Tempo 88

Bernhard Gurtner

Die Hausregel der Augenklinik des Kantonsspitals war ganz klar und indiskutabel: Puls über 88 – internistisches Konsilium! Hierfür durfte nicht etwa ein medizinischer Assistenzarzt beigezogen werden, dem berühmten Ophthalmologen war nur die Erfahrung eines medizinischen Kaderarztes gut genug. Und so wurden wir als diensttuende medizinische Oberärzte durch dringliche Telefonate zum Besuch von Patientinnen oder Patienten gedrängt, die oft genug ihr hurtiges Herzklopfen selbst gar nicht bemerkt, aber eine pulsmessende Pflegefachfrau (damals: Krankenschwester) verängstigt hatten. Diese zusätzlichen Störungen im OA-Dienst konnten manchmal schon etwas «ins Auge gehen». Hinterlistig rieten wir den Anrufenden, bei einer nochmaligen Kontrolle etwas langsamer zu zählen, und ersuchten den übervorsichtigen Professor, die Alarmgrenze von 88 auf 100 hochzuschrauben. Ohne Erfolg.

Für die rechtzeitige Diagnose von Infekten, Lungenembolien, Herzrythmusstörungen, Hypovolaemien, Blutzuckerentgleisungen oder bei ungenügender Schmerzbekämpfung war der Trigger88 zweifellos von Nutzen. Hin und wieder schien uns aber der Pulsanstieg allein durch Ängste vor bevorstehenden Untersuchungen oder Eingriffen bedingt. Die Erklärungen des Mediziners konnten dann wenigstens als Sedativum dienen. In die Differentialdiagnose der Tachykardie-Ursachen mussten auch ungeschickte Bemerkungen der Betreuenden oder pulsantreibende Nebenwirkungen aufsässiger Besuche miteinbezogen werden. So näherte sich das internistische Konsilium ungewollt der Spitalseelsorge oder dem, was ein Care-Team beschäftigt.

Anderen chirurgisch tätigen Kliniken ging es eher darum, sich mittels Konsilien die Atteste «operabel» / «unvorhersehbare Komplikation» zu sichern. Nicht eine vom sozialen Status unbeeinflusste Pulsfrequenz, sondern die Versicherungsklasse steuerte den Beizug der Mediziner. Privatpatienten wurden sorgfältigst durchgecheckt und riskierten, in eine diagnostische Kettenreaktion zu gelangen, die den Operationstermin verzögerte und mit grenzwertigen Befunden zusätzliche Besorgnisse auslöste.

Für Patienten auf der Allgemeinabteilung genügten die Einweisungszeugnisse der Hausärzte, die keine Hemmungen hatten, einen dorfbekannten Krampfer als operabel zu bezeichnen. Der Spitalinternist wurde nur beigezogen, wenn ein gewissenhafter Unterassistent beim Eintrittsstatus einen Befund entdeckte, der den praktizierenden Kollegen entgangen war, weil sie den Patienten schon jahrelang nie mehr hüllenlos untersucht hatten. Die Anästhesisten waren vielerorts unterdotiert und konnten sich bei hastigen präoperativen Visiten bloss einen flüchtigen Eindruck verschaffen.

Dann aber gelang es einigen Spitaldirektoren, ihren Chefärzten den Unterschied zwischen Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung zu erklären. Das Reizwort Defizit wurde aus den Spitalberichten verdammt. Die dennoch defizitären Kliniken wurden zu Profitzentren umbenannt mit einem definierten Leistungsauftrag und Globalbudget. Wenn nun ein Frischoperierter über anhaltende Thoraxschmerzen klagte, durfte der chirurgische Abteilungsarzt nur mit kaderärztlicher Bewilligung ein EKG oder gar ein kardiologisches Konsilium veranlassen, weil diese Leistungen intern verrechnet wurden. Wollte man sich Mühe und Kosten sparen, erhielt der Patient unbesehen nur eine Nitroglycerin-Kaukapsel. Das ging nicht immer gut.

Eine umfassendere Betreuung offerieren heute jene operativen Kliniken, die Internisten oder Allgemeinmediziner als Stationsärzte eingebunden haben. Sie sind delegiert von der Medizinischen Klinik oder gehören als festangestellte Spitalfachärzte zum chirurgischen Team, sind aber von Einsätzen im OP-Bereich sowie Nacht- und Notfalldiensten dispensiert. Die flexiblen Arbeitsbedingungen sind sehr attraktiv und sicher ideal für Eltern mit Kleinkindern. Es haben sich aber auch schon selbständige Praxisinhaber um diese Stellen beworben, weil – oder besser bevor – es zum Burn-out kam. Als erfahrene Hausärzte können sie den Patienten etwas von jener Geborgenheit vermitteln, die sonst im hektischen Klinikbetrieb vermisst wird.

Die chirurgischen Assistenten sind froh, wenn die Stationsärztin sie vor den vielfältigen Anliegen der Pflegenden und Gepflegten abschirmt. Sie kennt die farbigen, von den Patienten mitgebrachten Pillen und wird im Arzneimittelkompendium nachsehen, was an Nebenwirkungen und Interaktionen zu beachten ist. Die nun ungestört operierenden Männer überlassen es der Kollegin gerne, die Krankengeschichte nachzuführen und termingerecht perfekte Austrittsberichte zu verfassen. Einige haben sich aber gefragt, ob diese sehr sinnvoll scheinende Arbeitsteilung nicht die Gefahr in sich birgt, dass fern von den Krankenbetten hochspezialisierte Organreparateure ausgebildet werden, denen viele wesentliche Erfahrungen in der Arzt-Patienten-Beziehung entgehen. Die ärztliche Gemeinschaft selbst könnte so noch schneller als bisher in engstirnig diagnosenbezogene Gruppen aufgesplittert werden. Fahren wir mit Tempo 88 (innerorts) ungebremst so weiter?

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

gurtner.bernhard@bluewin.ch