

Krankenhausentlassungen

Hausarzt bleibt außen vor

Die mangelhafte Einbeziehung niedergelassener Ärzte nach der Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus – vor allem seit der Einführung von DRGs – wird immer häufiger kritisiert.

Der Vorwurf, seit der Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups; DRGs) in Krankenhäusern stünden vermehrt noch „blutige“ Patienten in den Praxisräumen der Hausärzte, ist nach Ansicht des Präsidenten der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Wolfgang Pföhler, „schlichtweg übertrieben“. Anders sieht das Eberhard Mehl. Der Hauptgeschäftsführer des Deutschen Hausärzterverbandes e.V. beobachtet seit Monaten „einen spürbaren Unmut“ unter vielen Hausärzten. Der Grund ist für Mehl offensichtlich: Patienten würden nicht nur zu früh und dazu meist an Freitagnachmittagen entlassen, sondern auch ohne Mitbeinbeziehung des Hausarztes.

„Unsitte der Krankenhäuser“

Dr. med. Udo Fuchs, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Hamburg, registriert diesen Trend ebenfalls seit einiger Zeit. Er bezeichnet es als eine „Unsitte der Krankenhäuser“, Patienten, die hätten weiter behandelt werden müssen, ohne jegliche Rücksprache mit dem Hausarzt zu entlassen. So sei zum Beispiel kurz vor dem Wochenende eine Patientin mit einem schlecht genähten Arm und einem Hämatom in seine Praxis gekommen, ein anderer Patient mit einem Bypass und einer Kunststoffprothese am Bein und starken Schmerzen. Der ärztliche Direktor des Krankenhauses Bethanien in Hamburg, in dem Patienten von Fuchs behandelt wurden, sieht dies anders. Nach wie vor sei es vorrangig, das Therapieziel zu erreichen, so Prof. Dr. med. Manfred Dreyer gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt. Die von vielen Hausärzten seit der DRG-Einführung beobachtete Verlage-

rung der Behandlung in die ambulante Versorgung sieht Dreyer realistisch. „Dies war schließlich das politische Ziel.“

Ob das Leistungsvolumen in der ambulanten Versorgung durch die DRG-Einführung zum 1. Januar 2003 wegen der erforderlichen nachstationären Behandlung tatsächlich steigt, wird zurzeit in einer Langfristanalyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI), Köln, untersucht. Beteiligt sind außerdem die Kassenärztlichen Verei-



nigungen (KVen) Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen und Koblenz. Ärzte aus den mitwirkenden Modellregionen identifizieren über eine gesonderte Abrechnungsnummer ambulante Patientenbehandlungen unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt. Dieser darf am Behandlungstag beim niedergelassenen Arzt nicht mehr als zwei Wochen zurückliegen. Obwohl zurzeit lediglich der Status quo der Praxen aus der Modellregion abgebildet werden kann, wagt Dr. rer. pol. Gerhard Brenner, Geschäftsführer des ZI, eine erste Prognose

der Kostenentwicklung: „Unsere Vermutung geht dahin, dass das Behandlungsvolumen und damit die Kosten in der ambulanten Nachsorge durch die früheren Entlassungen steigen werden“, so Brenner gegenüber dem DÄ. Werden gegenwärtig etwa 1,5 Prozent aller Behandlungsfälle poststationär versorgt, könnte das Behandlungsvolumen auf bis zu 20 Prozent zunehmen, schätzen Brenner und sein Kollege Dr. rer. soc. Heinz Koch. Dies würde zu Mehrleistungen im ambulanten Bereich von etwa 140 Millionen Euro jährlich führen. Das entspricht einem Anteil von 0,5 Prozent an der Gesamtvergütung sämtlicher ambulant versorgter Patienten im Jahr.

