

Diskussion und Meinung

Ihre Meinungen und Ansichten zu den Beiträgen und Artikeln in der Synapse interessieren uns. Nicht zuletzt auch, weil wir den Dialog und den Meinungsaustausch innerhalb der Ärzteschaft fördern möchten. Die Redaktion der Synapse behält sich im Sinne einer besseren Lesbarkeit vor, Leserbriefe zu redigieren bzw. zu kürzen und einen eigenen Titel zu setzen. Senden Sie Ihre Stellungnahme an: synapse@emh.ch

«Wir haben keinen wirklichen Ärztemangel»

(Antwort auf den Artikel «Die hausärztliche Notfallpraxis ist aus der notfallmässigen Versorgung nicht mehr wegzudenken» von Dr. med. N. Geigy in der Synapse Nr. 5/15)

Mit Interesse habe ich den Artikel in der letzten Synapse gelesen. Bei den angegebenen Zahlen habe ich doch ein wenig gestaunt und mich gefragt, ob ich nicht falsch rechne. Die Notfallstation hat 25 000 Konsultationen pro Jahr. Geteilt durch 365 Tage macht das aufgerundet 69 Konsultationen pro Tag. Davon werden 16 Konsultationen durch die niedergelassenen Ärzte bestritten, das sind 23% der Gesamtkonsultationen. Unter der Woche ist die Hausarztnotfallstation 4,5 Std. offen, macht $5 \times 4,5 = 22,5$ Std. Sams-

tag und Sonntag je 13 Std. macht 26 Std. Zusammen macht das $48,5$ Std. $\times 52$ Wochen = 2522 Std. 6000 Konsultationen (nehme an, der Patient wird nur einmal gesehen) geteilt durch 2522 macht 2,4 Patienten pro Stunde.

Mit Verlaub gesagt sind meine 42 Kollegen im Schnitt ausgelastet, aber kaum überlastet. Nur zu gern wüsste ich, wie viele Spitalkollegen aber mit den restlichen 53 Konsultationen über 24 Stunden beschäftigt sind. Mir ist durchaus bewusst, dass dies eine Milchmädchen-

rechnung ist und viele Faktoren unberücksichtigt lässt.

Alles zu Ende gerechnet bin ich sicher, dass man zum Schluss kommt und sieht, dass unser angeblicher Ärztemangel in den Spitälern steckengeblieben ist.

Damit möchte ich zum Editorial der gleichen Synapse-Ausgabe überleiten und feststellen, dass wir keinen wirklichen Ärztemangel haben, sondern diese falsch verteilt sind ...

Wir hatten noch nie so viele Ärzte wie heutzutage in der Schweiz.

Doch das hört man nicht so gerne ...

Dr. med. Christoph Schnyder, Büren

Komplexe Realität

(Replik auf den Leserbrief von Dr. C. Schnyder)

Sehr geehrter Herr Dr. Schnyder

Zunächst möchten wir uns für Ihre kritischen Anmerkungen zum personellen Aufwand im Verhältnis zu den Patientenzahlen in der Versorgung von Notfallpatienten in der Notfallpraxis bzw. der Notfallstation des Kantonsspitals Baselland, Liestal, sehr herzlich bedanken. Wie Sie richtig aufzeigen, liegt die Zahl der in der Notfallpraxis pro Stunde abgeklärten und behandelten Patienten tatsächlich über den auf der Notfallstation ermittelten Zahlen. Wie Sie ebenfalls richtig anmerken, bilden diese Zahlen jedoch nur einen Teilaspekt einer komplexen Realität ab.

Patienten, welche in der Notfallpraxis behandelt werden, sind im Rahmen des vorangehenden Triageprozesses in der Regel den Emergency-Severity-Index(ESI)-Klassen 5 oder 4 zugeordnet worden, d.h. sie benötigen maximal eine Notfallressource. Als Notfallressource zählt beispielsweise eine Laboruntersuchung (Blutbild, Chemiewerte und Koagulation), Laboruntersuchung und bildgebende Verfahren (z.B. Röntgen Thorax) zählen

als zwei Ressourcen. Patienten, welche auf der Notfallstation untersucht und therapiert werden, fallen entsprechend in der Regel in die ESI-Kategorien 3, 2 und 1, d.h. sie präsentieren sich mit Symptomen und klinischen Zeichen, welche auf eine akute und gegebenenfalls lebensbedrohliche Erkrankung hinweisen. Daraus ergibt sich zwangsläufig ein im Vergleich zur Notfallpraxis höherer Ressourcen- und damit auch Zeitbedarf pro Patient. Dies wird unterstrichen durch eine durchschnittliche Verweildauer auf der Notfallstation von aktuell ca. 2,5 Std. und eine Hospitalisationsrate von 30%, welche in der Tendenz kontinuierlich ansteigt.

