

# Vor- und nachstationäre Diagnostik und Behandlung: ein Prüfstein

Hans Joachim Sewering

Im Entwurf des „Gesundheits-Reformgesetzes“ fand sich fast bis zuletzt ein Paragraph, der die Krankenhäuser kraft Gesetzes berechtigen sollte, bei stationär eingewiesenen Patienten anstelle der sofortigen Krankenhausaufnahme eine ambulante Diagnostik einzuleiten. Auch sollte ihnen das Recht der ambulanten Nachbehandlung eingeräumt werden, wenn dadurch der Patient früher aus der stationären Behandlung entlassen werden kann.

Dieser Paragraph, der praktisch auf eine völlige Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Diagnostik und Therapie hinauslief, wurde noch in den letzten Ausschußberatungen gestrichen, weil die Koalition erkannte, welche gefährlichen systemverändernden Folgen sich daraus hätten ergeben können. Im nunmehr geltenden Gesetz (SGB V) ist vorgeschrieben, daß die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankengesellschaft auf Landesebene Verträge mit dem Ziel abschließen, „durch enge Zusammenarbeit zwischen Kassenärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten“ (§ 115 Absatz 1 SGB V). Nach Absatz 5 des gleichen Paragraphen sollen die Spitzenverbände auf Bundesebene gemeinsam „Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben“.

In Absatz 2 wird enumerativ aufgeführt, was die Verträge insbesondere zu regeln haben:

„(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die Förderung des Belegarztwesens und der Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Kassenärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxiskliniken),
2. die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen,
3. die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes,
4. die Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Mißbrauch,
5. die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus.

Sie sind für die Krankenkassen, die Kassenärzte und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.“

Es liegt auf der Hand, daß sich an dieser Auflistung auch die „Rahmenempfehlungen“ auf Bundesebene zu orientieren haben. Es wäre weder gesetzesgemäß noch aus der Sicht der Kassenärztlichen Vereinigungen annehmbar, aus dieser Auflistung nur einen Punkt, nämlich „die Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Kranken-

haus“, herauszupicken und dabei so zu tun, als sei ihre Einführung eine Selbstverständlichkeit und somit nur eine vertragstechnische Frage.

Krankenkassen, Krankenhäuser und Kassenärzte haben eine gemeinsame Aufgabe, nämlich die bestmögliche medizinische und ärztliche Hilfe und Versorgung für Menschen, die ihrer bedürfen, zu gewährleisten. Dies kann aber sinnvoll nur möglich sein, wenn alle Leitgedanken des Gesetzes in die Tat umgesetzt werden.

## Förderung des Belegarztsystems

„Rahmenempfehlungen“, die auf Bundesebene zu vereinbaren sind, müssen also alle Hinweise ansprechen, die der Gesetzgeber vorgegeben hat. Hier steht an erster Stelle die Förderung des Belegarztsystems. Sie scheint mir eine so sinnvolle und logische Maßnahme zu sein, daß es darüber eigentlich keinen Streit geben dürfte. Dabei geht es keineswegs um die Verdrängung von „Hauptamtlichen“. Viele Krankenhäuser könnten aber sinnvoll und bürgernah ihr Leistungsangebot erweitern, wenn man bereit wäre, Belegärzte zuzulassen. Gar manche Ausspernung von Belegärzten, weil man lieber eine hauptamtlich geleitete Abteilung haben wollte, erweist sich als Fehlentwicklung, die korrigiert werden sollte. Bei gutem Willen lassen sich vernünftige Regelungen von Fall zu Fall und von Fach zu Fach finden. Notwendig ist natürlich auch, daß die Honorierung der Belegärzte in einer Weise geregelt wird, die ihre Arbeits- und Leistungsfähigkeit sichert.