Schon jetzt wird in einigen Regionen versucht, neue Wege in der poststationären Versorgung einzuschlagen: So wird im Evangelischen Krankenhaus in Mettmann (Nordrhein-Westfalen) eine „Brückenstation“ eingerichtet. Im Rahmen des integrativen Projekts versorgt ein Team aus niedergelassenen Ärzten, ambulanten Pflegekräften und Sozialdiensten nicht nur ältere Patienten mit multimorbiden Erkrankungen, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Es behandelt auch Patienten aus Pflegeeinrichtungen, die in das Krankenhaus eingewiesen werden sollen. „Auf diese Weise können alle für die Patienten erforderlichen Maßnahmen gebündelt vor Ort durchgeführt werden“, so der Geschäftsführer des Krankenhauses, Bernd Huckels. Ein größeres Projekt zur multidisziplinären Versorgung in Pflegeeinrichtungen starteten die AOK Berlin, die IKK Brandenburg und Berlin, die KV Berlin, die Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. und der Verband der Privatkrankenkassen Berlin-Brandenburg e.V. vor einigen Jahren (DÄ, Heft 21/2004). Ziel dieses Projektes ist es, die ambulant medizinische und die stationär pflegerische Versorgung der Patienten zu verzahnen, damit gleichzeitig Kosten zu sparen und Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. Erste Ergebnisse zeigen, dass anvisierte Ziele bislang erreicht werden konnten.

Eine Kooperation, wie sie in den Projekten erprobt wird, erhofft sich der Allgemeinmediziner Fuchs auch bei der Organisation häuslicher Krankenpflege. Einzelne Krankenhäuser seien dazu übergegangen, ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt eine Sozialstati-

on mit der Betreuung des Patienten zu beauftragen. Der Hausarzt dürfe lediglich den „Papierkrieg“ – gemeint ist die Ausstellung von Rezepten sowie einer Verordnung für die Pflege – erledigen. „Dabei ist ein kollegiales Gespräch zwischen dem Krankenhausarzt und dem Hausarzt sicher nicht zu viel verlangt“, moniert Fuchs. Eine solche Verpflichtung zur kollegialen Zusammenarbeit ist nicht nur in § 29 der Berufsordnung der Ärzte verankert. Auch in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V aus dem Jahr 2000 (geändert 2003) wird eine Absprache verlangt. So heißt es unter anderem: „Voraussetzung [...] ist, dass sich der Vertragsarzt von dem Zustand des Kranken und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat [...]“. Zudem muss der Krankenhausarzt den Vertragsarzt über die beabsichtigte Krankenpflege unterrichten, damit dieser prüfen kann, ob die Voraussetzungen der häuslichen Krankenpflege erfüllt sind. Ist dies der Fall, legt er die Verordnung der Krankenkasse des Patienten zur Genehmigung vor. Bisweilen, berichtet Fuchs, bäten Sozialstationen ihn sogar darum, „rückwirkend“ eine Verordnung auszustellen, obwohl dies nach der Richtlinie generell untersagt ist. Ausnahmen sind schriftlich zu begründen. Nach Angaben des AOK-Bundesverbandes gibt es gelegentlich tatsächlich Fälle, bei denen Verordnungen rückwirkend vom Hausarzt ausgestellt worden seien. Dies sei zum Beispiel dann der Fall, wenn Ärzte Patienten am Wochenende aus dem Krankenhaus entließen.

Dass der behandelnde Hausarzt in die Entscheidung über häusliche Krankenpflege mit einzubeziehen ist, ist Dreyer seinen eigenen Worten zufolge nicht bekannt. Der einweisende Hausarzt bekäme zwar spätestens zwei Tage nach Entlassung des Patienten einen Arztbrief per Post zugeschickt. Ob häusliche Krankenpflege in Anspruch genommen werden müsse und welche Sozialstation die Pflege übernehme, entscheide der Soziale Dienst im Krankenhaus gemeinsam mit dem Patienten und dessen Angehörigen, sagt der ärztliche Direktor. „Ohne Rücksprache mit dem Hausarzt.“

