärzteverbände haben die Beschlüsse der Ärztetage induziert. Von diesen Verbänden liegen

Programme vor, die die Kooperation von ambulanter und stationärer Versorgung bei Erhaltung der heutigen Rechtsgrundlagen weiterentwickelten. Sie wissen, daß im Jahre 1970 der Hartmannbund auf der Grundlage eines Konzeptes von Professor Herder-Dorneich sein Krankenhausmodell vorgelegt hat. Die hier entwickelten Vorstellungen sind darauf gerichtet, die für die Kassenärzteschaft gültigen Grundsätze der Vertragsfreiheit, der Selbstverwaltung und der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auch auf den Krankenhaussektor auszudehnen. Die Ärzteschaft eines Krankenhauses soll als gleichberechtigter Partner der Krankenkassen sowie der Krankenhausträger auftreten, d. h. die Krankenhausärzte sollen bei Verzicht auf ihre jetzige Arbeitnehmerabhängigkeit gegenüber den Krankenhausträgern und den Kassen unter den Schutz ihrer Selbstverwaltungskörperschaft als Teil der KBV gestellt werden. Bei dem entsprechenden Gesetzentwurf ging der Hartmannbund davon aus, daß ein solcher Weg die Probleme der Koordinierung der Behandlung in der freien Praxis und der Krankenhausbehandlung lösen hilft und so zur Kostenklarheit beiträgt.

Sie wissen auch, daß der Marburger Bund im Jahre 1971 seine Vorstellungen zur Reform des Krankenhauswesens vorgelegt hat mit der Empfehlung, im Krankenhaus eine Organisation des ärztlichen Dienstes zu schaffen, in der alle Ärzte auf genossenschaftlicher Grundlage ihre Leistungen erbringen. Beide Modelle ergäben — sinnvoll zusammengefaßt — eine klare Alternative zu manchen anderen Plänen von Politikern und solchen, die es gerne sein möchten.

Alle diese Vorschläge haben bei den angesprochenen Verantwortlichen nur negative Kritik geerntet. Sie sind noch nicht einmal in die Reihe der förderungswürdigen Modelle aufgenommen worden. Ganz offenbar passen sie weder den Krankenhausträgern noch der Regierung ins Konzept.

Schwerwiegende gesellschaftspolitische Eingriffe

In den letzten 24 Stunden haben sich Nachrichten aus Bonn verdichtet, daß Anträge für die Beratung der Gesetzesentwürfe zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts vorbereitet werden, die aus der Sicht der niedergelassenen Kassenärzteschaft als den für die kassenärztliche ambulante Versorgung Verantwortlichen einen schwerwiegenden gesellschaftspolitischen Eingriff darstellen. So soll offenbar den psychiatrischen Krankenhäusern, aber auch anderen Krankenhäusern, die über psychiatrische Einrichtungen verfügen, entgegen dem seitherigen Recht, ein primärer Zugang zur ambulanten Versorgung eingeräumt werden. Ferner soll beabsichtigt sein, sogenannte akademische Lehrkrankenhäuser in der gleichen Weise wie bisher die Universitäts-Polikliniken in die ambulante kassenärztliche Versorgung einzuschalten. Der Bundesrat, der seinerzeit die Streichung dieser Bestimmung beantragt hatte, wurde von der Bundesregierung dahingehend beschieden, daß diese Bestimmung nur als Folgevorschrift für den Fall einer entsprechenden Änderung der Approbationsordnung angesehen werden müsse. Andererseits erklärte das Bundesgesundheitsministerium noch vor kurzem, als einige Bundesländer feststellten, daß sie weder personell noch finanziell in der Lage seien, die Voraussetzungen für die in der Approbationsordnung vorgesehenen Lehrkrankenhäuser zu erfüllen, daß an eine Änderung der Approbationsordnung vorläufig nicht gedacht sei. Das können keine Zufälligkeiten sein! Hier haben die Bundesländer bzw. der Bundesrat sich eindeutig widersprechende Antworten von den zuständigen Ministerien erhalten. Ich kann an dieser Stelle nur feststellen, daß diese Gerüchte, sollten sie Realität werden, einen weiteren Schritt zur Institutionalisierung, oder wenn Sie so wollen, zum integrierten Gesundheitssystem darstellen. Es würde sich dann nicht nur um re-

