

Die Krankenhäuser sind Teil eines Verbundsystems, das aus den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, den Krankenhäusern, den Nachsorge- und Pflegeeinrichtungen, dem öffentlichen Gesundheitswesen und den sonstigen ärztlichen Diensten besteht. Nur im systematischen Zusammenwirken aller eigenständigen Bereiche kann das Gesundheitswesen auch unter Kostengesichtspunkten seine Aufgaben gut erfüllen. Die wissenschaftlich-medizinischen Grundlagen und Erkenntnisse, nach denen sich ärztliches Handeln zu richten hat, die sogenannten Regeln ärztlicher Kunst, sind im ambulanten und im stationären Sektor gleich.

Kooperation und Kollegialität

Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten wird ein Schwerpunktthema der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 11. Mai in Köln sein.

Wir haben einen Klinikarzt und einen niedergelassenen Arzt um ihre Gedanken zu diesem Thema gebeten. Beide Autoren sind Mitglieder der Kammerversammlung und nehmen weitere Mandate in den ärztlichen Körperschaften bzw. der ärztlichen Standespolitik wahr.

schiedlich wie die beteiligten Menschen. Es gibt Situationen, in denen die niedergelassene Praxis und die stationäre Versorgung nahtlos ineinandergreifen, und es gibt Situationen, in denen praktisch keinerlei Kommunikation stattfindet. Die Frage, wie der einzelne Arzt zur wechselseitigen Kommunikation steht, hängt derzeit noch in erster Linie von Zufälligkeiten ab. Wer den wechselseitigen Kontakt bislang als Hilfe erfahren hat, wird ihn immer wieder suchen, wer mit dem Kontakt vor allem schlechte Erfahrung gesammelt hat, wird sich weniger um ihn bemühen. Ob unmittelbare Kommunikation als grundlegendes Element der jeweiligen Arbeit eingeübt wird, hängt auch vom Vorbild und von der Vermittlung durch leitende Ärzte und Fachärzte während der AiP-Zeit und der Weiterbildung des Assistenzarztes ab.

Ein wichtiges Hemmnis auf beiden Seiten ist der mit

Unterschiedliche Arbeitssituationen

Dabei gründen sich die besonderen Möglichkeiten des Krankenhauses zum einen auf die dort verfügbaren apparativen Einrichtungen, zum zweiten ist jederzeit unverzüglich eine Betreuung durch einen fachkompetenten rufbereiten Arzt und durch erfahrene und ausgebildete Pflegekräfte möglich. Hinzu kommt eine aus ständiger Erfahrung gewachsene Kompetenz und Sicherheit der dort Tätigen im Umgang mit kritischen Situationen und in der Versorgung von schwerkranken Patienten.

Während in der niedergelassenen Praxis noch vielfach über die nur schwer überwindbare Isolation des Einzelkämpfers geklagt wird, ist die Arbeit im Krankenhaus ohne ständige Zusammenarbeit in einem ärztlichen Team und enger Verknüpfung mit der Arbeit von Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern und vielen weiteren Berufen bis hin zu Seelsorgern und Technikern nicht zu denken. Während der eine in der Praxis die Integrität seiner Freiberuflichkeit gegen die ökonomischen Zwänge seiner Rolle als mittelständischer Unternehmer verteidigen muß, muß der andere seine Freiberuflichkeit gegen die von der Krankenhausleitung an ihn herangetragenen ökonomischen und bürokratischen Zwänge durchsetzen. Beide Herausforderungen bieten jeweils unterschiedliche Gestaltungschancen.

Frust am Telefon

Die Kooperation von Krankenhausärzten und niedergelassenen Haus- und spezialisierten Fachärzten ist so unter-

der Kontaktaufnahme verbundene Zeitverlust. Oft muß sich der anrufende Praxisarzt über mehrere Telefonapparate mühsam bis zu seinem Gesprächspartner durchschlängeln, oft sind niedergelassene Ärzte zu den Zeiten, zu denen Krankenhausärzte vom Zeitablauf her zu Telefonaten kommen, auf Hausbesuch und deshalb außerhalb der Praxis schwierig zu erreichen. Zudem stellen eingehende Telefonate oft sehr unwillkommene Störungen in der jeweils ablaufenden Verrichtung dar.

