

# Aus-Tritte

Bernhard Gurtner

Sprachlich genau genommen kann man nur zu Fuss in ein Spital eintreten. Erfolgt die Zuweisung liegend oder sitzend, handelt es sich nicht um einen Eintritt, sondern um eine Einlieferung. An einer medizinischen Universitätsklinik galt denn auch die Regel, dass gefährliche Notfallpatienten dem Ambulatorium der Poliklinik zuzuweisen seien; um die flach Liegenden musste sich der Tagesarzt der Bettenstation kümmern. Pflgte dieser klinische Gatekeeper gute Beziehungen zum Spitalportier, liess sich der brave Mann zur entlastenden Meldung verleiten: «Herr Doktor, soeben wird eine Patientin aus der Ambulanz auf die Rollbahre umgelagert. Ich habe aber den Eindruck, dass diese Frau noch ganz gut selbst gehen könnte ...».

## «Die Bezeichnung Austrittsbericht garantiert auch nicht immer, dass jemand auf eigenen Füßen weggegangen ist»

Die Bezeichnung Austrittsbericht garantiert auch nicht immer, dass jemand auf eigenen Füßen weggegangen ist und nicht als Halbfertigprodukt im Rollstuhl den Angehörigen oder der Spitex zugeschoben wurde. Nach Einführung der DRGs mit ihrer Tendenz zu blutigen Entlassungen – quicker and sicker – könnte mit Aus-Tritt bald einmal der energische Kick gemeint sein, mit dem ein «Fall» hinausbefördert wird. «Patient Dumping» [1] nennen es die Amerikaner, die schon vor 30 Jahren die DRGs eingeführt haben, mit all den bösen Folgen, die laut offizieller Beschwichtigungsformel eine Begleitforschung in der Schweiz verhindern werde. Wie wird man die forschen Begleiter, die Missstände am Tatort verhindern können, finden, finanzieren und legitimieren? Auch die in der TV-Tagesschau gesendeten Reportagen von Katastrophen könnten als bildgebende Begleitstudien verstanden werden. Sie mobilisieren bestenfalls die Glückskette oder die Médecins sans frontières.

Bleibt zu hoffen, dass bei verfrühten Entlassungen wenigstens ein Bericht bereit liegen wird, der die Nachbehandelnden vor Blindflügen bewahrt. Die Pflicht, Austrittsberichte rechtzeitig und rundum befriedigend zu verfassen, hat uns schon in der Weiterbildungszeit genervt. Oberärzte fanden die Briefe zu knapp, Chefärzte zu ausführlich – oder auch umgekehrt – wie Mittelschulprofessoren strichen sie Tippfehler und grammatische Greuel dick an und beklagten den verstorbenen Akkusativ. Sie bestanden zu Recht darauf,

dass jeder Austrittsbericht eine Visitenkarte der Klinik darstelle und daher gepflegt auftreten müsse. Unangenehm, aber lehrreich waren Aha-Erlebnisse, wenn sich erst unmittelbar vor dem Diktat bei genauer Durchsicht der Unterlagen eine Diagnose herauskristallisierte, die wir verpasst hatten. Der Hausarzt wurde sofort telefonisch informiert. Einer tröstete uns mit der Behauptung, dass er die meist zu spät eintreffenden Spitalpisteln ohnehin nur in der Diagonalen lese, gelegentlich seien sie aber als Fortbildungsquelle brauchbar.

Scharf auf Austrittsberichte waren (und sind noch?) einige Krankenkassen und Versicherungen, deren Sachbearbeiter auf einem vorgedruckten Formular mitteilen, dass ihr Vertrauensarzt zwecks Klärung hängiger Fragen eine Kopie des Klinikberichtes wünsche. Wir reagierten mit einem ebenfalls vorbereiteten Standardbrief, der das Ansinnen aus Datenschutzgründen verweigerte, dem Vertrauensarzt aber zusicherte, begründete Fragen sofort zu beantworten. Das Angebot wurde fast nie benützt.

Hochstandardisierte Austrittsberichte patientenindividuell zu gestalten, medizinische Fakten knapp und doch ausreichend zusammenzufassen und sie zudem kodierungs- und fakturierungstauglich, sowie haftungsrechtlich korrekt wiederzugeben, wird eine kaum zu bewältigende Aufgabe. Zwei optimistische Medizincontroller betrachten sie dennoch als tabellarisch lösbar [2] und versichern: «Es kann durch die Erweiterung der Sichtweise (Kodierung, Fakturierung über Diagnosen und Therapien) nicht sein, dass die Leistungserbringer mit mehr Dokumentationsaufwand belastet werden, sondern maximal mit einer präzisieren, auf eine Finanzierung ausgerichteten Formulierung.» Was nicht sein darf, kann und wird nicht sein?

Auf Finanzierung ausgerichtete Formulierungen in den Klinikberichten, messbare Befunde, anstatt abrechnungstechnisch unbedeutsamer Angaben über das Befinden der Durchgeschleusten – Qualen liefern keine Zahlen. Schlecht klassifizierbare Morbiditäten werden von kundigen Kodierkräften zu «DRGs ohne Ertrags-einbussen» aufgearbeitet, die medizinische Hauptdiagnose deckt sich gemäss Regelwerk nicht immer mit der kodierten, aufwandbezogenen Schlussdiagnose. Der SwissDRG-Beauftragte der FMH wagte es dennoch zu versichern, dass wir nicht bereit seien, unsere therapeutische Freiheit den ökonomischen Zwängen zu opfern. Er betrachtete Kodierungshandbücher und Grupper-Software als vorübergehende Erscheinungen [3]. Könnte er doch einen Austrittsbericht verfassen, mit dem sich die Ärzteschaft aus dem unseligen Projekt definitiv verabschiedet.

1 [www.google.ch](http://www.google.ch) über 30 000 Einträge.

2 Malk R, Daum G. Von der medizinischen Dokumentation zur DRG-Abrechnung. Schweiz Ärztezeitung. 2007; 88 (36): 1492-1497.

3 Kommentar der FMH (P.-F. Cuénoud) a. a. O. S. 1498.

Korrespondenz:  
Dr. med. Bernhard Gurtner  
Eggstrasse 76  
CH-8620 Wetzikon