Martina Merten

Sowohl die Medizin als auch das Gesundheitswesen sind in ständiger Expansion und Progression begriffen. Über Jahrzehnte sah es so aus, als würde die Wissenschaft in absehbarer Zeit nicht an ihre Grenzen stoßen. In der Entwicklung einer zunehmend apparativen Medizin boten sich neue faszinierende diagnostische und therapeutische Optionen. Der Fortschritt war immens. Nach anfänglicher Begeisterung wuchs jedoch mit der Zeit auch die Zahl der Warner, die einen verantwortungsvollen Umgang mit den zahlreichen Möglichkeiten forderten, in deren Mittelpunkt der Patient stand und dem das Schutzschild des „nil nocere“ vorgehalten wurde, einem seit langem postulierten Prinzip, das allmählich wieder in den Mittelpunkt gerückt wurde.

Betrachtet man diese grundlegende medizinische Leitlinie in ihrer Konsequenz, so wird man einräumen müssen, dass es in den vergangenen Jahren zahlreiche Diskussionen gab, bei denen – im Nachhinein bewertet – die therapeutischen und diagnostischen Belangen dieser Maxime eher im Hintergrund standen.

Parallel zur Fortentwicklung der modernen Medizin ist auf der anderen Seite das Phänomen des mündigen Patienten zu konstatieren. Aus anfänglicher Direktivität entwickelte sich mehr und mehr eine Partnerschaft zwischen einem beratenden Spezialisten auf der einen und einen selbst bestimmenden Patienten auf der anderen Seite. So weit das Ideal einer therapeutischen Beziehung. Es gibt jedoch viele Störfaktoren – so zum Beispiel die zunehmende Hinterfragung ärztlicher Kompetenz und die allgemeine Negativierung des ärztlichen Standes in der Gesellschaft. Letzteres wurde vor allem befördert durch das multimediale Blitzlichtgewitter, in dem Sensations- und Schreckensmeldungen zum Gefecht einander gegenübergestellt wurden.

Unterdessen ist die Zahl der Patienten, die in falsch verstandener Mündigkeit medizinische Wege selbst beschreiten, stetig gewachsen. Sind wir Ärzte nicht in der Lage loszulassen, wie zum Beispiel Eltern ihr erwachsen gewordenen Kind der Selbstständigkeit überlassen sollten? Hier rückt wieder das Grundprinzip des „nicht schaden“ in den Brennpunkt: Der Patient hat nur vordergründig die Verantwortung für jenen Schaden übernommen, der ihm möglicherweise entstehen kann, denn er kann das Leitprinzip medizinischen Handelns nur bedingt in das eigene Denken und Handeln integrieren.

Unverändert gilt, dass der Heilkundige die Hauptverantwortung übernimmt. Der Arzt muss den Patienten über einen möglichen Schaden aufklären und gerade damit die Patientenmündigkeit stärken. Eine solche Vorgehensweise wird das Ansehen des ärztlichen Berufsstandes nicht schädigen, sondern mehr erhalten und fördern.

Aktuell, unter den Bedingungen eines gestärkten Überweisungssystems in Anlehnung an das Primärarztmodell, wird deutlich, wie wichtig eine verantwortungsvolle Partnerschaft ist und wie leicht es immer noch ist, dass dem Patienten durch falsch verstandene Freiheiten Schaden zugefügt wird. Als Beispiel seien hier nur die Psychosomatosen zu nennen.

Greift man die zunehmend häufiger auftretenden Angststörungen heraus, so reicht der Radius der Schadensmöglichkeiten hier von der Bannalisierung bis hin zur Überdiagnostik mit einer unter Umständen invasiven und risikoreichen Diagnostik, wie etwa Koronarangiographien bei Herzphobien. Beides führt oft zur Chronifizierung der Beschwerden. Es lohnt sich also, erneut den Blick auf diesen Leitsatz zu lenken, der unser Denken und Handeln lenken sollte.

Dr. med. Alexander H. Jakob

Arzt und Patient

Nil nocere

Betrachtungen zu einem Leitprinzip der Medizin