Das Kantonsspital Baselland ist ein Ausbildungsspital. Die Ausbildung auf der Notfallstation ist ein integraler Bestandteil des Curriculums sowohl der Inneren Medizin als auch der chirurgischen Fächer und soll die jungen Kolleginnen und Kollegen gerade auch auf eine qualifizierte Tätigkeit im ambulanten, niedergelassenen Bereich vorbereiten. Natürlich kann von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung nicht die gleiche berufli-

che Erfahrung und Entscheidungskompetenz erwartet werden wie von einem «alten Hasen», weshalb die jüngeren Kolleginnen und Kollegen mehr Zeit brauchen und die Möglichkeit haben müssen und sollen, im Rahmen einer qualifizierten Supervision am konkreten Fall zu lernen und Erfahrungen zu sammeln. Gerade auch in diesem Punkt unterscheiden sich Notfallstation und Notfallpraxis natürlich substantiell voneinander, da letztere von sehr erfahrenen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen geführt wird, die sich aufgrund des Settings und ihrer Erfahrung vollumfänglich auf die Abklärung und Behandlung ihrer Notfallpatienten konzentrieren können.

Es ist sicher richtig, dass die Zahl der niedergelassenen Kollegen in den letzten Jahren abgenommen hat und weiter signifikant abnehmen wird. Es ist sicher ebenfalls richtig, dass die Zahl der ärztlichen Stellen im Spitalsektor aus diversen, nicht zuletzt arbeitszeitrechtlichen Gründen deutlich gewachsen ist. Dazu kommen substantielle Kosten und eine beträchtliche persönliche und berufliche Unsicherheit beim Übergang von einer Spitalstelle in die Selbständigkeit. Aber gerade an dieser so wichtigen

Schnittstelle sind sowohl wir Spital- wie auch Sie als niedergelassene Ärzte besonders gefordert, gemeinsam für eine attraktive, an den beruflichen Erfordernissen ausgerichtete Ausbildung und für einen bestmöglichen Übergang in ein attraktives Praxisarbeitsumfeld zu sorgen.

In diesem Sinne sehen wir die Kombination aus Notfallpraxis und Notfallstation als Beispiel und Modell eines Weges der Zusammenarbeit zwischen Spital und niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen an, in dem beide Seiten eng kooperieren, um die ambulante Patientenversorgung auf höchstem Niveau und

gleichzeitig die persönliche Flexibilität langfristig sicherzustellen. Die Intention Ihres Schreibens, sehr geehrter Herr Kollege Schnyder, spricht uns insofern direkt aus der Seele.

Prof. Dr. J. Leuppi, CA / PD Dr. Th. Dieterle, LA med. Universitätsklinik / Dr. N. Geigy, LA Notfall, Kantonsspital Baselland, Liestal

Ungenügende Fachkompetenz

(Antwort auf den Artikel «Abschied von meiner Schwester» von Dr. med. Eva Kaiser-Pfarrmann in der Synapse Nr. 6/15)

Sprechen wir von Suizidhilfe am Lebensende, oder geht es um Suizidhilfe an Menschen, die eine Krankheit nicht mehr ertragen wollen oder die einfach alt und «lebensmüde» sind? Da bestehen doch wesentliche Unterschiede. Beim geschilderten Fall von Kollegin Kaiser-Pfarrmann geht es eindeutig um Suizidhilfe am Lebensende. Diese ist von der Akademie der Medizinischen Wissenschaften standesrechtlich akzeptiert.

