

Courrier au BMS



Praxislabor und Patientensicherheit

Ich möchte Herrn Kollege Buser für sein wichtiges Argument gegen die neuen Labortarife [1] danken und ergänzend festhalten, dass neben chronisch Kranken und älteren Patienten auch kranke Kinder besonders darunter leiden, wenn der Haus-, Kinder- oder Notfallarzt kein eigenes Labor mehr hat. Venöse Blutentnahmen sind bei Kindern bis ins Primarschulalter technisch oft schwierig und belasten Kinder und ihre Eltern wesentlich mehr als ein «Fingerpicks». Das gleiche gilt für Zuweisungen ans Spital in Situationen, in denen mit einer Behandlung nicht gewartet werden kann, bis auswärtige Laborresultate eingetroffen sind. Zudem müssen Kinder weitere Wege ins Spital in Kauf nehmen, da Fachärzte für Pädiatrie nur in den Kinderspitälern und Kliniken vorhanden sind, nicht aber in den meistens näher gelegenen Regionalspitälern.

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Uzwil SG

1 Buser U. Zu Praxislabor und Patientensicherheit. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(5):167-8.



Reduktion der Ausbildung in Allgemeinmedizin?

Stellungnahme zu: Drei Jahre, fünf Jahre oder ein Leben lang? [1]

Sehr geehrter Herr Stalder

Ich bin mit Ihren Ausführungen absolut nicht einverstanden. Die breiteste Ausbildung benötigen die Grundversorger, wobei ich dazu auch die Psychiater zähle. Ein Weglassen des Wahlstudienjahres für Studenten mit dem Ausbildungsziel wäre verkehrt. Ich selbst konnte im Wahlstudienjahr genau diese Fächer belegen, von denen ich wusste, dass ich keine Chance haben würde, eine Halb-

jahres- oder Jahresstelle zu finden als Assistenzarzt (Dermatologie, Neurologie, Rheumatologie, Akupunktur). Anschliessend konnte ich mich in der 5jährigen Assistenzzeit auf die grossen Gebiete in der Allgemeinmedizin (Innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie, ORL und Pädiatrie) konzentrieren und von der guten fachspezifischen Ausbildung in den Spezialfächern während des Wahlstudienjahres profitieren!

Es wäre meiner Ansicht nach sinnvoller, die Ausbildungszeit im Medizinstudium für ausgewählte Spezialisten zu verkürzen (z. B. Orthopäden, Kardiologen, Gastroenterologen), die ähnlich wie die Zahnärzte nach zwei Jahren Grundausbildung bereits auf ihr Spezialfach einschwenken könnten.

Dr. med. Heinrich Flückiger

1 Stalder H. Drei Jahre, fünf Jahre oder ein Leben lang? Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(6):228.

Ausbildung kann optimiert und zeitlich gestrafft werden – in allen Disziplinen

Immer wieder schätze ich die ausgezeichneten und fundierten Beiträge von Prof. Stalder [1]. Als älterer und politisch aktiver Landarzt schaue ich bei Artikeln, welche die Hausarztarbeit betreffen, immer genau hin. Gewiss kann man darüber diskutieren, ob eine Ausbildung zum Facharzt auch in kürzerer Zeit bei gleicher Qualität erreicht werden könnte.

Das gilt aber für alle Fachgebiete der Medizin und nicht nur für die Grundversorger. Ich wage sogar zu behaupten, dass der Hausarzt eine der komplexesten Ausbildungen haben muss, denn er ist ja der «Spezialist für alle Fälle ... (Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, Dermatologie, Gynäkologie, Psychiatrie, HNO, Ophthalmologie, Seelsorger, Amtsarzt/Forensiker etc. etc.)». Hier erachte ich eine Kürzung der Ausbildungszeit als eine fragliche Massnahme, aber sie darf geprüft werden.

Als chirurgisch tätiger Arzt in Simbabwe war ich dankbar, dass ich in kurzer Zeit chirurgisch in einem kleinen Landspital in der Schweiz gefördert worden war. Mir wurde in verhältnismässig kurzer Zeit ein Maximum an Wissen und Fertigkeiten beigebracht. Sicher im Sinne von Prof. Stalder.

Das ist aber beileibe nicht überall so. Ich erinnere mich an meine frühe Assistenzzeit als Anästhesist in einem grösseren Spital in Zürich. Ein bereits über ein Jahr auf der Chirurgie arbeitender Assistent «durfte» eine Stellschraube bei einer Osteosynthese entfernen ... Eine denkbar simple Handlung, für die es weiss Gott kein Medizinstudium und keine 1jährige Assistenteausbildung gebraucht hätte ...

Was ich damit sagen will: Alle Fachgebiete, die weniger anspruchsvolleren aber auch die anspruchsvolleren, und dazu zähle ich die Hausarztmedizin, benötigen ein Minimum an Ausbildungszeit. Je nach Güte der Ausbildung kann diese jedoch zweifellos gestrafft werden. Die oben erwähnte chirurgische Ausbildung dürfte zahlreiche Jahre gedauert haben, daraus darf man aber nicht ableiten, dass die Chirurgie an sich so komplex sei, dass sie per se eine lange Ausbildung bräuchte.