Eine verbesserte Erreichbarkeit telefonischer Gesprächspartner wird nicht nur aus Richtung der Praxis in die Klinik gewünscht – die Ausstattung aller Krankenhausärzte mit Funkempfängern und die Nutzung der modernen Möglichkeiten der ISDN-gestützten Telekommunikation wären hier eine Hilfe – sondern auch mancher Krankenhausarzt, besonders der ohne Sekretärin, gibt nach mehrfachem Versuch entnervt auf, wenn er zu seinem niedergelassenen Kollegen nicht vordringt. Ihm steht meist niemand zur Verfügung, der ihm die Vermittlungstätigkeit für Telefonate aus dem Krankenhaus abnimmt. Fruchtlöse Fehlversuche führen deshalb zu einem belastenden Zeitverlust. Ohne Zweifel wäre eine schnelle telefonische Konsultation und Absprache in vielem hilfreich.

Die starke zeitliche Belastung der Krankenhausärzte mit vielen unbezahlten Überstunden verführt nicht unbedingt dazu, zusätzliche kommunikative Aufgaben mit dem dafür erforderlichen Zeitbedarf zu übernehmen. Die Kommunikation ist um so störungsärmer, je besser sich die Kollegin oder der

*Kooperation und Kollegialität
zwischen Krankenhausärzten und
niedergelassenen Ärzten
... aus der Sicht des Klinikarztes
von Rudolf Henke*

Kollege in die Situation des Gesprächspartners versetzen kann. Im Gespräch mit Krankenhausärztinnen und -ärzten hört man immer wieder, daß es für sie recht wenig Berührungspunkte mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen gibt. Und wo Kommunikation besonders dringend erforderlich sei, hapere es.

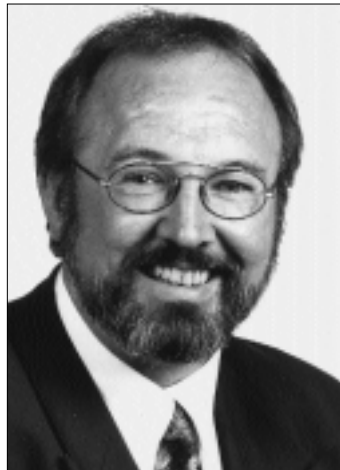
Einweisungen

Gewiß liegt in der Kürze auch die Würze, aber bei Einweisungen und Überweisungen sind Verständlichkeit, Vollständigkeit und Verlässlichkeit der an den Krankenhausarzt übermittelten Information das Wichtigste. Je klarer der niedergelassene Arzt seine Erwartung an die Kollegen im Krankenhaus formuliert, desto leichter wird es für gewöhnlich sein, seinen Wünschen zu entsprechen. Anamnestisch interessierende Vorbefunde und Arztbriefe sollten nicht nur in Auswahl, sondern wirklich komplett mitgegeben werden, und dies möglichst in einer als Dokumentation und zum dauerhaften Verbleib geeigneten gut lesbaren Form. Nicht entzifferbare Krakeleien, mit ausgetrockneten Farbbändern zu Papier gebrachte Buchstaben, Bruchstücke oder unleserliche Kopien zeugen nicht von wechselseitigem Respekt, sondern können als gegenseitige Mißachtung aufgefaßt werden und sind in jedem Fall eine Zumutung.

Bei Röntgen- oder anderen bildgebenden Untersuchungen erspart die Überlassung von Voraufnahmen zur späteren Rückgabe umständliche Beschaffungaktionen oder gar vermeidbare Wiederholungsuntersuchungen und sorgt auf jeden Fall für einen besseren Vergleich bei der nächsten Befundaktualisierung.

Entlassungen

Bei Entlassungen klagen Krankenhausärzte immer wieder darüber, daß der niedergelassene Kollege die von ihnen gegebenen Diagnose- und Therapievorschläge nicht berücksichtigte. Kasuistiken beweisen nichts, aber als Illustration will ich den Säugling nennen, bei dem eine weitere Hüftgelenksonographie empfohlen wurde, statt der dann aber eine Röntgenaufnahme erfolgte. Bei Entlassung von Patienten muß das Problem des Patienten vom niedergelassenen Kollegen als solches erkannt und übernommen werden, der Krankenhausarzt muß sich darauf verlassen können, daß eine entsprechende Nachbehandlung erfolgt. Dazu wird vielfach eine telefonische Rücksprache zwischen Krankenhausarzt und nachbehandelndem niedergelassenen Arzt sinnvoll sein. Obligatorische telefonische Rücksprachen als automatische Routine halte ich aber für übertrieben. Auch für solche ärztlichen Aktivitäten sollte man sich um indikationsgerechtes Handeln bemühen,