## Gegenseitige Unterrichtung

Der zweite Punkt im Gesetz ist „die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen“. Hier scheinen mir verbindliche Regelungen besonders wichtig. Bei der heute so dichten Besetzung der Kassenpra-

xis mit Gebietsärzten wird es in aller Regel möglich sein, die erforderliche Diagnostik ambulant außerhalb des Krankenhauses durchzuführen. Unnötige stationäre Einweisungen können dadurch vermieden werden. Er gibt sich aber nach abgeschlossener Diagnostik, daß eine Krankenhausaufnahme notwendig ist, so sind die niedergelassenen Ärzte verpflichtet, alle erhobenen Befunde einschließlich der Originalunterlagen an den Krankenhausarzt weiterzugeben. Er wird dadurch in die Lage versetzt, in aller Regel die erforderliche Therapie ohne Zeitverzug einzuleiten. Man denke nur an die Einsparungen bei operativen Maßnahmen!

● Vom Krankenhausarzt muß allerdings verlangt werden – das wäre in den „Rahmenempfehlungen“ und damit in den folgenden Landesverträgen festzulegen –, daß er diese mitgebrachten Befunde in seine Entscheidung einbezieht. Es ist unerträglich, wenn man immer wieder hört, daß solche Befunde mit der Bemerkung zur Seite gelegt werden, man mache alle Untersuchungen selbst. Gelegentlich wird eingewandt, die Befunde, zum Beispiel Röntgenaufnahmen, seien technisch nicht ausreichend. Dieser Einwand muß ernst genommen werden, sofern er belegt wird. Die Kassenärztliche Vereinigung darf nur Befunde honorieren, die einwandfrei sind. Also müssen die Krankenhausärzte verpflichtet werden, Originalbefunde, die sie ablehnen und neu erheben, der Kassenärztlichen Vereinigung zu übergeben, damit der betreffende Kollege nach den Grundsätzen der Qualitätssicherung überprüft und seine Abrechnung korrigiert werden kann. Das hat überhaupt nichts mit „Unkollegialität“ zu tun, aber sehr viel mit der qualitativen Glaubwürdigkeit der kassenärztlichen Versorgung und ihrer Wirtschaftlichkeit. Ich sehe darin den eigentlichen Dreh- und Angelpunkt in der Zusammenarbeit der ambulant und stationär tätigen Ärzte mit dem Ziel einer hochwertigen ärztlichen Versorgung unserer Patienten. Daß der „Akutfall“ von diesen Überlegungen überhaupt nicht berührt wird, bedarf keiner besonderen Hervorhebung. Wenn der körperliche Zustand eines

Patienten – sei es durch Krankheit oder Unfall – eine sofortige Einweisung in das Krankenhaus erfordert, gelten andere Maßstäbe.

### **Vorstationäre Diagnostik: Nach Notwendigkeit oder aus Prinzip?**

Damit sind wir aber schon beim nächsten Punkt, dem eigentlichen heißen Eisen, nämlich der vorstationären Diagnostik im Krankenhaus. Beim „Normalfall“ kann es keine Probleme geben. Die Diagnose wurde in Zusammenarbeit von Hausarzt und einschlägigen Gebietsärzten bereits gestellt, die Befunde liegen vor, der Patient wird stationär aufgenommen, und der Krankenhausarzt kann ohne Zeitverlust die Therapie beginnen, zum Beispiel die Operation ansetzen. Dabei wissen wir alle, daß mancher Patient – vor allem wenn er älter ist – unter Umständen einige Tage vorbehandelt werden muß, bevor man ihm das Risiko einer großen Operation zumuten kann. Aber es geht ja hier nicht um den Einzelfall, sondern um ein Arbeitsprinzip.

Der geschilderte „Normalfall“ scheint allerdings nicht die Regel zu sein. Es werden offenbar immer noch zu viele Patienten ohne ausreichende Diagnostik oder mit ungeklärten Beschwerden in das Krankenhaus eingewiesen. Das kann der „unklare Oberbauch“ ebenso sein wie die zwar äußerlich sichtbare, aber in keiner Weise weiter untersuchte Struma. Der Aufnahmearzt, der rund um die Uhr jeden neu ankommenden Patienten erst untersuchen soll, bevor er ihm ein Bett zuweist, erkennt, daß eine sofortige stationäre Aufnahme nicht erforderlich ist. Wenn vorstationäre Diagnostik durch das Krankenhaus vereinbart wäre, würde der Aufnahmearzt in diesem Fall also den Patienten nach Hause schicken, ihm aber gleichzeitig für die nächsten Tage Termine zur ambulanten Diagnostik im Krankenhaus mitgeben. Für das Krankenhaus bedeutet dies eine nicht einkalkulierbare Mehrbelastung gerade in denjenigen Abteilungen, die ohnedies erfahrungsgemäß ständige Engpässe haben. Unerwar-

tete „Ambulante“ bringen den gesamten Betrieb durcheinander. Ich meine, daß dies den Krankenhausärzten nicht zugemutet werden kann.