Dr. med. W. Baldi, Landarzt, 6162 Entlebuch

- 1 Stalder H. Drei Jahre, fünf Jahre oder ein Leben lang? Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(6):228.



Soll der Arzt während der Abteilungsvisite stehen oder sich ans Krankenbett setzen?

Lieber Herr Adler

Wie hat mich Ihr Artikel gefreut [1]. Endlich jemand, der das Verhalten des Arztes am Krankenbett zum Thema macht. Als pensionierter Chirurg und früher auch Ausbilder am USZ habe ich Studenten und junge Ärzte immer wieder auf dieses Thema sensibilisiert. Es sollte dem Arzt verboten sein, am Krankenbett zu stehen. Das Absitzen ist ein absolutes «Muss». Der stehende Arzt geht auf Distanz und kann die Probleme des leidenden Patienten überhaupt nicht wahrnehmen. Der Kranke traut sich nicht, dem Arzt seine Probleme mitzuteilen. Ich gehe noch weiter und wünsche mir, dass jeder Arzt auf der Visite auch seinen Patienten berührt. Die Berührung gibt ihm dann auch die Möglichkeit, einige vitale Funktionen wie Puls, Hautwärme, Turgor etc. zu prüfen (ohne dass dies der Patient bemerkt oder es ihn stört). Zugleich gibt das Sitzen und Berühren dem Patienten Nähe zum Arzt und Sicherheit. Diese Art Visite habe ich vor Jahren an meinen Patienten geprüft. 1 Tag 5-8 Minuten oben am Bett, den nächsten Tag nur 3 Minuten sitzend und den Patienten berührend am Bett. Es hat

mich nicht erstaunt, dass alle Patienten über die «lange» Visite, ich sitzend und die Hand berührend, erfreut waren. Ich hätte mir so viel Zeit genommen und sie seien mir sehr dankbar (trotz kleinerem Zeitaufwand!) Dies eine kleine Ergänzung zu Ihrem Erlebnisbericht.

Dr. med. Christoph Krayenbühl, Zürich

- 1 Adler RH. Soll der Arzt während der Abteilungsvisite stehen oder sich ans Krankenbett setzen? Schweiz Ärztezeitung. 2009;89(51/52):2234-5.



Auch eine Geschichte

Kürzlich traf ich am Rande eines Kurses einen jüngeren Kollegen. Bald stellte sich heraus, dass wir einen gemeinsamen Bekannten hatten, und so entwickelte sich rasch ein intensives Gespräch. Er erzählte, er habe eine lange Weiterbildung in Allgemeinmedizin gemacht, am Schluss habe er in einer Hausarztpraxis gearbeitet. Die Arbeit sei sehr spannend und befriedigend gewesen, aber folgendes habe ihn enorm gestört: Die fachliche Qualifikation seines Chefs habe ihn bei weitem nicht immer überzeugt, und er habe so kaum mehr etwas gelernt. Das Hauptthema vom Morgen bis zum Abend sei das Geld gewesen. Immer sei er kritisiert worden, er hätte dies und das an Leistungen nicht aufgeschrieben und er müsse «wirtschaftlicher» denken. Er sei dann zum Schluss gekommen, dass er diesem Druck nie standhalten würde und es für ihn deshalb nicht in Frage komme, selbständig in eine Allgemeinpraxis zu gehen. Er könne sich nicht vorstellen, die Patientinnen und Patienten immer nur mit dem Geld im Hinterkopf zu behandeln. Er arbeite jetzt als Angestellter in einem Bereich, wo er auch Patientinnen und Patienten sehe, wo er sein Wissen als Allgemeinmediziner genauso gut einsetzen könne, wo er aber bei weitem nicht unter so unmenschlichem Druck sei wie in einer Allgemeinpraxis.

Als ich diese Geschichte hörte, dachte ich als erstes: wieder ein guter, engagierter Arzt, der für die Hausarztmedizin verloren ist. Weiter dachte ich: Eigentlich wissen wir, dass viele jüngere Ärzte genau deshalb nicht mehr in die Praxis gehen, weil sie bewusst diesen immensen Druck in den Praxen nicht wollen und die enorme Präsenz des Themas «Geld» nicht mehr ertragen.

Schliesslich fragte ich mich: Tun wir Ärzte und Ärztinnen der älteren Generation (die wir in den

meisten standespolitischen Gremien nach wie vor das Sagen haben) genug, um für die jüngere Ärztegeneration Bedingungen zu schaffen, wo der Druck der täglichen Arbeit wieder erträglich wird und es nicht immer nur ums Geld geht?

Machen die Politiker, die FMH, die Fachgesellschaften und die kantonalen Ärztesellschaften das Richtige?