Rudolf Henke MdL ist Arzt für Innere Medizin und Oberarzt am St. Antonius-Krankenhaus in Eschweiler. In der ärztlichen Landespolitik ist er aktiv als Vorstandsmitglied von Bundesärztekammer und Ärztekammer Nordrhein, als 2. Vorsitzender des Marburger Bundes und Vorsitzender des mb-Landesverbandes Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz. Außerdem vertritt er als direkt gewählter Abgeordneter den Wahlkreis Aachen II im Landtag von Nordrhein-Westfalen.
Foto: Bernd Schälte

das heißt, nur dann telefonieren, wenn es im Einzelfall notwendig ist. Sinnvoll sind sicher regelmäßige persönliche Begegnungen von niedergelassenen und der Krankenhausärzte im Rahmen von fachlichen Fortbildungen oder ähnlichen Veranstaltungen. Wer sich kennt, kommuniziert besser.

Rahmenbedingungen

Neben diesen mehr im Alltag angesiedelten Erwartungen gibt es Erwartungen, die stärker im politischen Raum liegen.

Heute verläuft die fachärztliche Versorgung der Patienten weitgehend getrennt in der ambulanten Praxis einerseits und in den Krankenhäusern andererseits. Was wir statt dessen brauchen, ist ein integrierendes System der Patientenversorgung mit offenen Grenzen auf beiden Seiten. Wenn sich dieses System am einzelnen Patienten orientiert und daran, ihm zu einem durchgängigen ganzheitlichen Behandlungskonzept zu verhelfen, dann darf der Übergang von der ambulanten zur stationären Versorgung und zurück nicht mehr automatisch und ungefragt mit einem bzw. mit mehreren Arztwechseln verbunden sein.

Die Idee der freien Arztwahl darf nicht nur für den Privatpatienten gelten, sie muß auch für den Kassenpatienten wirksam werden, das heißt konkret, daß der Patient in Zukunft jedenfalls in den hochspezialisierten Bereichen fachärztlicher Leistungen selbst entscheiden kann, welchen Facharzt für ambulante und stationäre Leistungen er konsultiert. Dabei soll es in diesem Rahmen in Zukunft möglich sein, sowohl einen fest angestellten Krankenhausarzt als auch einen niedergelassenen Vertragsarzt aufzusuchen. Erfahrungsberichte aus der Schweiz lassen annehmen, daß so eine Qualitätsverbesserung auf beiden Seiten herbeigeführt werden kann.

Überflüssige Arztwechsel vermeiden

Für viele Patienten ließe sich das medizinische Leistungsgeschehen deutlich verbessern, wenn es gelänge, zumindest in einigen Bereichen mehr Integration zu bewerkstelligen. So würde die Zusammenführung spezialärztlicher Betreuung im ambulanten und stationären Bereich durch dieselben Ärzte überflüssige Arztwechsel vermeiden helfen, Doppelinvestitionen und Doppeluntersuchungen minimieren, den bestmöglichen Informationsfluß sicherstellen, durch den ständigen fachlichen Meinungsaustausch in Team Qualitätssicherung erleichtern und zu einer größeren Berufszufriedenheit der beteiligten Ärzte beitragen.

Hochspezialisierte Fachärzte, die sich am Krankenhaus ganz oder teilweise ambulant betätigen können, würden we-

niger mit dem bekannten Mangel an ausreichend attraktiven Lebensstellungen am Krankenhaus konfrontiert. Und: die wirtschaftliche Auslastung teurer Investitionen sollte sich wesentlich verbessern lassen, der zu einer medizinisch fragwürdigen Mengenausweitung beitragende Amortisationsdruck ließe sich verringern, und man könnte eine erhebliche Investitionersparnis erzielen, weil man alle Investitionen „doppelt“ (stationär wie ambulant) nutzen könnte. Die spezialisierten Krankenhausärzte bekämen ein stärkeres Interesse an ambulanten Behandlungsformen, und dies könnte sich auf die Verweildauern nur nützlich auswirken.

