

Schema F im Krankenhaus

Der Zwang zum Sparen macht erfinderisch. Diese Lebenserfahrung gilt für das Gesundheits- und Krankenhauswesen offenbar in besonderem Maße. Seit die amtliche Rotstift-Aktion auch unsere Hospitäler regiert, sind dem „human-ökonomischen Erfindertum“ offenbar keine Grenzen gesetzt.

Wie einseitig oktroyierte und ohne Mitwirkung der Betroffenen zustande gekommene Vertragsvereinbarungen das ohnedies arg gestreßte Krankenhauspersonal noch mehr gängeln und knuten, nur um das Spar-Soll zu erfüllen, darüber gibt eine ab 1. Oktober 1983 gültige Vereinbarung zwischen der Landeskrankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen dieses Stadtstaates reichlich Anschauungsmaterial.

Konkret: An der Waterkant werden ab sofort sämtliche stationäre Behandlungsfälle der Kliniken unter eine schematisierte, vertraglich festgesetzte „Drei-Wochen-Befristung für die vorläufige Kostenübernahme durch die Krankenkasse“ gestellt. In Bremen werden dieser „Vereinbarung“ zufolge sämtliche stationäre Behandlungsfälle unter ein Kaudinisches Joch gestellt: Zwar wollen die Krankenkassen weiter so „generös“ sein, den Krankenhäusern, wie im geltenden Recht vorgesehen, die Kostenübernahme-Erklärungen für die stationäre Krankenhauspflege in der Regel *unbefristet* zu bescheinigen. Aber, und hier ist das Novum: Droht ein stationärer „Fall“ die Standard-Verweildauer von drei Wochen zu überschreiten, sind sämtliche Alarmglocken zu ziehen. In Ziffer 3 der besagten Vereinbarung soll das Krankenhaus der zuständigen Krankenkasse des Versicherten

unverzüglich ein Formblatt mit Angaben über Diagnose(n) und den wesentlichen Behandlungsverlauf zur weiteren Krankenhausbehandlung und zur abschließenden Versorgung zusenden. Vorausgesetzt wird, daß das Krankenhaus bereits frühzeitig erkennt oder erkennen konnte, daß die Dinge aus medizinischen Gründen so liegen werden – auch unter Berücksichtigung „alternativer Möglichkeiten der Versorgung“.

Den Krankenkassen wird ab sofort das Recht zugestanden, in angezeigten Zweifelsfällen „Anfragen an die Krankenhäuser zu richten“. Im Entlassungsschein muß der OP-Termin ersichtlich sein. Und, und, und ... Frage: Wie wollen dies die Krankenkassen-Beamten von der Ferne und vom Bürosessel her beurteilen? Oder wollen sie sich künftig etwa mit ans Krankenbett setzen und mit dem diensthabenden Arzt „Wache schieben“ und Verantwortung tragen?

Ferner heißt es in der Vereinbarung, die als Dienstvorschrift zur Erstellung des ärztlichen Berichtes den „Untergebenen“ (um nicht zu sagen: Untertanen) ans Herz gelegt worden ist: „Bei Aufnahme in das Krankenhaus ohne Vorliegen einer kassenärztlichen Verordnung von Krankenhauspflege sind neben der Diagnose der wesentliche Krankheitsbefund, gegebenenfalls Krankheits-symptome im Aufnahmeschein anzugeben.“

Soweit ein Schlaglicht auf die Bremer Gängelungs-Vereinbarung. Im Detail nimmt sich dieser – wie gesagt – einseitig zustande gekommene Bürokratenakt noch komplizierter aus. Der diensthabende Arzt muß ein ganzes Sammelsurium von Fragen der Krankenhausverwaltung beantworten, damit diese – mit Stempel und Unterschrift versehen, versteht sich – den „Vorgang“ schwarz auf weiß an die „Kosten-Sparkasse“ (herkömmlich genannt: Kranken-

kasse) weiterleiten kann (und muß).

Die Bremer Auflagen gehen mit hin viel weiter, als dies noch in dem unverbindlichen Katalog von „Anhaltzahlen für die Krankenhausverweildauer“, entwickelt und herausgegeben von einer Arbeitsgruppe von Vertrauensärzten bei der Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung (Essen), vor Jahresfrist zu erahnen war.

Bereits damals hatte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. med. Karsten Vilmar (Bremen), zugleich Präsident der Bremer Ärztekammer, vor einer schematischen, einseitig kostenorientierten Anwendung und Aktivierung dieser Essener Anhaltzahlen gewarnt. Auch das aufsichtführende Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ist auf den problemgeladenen Essener Katalog hingewiesen worden, der – entgegen der Behauptungen der Verfasser – praktisch keine patientenbezogene, individuelle Handhabung der Anhaltzahlen zuläßt. Die Essener Arbeitsgemeinschaft ebenso wie das Bundesarbeitsministerium waren seinerzeit sichtlich darum bemüht, die skeptischen Einwendungen zu zerstreuen. Der Katalog würde nicht schematisch angewandt. Verwaltungsmehrarbeit, Gängelung und Bevormundung verantwortungsbewußt denkender Mitarbeiter, solche Befürchtungen wurden ebenfalls eifertig in das Reich der Spekulation und Phantasie verwiesen. Das unrühmliche Beispiel von der Waterkant beweist, wie berechtigt die frühzeitigen Warnungen waren. Die neuen erheblichen Rechtfertigungspflichten für alles und jedes, was im Krankenhaus geschieht, sind ein Musterbeispiel für bürokratischen Schematismus und behördliche Daumenschrauben, nicht zum Wohle des Patienten und zur Inkarnation der Parole von „Mehr Menschlichkeit im Krankenhaus“. Aber bestimmt auch nicht zum Segen der Kosten- und Verweildauerplaner! HC