Gleichwohl wirft der geschilderte Fall für mich Fragen auf: Die Kollegin schreibt, ihre Schwester habe nicht am Tumor «verrecken» wollen, und das Wissen, dass sie das dank «Lifecircle» nicht brauche, habe ihr die Kraft gegeben, das Leben noch auszukosten. Ich stelle immer wieder fest, wie bei den Menschen noch Vorurteile bzw. Schreckensbilder von früher herumgeistern, «an Schläuchen am Sterben gehindert zu werden», unerträglichem Leiden ausgesetzt zu sein etc., wie wenn es die Palliativmedizin inkl. terminale Sedation nicht gäbe! Wichtig scheint mir eine gute Aufklärung darüber und ein Ausfüllen einer Patientenverfügung.

Die Kollegin outet sich als gläubig. Das bin ich auch, doch ich sehe die Sache mit dem «Gott-ins-Handwerk-Pfuschen» anders: Wenn wir unseren Beruf lege artis ausüben, sieht es oft so aus, als könnten wir Leben verlängern. Vom religiösen Standpunkt aus ist das freilich nur so, wenn Gott sein «Ja» dazu gibt. Andernfalls gäbe es genug Möglichkeiten, dass die beste Behandlung miss-

lingt! Wenn wir aber Pentobarbital in letaler Dosis verabreichen, müsste Gott schon ein Wunder tun, um den Betroffenen nicht sterben zu lassen. Das geschieht selten.

Suizidhilfe bedeutet heute aber, wie eingangs erwähnt, längst nicht mehr nur ein Eingreifen, wenige Tage bevor der Patient ohnehin sterben würde. Sie hat unübersehbar die Tendenz, ihre Indikation auszuweiten.

Und da wird es echt problematisch:

- Jeder begleitete Suizid sendet ein soziales Signal aus. Leidtragende sind nicht die Menschen, die selbstbewusst ihr «Selbstbestimmungsrecht» einfordern, sondern jene, die eben gerade dieses Selbstbewusstsein nicht haben. Ein gutaussehender und gebildeter Mann Anfang 40, der zu mir in Therapie kam, hatte eine schwierige Kindheit. Es waren nicht Schläge oder ausgesprochene verbale Entwertungen, die er ertragen musste, aber ein Klima von wenig Gefühl und Verständnis für ihn, er musste den Eindruck bekommen, dass seine kindliche Lebendigkeit stört. Im Laufe der Therapiestunden haben wir herausgearbeitet, dass eine Art Glaubenssatz «Am besten, ich wäre gar nicht da!» ihn leitet. Wie das auf dem Tisch lag, sagte er nachdenklich: «Die aktuelle Diskussion um Exit und so macht mir Angst. Ich denke, wenn ich mal alt bin und nichts mehr leisten kann, wird von mir erwartet, dass ich mir das Leben nehme.»

- Angenommen, ein Mensch mit einer ähnlichen inneren Struktur – und solche gibt es viele! – käme mit einem Suizidwunsch zum Exit-Konsiliararzt, z.B. zu einem pensionierten Ophthalmologen. Das habe ich kürzlich so gelesen in der Ärztezeitung. Der Kollege verteidigte seine Kompetenz, den Suizidwunsch zu evaluieren. Ich gebe zu, dass ich als Psychiater herzlich wenig von Ophthalmologie verstehe. Ich möchte aber, mit Verlaub, einem Ophthalmologen auch nicht zutrauen, dass er viel von Psychiatrie/Psychotherapie versteht. Muss er das? Wenn er für Exit arbeitet schon! Ein Suizidwunsch ist psychodynamisch hoch komplex. Um hier nicht in die Falle der Gegenübertragung bzw. Kollusion zu treten, braucht es nicht nur viel psychotherapeutische Erfahrung, sondern auch eine gute Kenntnis des Patienten. Wie soll das ein Nicht-Psychiater in einer oder zwei Sitzungen schaffen? Der bekannte Palliativmediziner G. D. Borasio fordert zu Recht, dass ein Exit-Konsiliararzt eine psychiatrische und/oder palliativmedizinische Ausbildung haben muss, und es nimmt ihn schon «etwas wunder, wenn Kollegen in einem so sensiblen Bereich, der die Möglichkeit einer irreversiblen Entscheidung einschliesst, die Notwendigkeit spezifischer Fachkompetenzen verneinen – wo dies doch im Rest der Medizin eine Selbstverständlichkeit ist.» Dem kann ich nur beipflichten.

Dr. med. Walter Meili, FA Psychiatrie/ Psychotherapie, Basel