

BELEGARZTWESEN

Zu den Meldungen in Heft 31/1979, Seite 1991: „Eine Lanze für das Belegarztsystem“, in der von einer Äußerung des FDP-Politikers Hansheinrich Schmidt (Kempten) zur Schließung des St.-Nikolaus-Hospitals, Wallerfangen/Saar, berichtet wurde. Nach Schmidt sei diese 113-Betten-Belegklinik zu Recht aus dem Bedarfsplan 1978 gestrichen worden, weil weder eine doppelte Facharztbesetzung noch ein durchgehender Bereitschaftsdienst gewährleistet sei.

„Schützenhilfe für die Parteikollegin“

Die 113-Betten-Belegklinik war bereits in den ersten Krankenhausbedarfsplan des Saarlandes nicht aufgenommen worden. Sie konnte demnach 1978 auch nicht aus dem Bedarfsplan des Saarlandes herausgestrichen werden. 1972 war bereits ein Belegarztmodell mit durchgehendem Bereitschaftsdienst entwickelt.

Das gesundheitspolitische Programm der FDP (1976) und das „Blaue Papier“ der deutschen Ärzteschaft (1974) hat zu dieser Zeit noch gar keine präzise Vorstellung vom Belegarztsystem entwickelt.

Es ist also nicht die Rede davon, daß das St.-Nikolaus-Hospital Wallerfangen deswegen 1978 aus dem Bedarfsplan des Saarlandes gestrichen wurde, weil es nicht in ein Konzept paßt oder bestimmte Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

Die Äußerung von Herrn Hansheinrich Schmidt (Kempten) kann als Schützenhilfe für die Parteikollegin Frau Dr. Scheurlen, Gesundheitsministerin des Saarlandes, verstanden werden, die versucht, mit allen Mitteln die Nichtaufnahme der Klinik in den Krankenhausbedarfsplan des Saarlandes nachträglich zu rechtfertigen.

Pastor A. Franziskus
Villeroy de Galhau
W. Hettinger, Bürgermeister
Dr. E. Müller
St.-Nikolaus-Hospital
6634 Wallerfangen 1

Arztkosten, berechnet nach dem Zeitaufwand, der nach Tarif bezahlt, bei der Operation beteiligten Ärzte 124 DM. Dieser Betrag dürfte den Kosten entsprechen, die in der freien Praxis anfallen, und deckt sich annähernd mit den von Dr. Kurt Hoehle geschätzten Nebenkosten für eine in der Praxis durchgeführte Operation mittlerer Größe.

Ob allerdings durch ambulante Operationen Ersparnisse in Höhe der vom Verfasser aufgestellten Überschlagsrechnung möglich sind, muß – zumindest unter den gegenwärtigen Verhältnissen – bezweifelt werden, weil sie grundsätzliche Umstellungen in der derzeit üblichen Patientenversorgung und Kenntnisse über die stationär behandelten Patienten voraussetzen, die leider nicht in Sicht sind.

Wenn *fünf Milliarden* unter den angegebenen Bedingungen eingespart werden sollen (pro operativ tätigen niedergelassenen Arzt 500 Eingriffe mit einer Ersparnis von insgesamt einer Million), so müßten 5000 Ärzte die Möglichkeit haben, unter Krankenhausbedingungen 2,5 Millionen, d. h. rund ein Viertel der 1977 in Akutkrankenhäusern stationär behandelten Patienten ambulant zu operieren.

Seit Jahren wird die Wirtschaftlichkeit des Belegarztsystems zwar von Ärzte-, Krankenhaus- und Kassenvertretern herausgestellt und im Krankenhausbericht der Bundesregierung (1977) bestätigt, gleichzeitig werden aber die Arbeitsmöglichkeiten von Belegärzten laufend und konsequent reduziert. Bei dieser Situation ist es ohne ein massives – und nicht zu erwartendes – Eingreifen politischer Stellen nicht vorstellbar, daß Krankenhäuser niedergelassenen Ärzten die vom Verfasser geforderte „ambulante Operationsfallversorgung auf Krankenhausboden“ zugestehen.

► Dies dürfte nur durch eigene Initiativen zu erreichen sein. Praxiskliniken, Beleggruppenpraxen und Kliniken für primärärztliche Versorgung (Modellvorschlag des NAV) wären entsprechende Modelle.

Da es trotz inzwischen jahrzehntelanger Forderungen keine verwertbaren Statistiken gibt, denen zu entnehmen ist, unter welchen Diagnosen Patienten stationär aufgenommen werden, ob sie konservativ oder operativ behandelt werden, kann zudem auch nicht annähernd abgeschätzt werden, wie viele davon ambulant operiert werden könnten. Aber selbst wenn nur bei einem Teil der erwarteten 2,5 Millionen Patienten die medizinischen Voraussetzungen für eine ambulante Operation gegeben wären, so müßten die Möglichkeiten dafür geschaffen werden. Nicht nur weil dies erwiesenermaßen billiger ist, sondern auch weil ein unnötiger Krankenhausaufenthalt in vielen Fällen, und nicht nur für Kleinkinder, eine vermeidbare Belastung darstellt.

Dr. med. Kurt K. Fritz
Chirurgische Privatklinik
Pestalozzistraße 19–21
7100 Heilbronn

KRANKENHAUS

Zu dem Aufsatz von Hermann Weber „Führungskräfte in Kliniken brauchen eine Spezialausbildung“ in Heft 32/1979:

Verwaltungslaufbahn

Im angelsächsischen Raum findet sich neben der von Herrn Weber geforderten Zusatzausbildung von Verwaltungskräften auch noch die Möglichkeit, daß umgekehrt Ärzte eine Zusatzausbildung in Krankenhausökonomie und -verwaltung durchlaufen, so daß die Krankenhaus-Verwaltungsdirektoren auch von ärztlicher Seite her kommen können. Im Hinblick auf die zukünftige große Zahl jüngerer Ärzte wäre es durchaus denkbar, daß auch für Ärzte in Deutschland eine entsprechende Verwaltungslaufbahn geschaffen wird. So haben die norwegischen Krankenhäuser neben dem Verwaltungsleiter einen verwaltenden Chefarzt.

Prof. Dr. med. H.-J. Maurer
Landhausstraße 25
6900 Heidelberg