Ich fand keine Antwort, wurde nur nachdenklich und verstand den jungen Kollegen immer besser.

Ruedi Frey, Binz



Pädiatrie am Hôpital Albert Schweitzer, Haiti

Der Beitrag von Naoko König [1] illustriert sehr eindrücklich die Probleme eines von ausländischer Hilfe abhängigen Drittweltspitals, aber auch die alltäglichen Probleme und Problemlösungen einer jungen Ärztin in einem Spital mit begrenzten Ressourcen und Möglichkeiten. Auch wenn sich in den letzten zwei bis drei Jahren am Hôpital Albert Schweitzer, Haiti (HAS), die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten verbessert haben, nicht zuletzt auch dank guter Zusammenarbeit mit vier US-amerikanischen Universitätsspitalern und zwei Schweizer Partnerschaften, der Bieler und der Bündner Partnerschaft HAS Haiti, – antiretrovirale Therapie mit CD4-Monitoring bei über tausend AIDS-Patienten gehören heute ebenso zum Standard wie Frakturenreposition unter dem Bildverstärker (CARM) und ein topmoderner Sonographie-Apparat – der eklatante Unterschied in der Medizin unserer industrialisierten Welt und jener der Entwicklungsländer bleibt und ist uns jeden Tag schmerzlich bewusst. Auch wenn wir alle unsere Möglichkeiten optimieren, sogar mehr finanzielle Mittel erhalten: Dieser Unterschied wird nie vollständig verschwinden, so lange sich die kulturelle und ökonomische Situation dieser Länder nicht grundlegend ändert. Das schleckt keine Geiss weg. Die Forderung anderer Autoren «Völlig gleiche Medizin für arme und reiche Länder» ist Heuchelei und Vorspiegelung falscher Tatsachen. Das soll uns aber nicht davon abhalten, uns weiterhin für eine humane, korrekte und für alle kranken Menschen erreichbare Medizin in den Entwicklungsländern einzusetzen!

Die persönlich positive Bilanz für den Einsatz als Assistenzärztin in einem Drittweltspital im

Bericht von Frau König ist offensichtlich: Mit einfachen klinischen Mitteln und begrenzten technischen Möglichkeiten lernt man eine für die erfolgreiche Therapie notwendige Diagnose erstellen. Anamnese und klinische Untersuchung erhalten wieder einen hohen Stellenwert. Man lernt selbständiges Arbeiten unter erschwerten Bedingungen, Improvisieren, interkulturelle Kommunikation u. v. m. Verläufe behandelbarer Krankheiten, die bei uns nur selten oder nur noch in Lehrbüchern vorkommen (Tetanus, Anthrax, Diphtherie, Kwaschiorkor), können hier direkt erlebt werden. Täglich werden einem die verschiedenen Gesichter der Tuberkulose oder der AIDS-Erkrankung bewusst. Wesentlich ist aber auch der menschliche Aspekt eines solchen Einsatzes in der täglichen Zusammenarbeit über kulturelle und ethnische Grenzen hinweg.

Wie sieht es nun mit der Bilanz für das Drittweltspital beim Einsatz einer ausländischen Assistenzärztin aus? Ich denke, auch sie kann positiv ausfallen, besonders bei sorgfältiger Vorbereitung bereits zu Hause, einerseits durch Selbststudium, vor allem aber über Informationen durch in Drittwelt-Medizin erfahrene Medizinalpersonen, eventuell auch Erlernen von besonderen Fähigkeiten, die bei einheimischen Ärzten nicht genügend vorhanden sind, wie z.B. Ultraschall-Diagnostik. Im Weiteren sind sicher eine charakterliche Stabilität, Vorurteilslosigkeit, Bescheidenheit und Bereitschaft zur interkulturellen Kommunikation sowie eine gewisse Sensibilität für kulturelle Unterschiede notwendig. Sind diese Voraussetzungen gegeben, kann ein Einsatz für beide Seiten sehr wertvoll sein. Die medizinische Ausbildung der einheimischen Ärzte darf zwar nicht unterschätzt werden; sie weicht jedoch von der unsrigen erheblich ab, so dass beide Seiten fachlich voneinander profitieren können. Nicht zuletzt zeugen lebenslange Freundschaften von besonders wertvollen menschlichen Kontakten über Kontinente hinweg.

Wir haben am Hôpital Albert Schweitzer, Haiti, eine mehr als 52jährige Tradition von amerikanischen und europäischen, vorwiegend Schweizer, Assistenz- und Gastärzten, die wir trotz oder gerade wegen der weitgehenden Haitianisierung des Spitals – fast alle Langzeitärzte sind nun Haitianer – nicht missen möchten.

*Rolf Maibach, Medizinischer Direktor
am Hôpital Albert Schweitzer, Haiti,
maibach@kns.ch*

1 König N. Pädiatrie am Hôpital Albert-Schweitzer, Haiti. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(6):225-7.