In der Vergangenheit sind die Krankenhausärzte den niedergelassenen Ärzten stets in der Annahme begegnet, daß die Zugehörigkeit zu einem einheitlichen Arztberuf von vornherein ein kollegiales Verhältnis untereinander herbeiführe. Die Zustimmung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu der Fortsetzung gedeckelter Budgets im Krankenhaus durch das „Gesetz zur Stabilisierung der Krankenausgaben“ für das Jahr 1996 hat das Vertrauen in diese Vermutung schwer erschüttert.

„Wenn es ums Geld geht“, so höre ich jetzt von vielen Krankenhausärztinnen und -ärzten, „dann kämpfen niedergelassene Ärzte doch nur für sich selbst, und sie kochen ihr eigenes Stüppchen.“ Während die Krankenhausärzte wie schon in der Vergangenheit gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten gegen den für die ambulante Medizin verordneten Budgetdeckel gekämpft hätten, sei ihnen die Vertretung der niedergelassenen Ärzte jetzt in den Rücken gefallen und hätte sich kalt lächelnd mit einer Fortsetzung und sogar Verschärfung der Budgetierung für das Krankenhaus einverstanden erklärt. Von innerärztlicher Solidarität sei dabei wenig zu spüren gewesen. Dies bewege sich auf einer Linie mit der Befürwortung der Niederlassungssperren durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung in den 1992 geführten Diskussionen über das Gesundheitsstrukturgesetz.

In der Tat stehen die niedergelassenen Ärzte für die kommenden Jahre vor der Frage, ob sie gemeinsam mit den Krankenhausärzten eine in den Ärztekammern einheitlich zu formulierende gemeinsame Politik betreiben wollen, oder ob sie sich mehr davon versprechen, den Weg wachsender Verteilungskonflikte zu gehen, bei denen jeder gegen jeden um die verfügbaren Mittel konkurriert.

Ich hoffe sehr, daß die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 11. Mai zur Klärung dieser Frage im Sinne der gemeinsamen Politik beiträgt.

Anschrift des Verfassers:

*Rudolf Henke
Bendstr. 36
52066 Aachen*

Kooperation und Kollegialität

*zwischen Krankenhausärzten und
niedergelassenen Ärzten*

*... aus der Sicht des niedergelassenen Arztes
von Heinz-Rudi Ocklenburg*

Kooperationen von Klinik und Praxis unter dem Stichwort „Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung“ sind zum politischen Schlagwort und zur Zauberformel ökonomischer Sparzwänge geworden.

Wie oft, wenn nach Reformen von gesetzlichen Rahmenbedingungen gerufen wird, die vielfach auch wertvolle gewachsene Strukturen bei einer solchen „Generalrenovierung“ zerschlagen, kommt von besonnener Seite der Vorbehalt, die vorhandenen gewachsenen Strukturen besser zu nutzen, zu reanimieren und auszugestalten.

Vielfältige Formen der Verflechtung

Tatsächlich gibt es bereits jetzt vielfältige Verflechtungen von ambulanter und stationärer Versorgung:

- Ermächtigung von Krankenhausärzten (für die konsiliari-sche Beratung von Vertragsärzten, für spezielle Untersuchungs- und Behandlungsverfahren)
- gemeinsame Großgerätenutzung
- Institutsermächtigung bestimmter Krankenhausabteilungen
- Poliklinikverträge
- Belegarztsystem
- die prä- und poststationäre Behandlung
- onkologische Versorgung mit gemeinsamer Konferenz, Berichterstattung und Therapieplanung
- Notfallversorgung in den sprechstundenfreien Zeiten, die sich auf den organisierten Notdienst von KV und Kammer und Kliniken aufteilt.

Alle vorhandenen Instrumentarien – das gilt für alte und pro-spektiv neue politische Vorgaben – sind nur so gut, wie die Men-schen, die mit ihnen umgehen. In diesen Fällen liegt es also an uns Ärztinnen und Ärzten, die wir in der Abhängigkeit von dem administrativen und ökonomischen Umfeld der Klinik oder der Praxis unterschiedlichen Zwängen unterliegen.

Der Klinikarzt wird von der Verwaltung unter Kosten- und Belegungsgesichtspunkten sowie der Außenwirkung der Klinik unter Druck gesetzt, der niedergelassene Kollege unterliegt den Reglementierungen der Kassenärztlichen Vereinigung mit