Zusammenarbeit

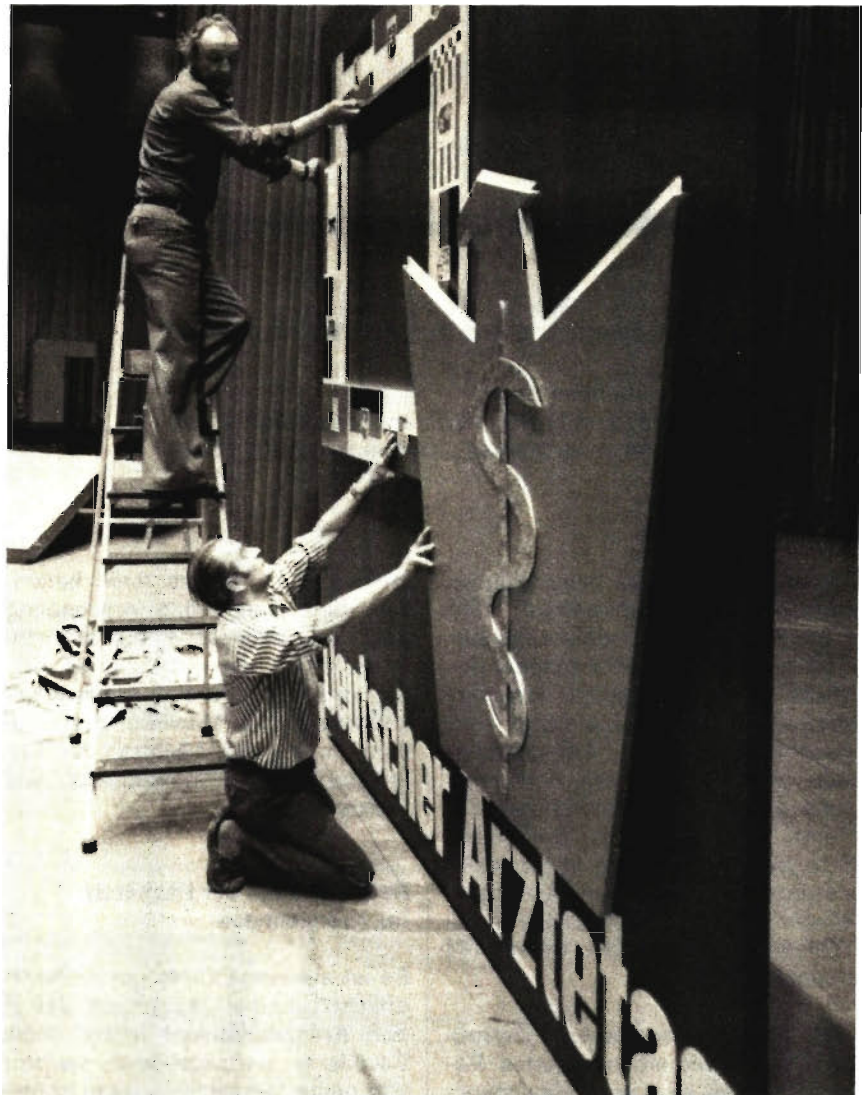
daktionelle Änderungen, sondern um ganz substanzielle Eingriffe handeln. Die Erklärungen verantwortlicher Politiker der derzeitigen Regierung, auch die aus allerjüngster Zeit, unser derzeitiges System der ambulanten ärztlichen Versorgung in seinen Grundsätzen nicht anzugreifen, müssen nunmehr offenbar sehr differenziert beurteilt werden.

Somit kann ich nur feststellen, daß über das Krankenhausfinanzierungsgesetz hinaus, das der Weiterentwicklung des Belegarztsystems keine reellen Chancen einräumt, diese Entwicklungen im Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz zusätzliche Erschwernisse in der Erreichung des Zieles einer verbesserten Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung bedeuten.

Dahingehend sind die Vorschläge der Ärzteschaft umfassend und systemimmanent. Sie bieten Lösungen zu den Fragen der Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung, Lösungen zu den Fragen der Krankenhausbehandlung, der Krankenhausstruktur, der Honorierung ärztlicher Leistungen, der Ergänzung des Kassenarztrechtes, also zu allen Fragen, mit denen wir uns heute auseinanderzusetzen haben. Die Politiker sollten endlich einsehen, daß die Ärzte nicht immer nur auf Bestehendes pochen und daß eine behutsame Weiterentwicklung von der Ärzteschaft längst in Gang gesetzt worden ist. Sie sollten auch zur Kenntnis nehmen, daß nur mit der Ärzteschaft eine befriedigende Weiterentwicklung möglich ist, schwerlich aber ohne die Ärzteschaft und schon gar nicht gegen die Ärzteschaft.

Weiterentwicklung auf dem Boden des geltenden Rechts

Die Reformeuphorie hat uns an den Rand des Konkurses – an den Rand der Ratlosigkeit gebracht. Dies gilt heute für die Gesundheitspolitik schon genauso wie seit noch gar nicht langer Zeit für die



Die Delegierten sind nach Hause geeilt in ihre Praxen, in die Krankenhäuser, die Behörden. Die Embleme sind demontiert und verwahrt, bis zum nächsten Jahr, zum 80. Deutschen Ärztetag in Saarbrücken
Alle Fotos: Bohnert-Neusch

Bildungspolitik. Daher ist es die Verpflichtung aller, die für das Gesundheitswesen verantwortlich sind, sich endlich wieder zu besinnen, wieder nüchtern und sachlich zu denken und zu handeln.

Alle diejenigen, die von diesem Referat „Griffiges“ – völlig Neues, was Schlagzeilen macht, erwartet haben, werden möglicherweise enttäuscht sein.

Es muß aber der Ärzteschaft darum gehen, auf dem Boden des geltenden Rechts das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln. Dafür liegen Vorschläge vor – sie müssen nur verwirklicht werden. Daß sie nicht jedem ins Konzept passen, liegt daran, daß auch in unserem Bereich wie im Bereich des gesamten Gesundheitswesens die politischen

Fronten aufeinanderprallen. Dennoch, alle Beteiligten sollten erneut und bald in eine Sachdiskussion darüber eintreten, wie auf der Basis der Vorschläge der Ärzteschaft frei niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte, den Forderungen unserer heutigen Zeit entsprechend, in Zukunft miteinander zu arbeiten haben.

Das gemeinsame Lösen dieser Problematik bringt eine Verbesserung der Versorgung unserer Patienten, es bringt aber auch einen echten Beitrag zur langfristigen Eindämmung der Kostenentwicklung in unserem Gesundheitswesen. Wer heute Verbesserungen ablehnt, nur weil sie Neuerungen sind, wird morgen Neuerungen hinnehmen müssen, die keine Verbesserungen darstellen.