Die Geister scheiden sich aber auch in anderer Richtung: Wenn die Krankenhäuser generell für vorstationäre Diagnostik und – worüber noch zu sprechen sein wird – nachstationäre Behandlung geöffnet werden sollen, dann geht es für gut die Hälfte der niedergelassenen Kassenärzte, nämlich die Gebietsärzte, um die Existenzfrage. Bei einer gedeckelten Gesamtvergütung – gleich, ob offiziell oder kaschiert – könnte sich dem Hausarzt die Überlegung aufdrängen, diese Gesamtvergütung zu „schonen“, indem er den Patienten stationär einweist, wissend, daß er nicht aufgenommen, sondern ambulant abgeklärt werden wird. Die Kosten für diese ambulante Untersuchung im Krankenhaus würden nämlich als „stationär“ gelten, die Gesamtvergütung also nicht belasten. Daß solche Überlegungen zu kurz gedacht sind, wissen wir. Aber sie sind verlockend.

### **Die Bedarfsfrage muß geklärt werden**

Diese dargestellten Überlegungen zeigen, daß eine Vereinbarung über prästationäre Diagnostik sich nicht auf „Technizismen“ beschränken kann. Zunächst muß die Bedarfsfrage geklärt werden. Ich bin der Meinung, daß eine vorstationäre Diagnostik im Krankenhaus nur vereinbart werden darf, wenn eine Bedarfsprüfung ergeben hat, daß die einschlägigen Untersuchungen nicht von Kassenärzten ambulant durchgeführt werden können. Es sind also die gleichen Maßstäbe anzulegen wie bei der Prüfung einer persönlichen Ermächtigung des hauptamtlichen Krankenhausarztes zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung. Wenn keine Notwendigkeit für die Ermächtigung des Krankenhausarztes besteht, weil genügend einschlägige Gebietsärzte im ambulanten kassenärztlichen Bereich zur Verfügung stehen, dann besteht auch keine Notwendigkeit für eine prästationäre Diagnostik im Kran-

kenhaus. Natürlich wird man sofort gefragt werden, wie sich der Krankenhausarzt verhalten soll, wenn er feststellt, daß der „eingewiesene“ Patient kein Bett benötigt, weil zunächst einmal ambulante Diagnostik angezeigt ist. Man hört schon den Einwand, der Patient könne in diesem Fall doch nicht einfach an den einweisenden Arzt zurückgeschickt werden. Er würde dies womöglich wie eine kollegiale Ohrfeige empfinden.

Ich stelle die Gegenfrage: Warum eigentlich nicht? Ein niedergelassener Arzt, der einen Patienten – vom Eilfall abgesehen – ohne ausreichende Diagnostik in das Krankenhaus einweist, hat seine Pflichten nicht erfüllt. Der Hinweis, bei dem Patienten zunächst einmal im ambulanten Bereich die notwendige Diagnostik durchführen zu lassen, ist für ihn eine heilsame Lehre. Schon beim nächsten Patienten wird er sich dessen erinnern. Die interkollegiale Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte wird auf diese Weise neue und letztlich für alle erfreuliche Impulse erfahren. Aber auch die Zusammenarbeit zwischen den Kolleginnen und Kollegen in der Praxis und im Krankenhaus wird sich fruchtbar entwickeln. Jeder hat seinen Aufgabenbereich. Wenn sie sich gegenseitig ergänzen, erfüllen sie ihre Aufgabe am besten.

### **Nachstationäre Behandlung – Auch hier: nach Bedarf**

Einigkeit dürfte darüber bestehen, daß ein Krankenhausaufenthalt möglichst kurz sein sollte. Entscheidend für seine Dauer müssen aber der Krankheitsverlauf und der Zustand des Patienten sein, nicht die Kosten. Sobald ambulante Weiterbehandlung möglich ist, soll sie den stationären Aufenthalt ablösen. Natürlich muß hier geprüft werden, ob die Weiterbehandlung durch einen niedergelassenen Gebietsarzt sichergestellt ist. Dabei gelten die gleichen Grundsätze wie bei der prästationären Diagnostik und der Ermächtigung von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der ambulanten kas-

senärztlichen Versorgung. Der Ordnung halber sei noch folgendes angemerkt: Es ist verständlich, daß der primär behandelnde Krankenhausarzt bei schwierigen Erkrankungen gerne wissen möchte, was aus seinem Patienten geworden ist. Für Tumorpatienten haben wir in Bayern ein sinnvolles System der „Längsschnittbeobachtung“ eingeführt, mit dessen Hilfe es möglich sein wird, den Krankheitsverlauf eines Patienten auch über Jahre hinweg zu verfolgen.

Zusammenfassend sei festgehalten:

① Hauptamtliche Krankenhausärzte und Belegärzte haben im Krankenhaus nebeneinander ihren Platz. Der Versuch einer gegenseitigen Verdrängung schadet dem Patienten und seiner optimalen Versorgung.

② Es gibt keinen „Graben“ zwischen ambulanter und stationärer

ärztlicher Versorgung, wenn er nicht bewußt aufgerissen wird. Was wir wollen, ist sinnvolle Zusammenarbeit, bei der jeder seine spezifische Aufgabe zu erfüllen hat.

③ Eine generelle Öffnung der Krankenhäuser für prästationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung verhindert die gute Zusammenarbeit, gefährdet die Existenz und Leistungsfähigkeit niedergelassener Ärzte, führt zu sinnlosen Mehrbelastungen der Krankenhausärzte und Störungen des Krankenhausbetriebes bei der Versorgung der stationär aufgenommenen Patienten.

#### Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Dr. h. c.  
Hans Joachim Sewering  
Mühlbauerstraße 16  
8000 München 80

---

## Arzthelferinnen

# Tarifverhandlungen noch nicht abgeschlossen

Noch unter dem Eindruck der Tarifverhandlungen im Pflegesektor fand am 7. Juni 1989 in Frankfurt die zweite Verhandlungsrunde zwischen Ärzten und Arzthelferinnen statt. Schon am 24. Mai 1989 hatte man sich erstmalig getroffen, um über den Manteltarifvertrag zu sprechen. Die Forderungen der Arbeitnehmerseite waren stattdich: 6,5 Prozent mehr Gehalt, 35-Stunden-Woche, Urlaubsgeld in Höhe eines halben Monatsgehaltes, 30 Urlaubstage für alle, 5-Tage-Woche, höhere Zuschläge für Überstunden, Sonntags-, Feiertags- und Nacharbeit, Wegfall des Ausgleichszeitraumes für Überstunden, – um nur die zentralen Punkte herauszugreifen. Hinzu kam ein Kranz von weiteren Wünschen nach Verbesserungen in den allgemeinen Arbeitsbedingungen.

Die Arbeitgeberseite (Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen

– AAA) hat den Arbeitnehmerorganisationen (Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen, Verband der weiblichen Angestellten) folgendes Angebot unterbreitet, wobei ein Junktum zwischen Gehalts- und Manteltarifvertragsabschluß hergestellt wurde:

● Erhöhung der Tarifgehälter um durchschnittlich 4 Prozent im Gesamtvolumen. Dabei sollen sich die Gehälter der unteren Berufsjahre überproportional zwischen 4,5 Prozent und 6 Prozent, die Gehälter ab dem 5. bis zum 26. Berufsjahr um 3,5 Prozent erhöhen.

● Die Ausbildungsvergütungen sollen auf 600/780/850 DM monatlich angehoben werden.

● Für die Arbeit an Samstagen innerhalb der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit sowie am 24. und 31. Dezember soll künftig ein