

Ambulantes

Bernhard Gurtner

Wahrscheinlich hatte er den Trick im Militärdienst gelernt. Dort konnte Mann sich drücken, wenn man mit strebsamer Miene einen Meldezettel in die Hand nahm oder ein Werkzeug schulterte und, alle Offiziere stramm grüssend, über den Exerzierplatz marschierte, im Kreis herum oder auf verschlungenen 8er-Touren. Als Krankenpfleger in einem Kantonsspital war er auf dem weitläufigen Areal gemütlich schlendernd jederzeit unterwegs mit einem Laborbefund oder Röntgenbild, vom Altbau der Medizin A zum modernen Hochhaus der Chirurgie B und wieder zurück via Frauenklinik. Nur auf der eigenen Bettenstation war er recht selten anzutreffen, jedoch immer präsent, wenn es darum ging, einem Alkoholiker unter Antabus-Behandlung mit den kotzüblichen Folgen eines Probetrunks das Saufen ein für alle Mal zu vergällen. «Dem haben wir es gezeigt!»

Es gab auch Assistenzärzte, die wahre Meister der ambulanten Pseudoaktivitäten und Alibi-Beschäftigungen waren. Wenn nur noch 15 Minuten bis zum nächsten Rapport verblieben, lohnte es sich ihrer Meinung nach nicht, noch etwas Neues anzufangen, etwa dringlichen Bürokratie abzubauen. Weit angenehmer ein Kaffeeschwatz im Stationszimmer oder nochmals bei den Laborantinnen; Liftfahrt zum Kiosk in der Eingangshalle, Schokoladestängel, Blick in die bunte Morgenzeitung. Heute seien es SMS,

mehr für langen stationären Aufenthalt. «Minimal invasiv» meint nicht nur, dass Operationen durch kleine Einstiche vorgenommen werden, sondern auch, dass die Invasion der Spitäler durch Bettlägerige minimiert wird. Sprachlich paradox wird für stationäre Aufnahmen die Ambulanz (mit Ambu-Beutel) ausgesandt. Im Lateinunterricht übersetzten wir einst «hospitalis» mit «gastfreundlich». In der Neuzeit ist das gastliche Hospiz zum durchrationalisierten Spital oder abgekürzten USX geworden, das die DRG-Kodierten noch etwas somnambul ins Spital verbannt.

Medizinisch sehr fragwürdig, aber von praktischem Nutzen war die Auswahl der ambulant oder stationär zu behandelnden Notfälle durch die Nachtportiers eines Unispitals. Wer noch gehen konnte, wurde dem Ambulatorium der Poliklinik zugewiesen. Wer auf der Roll-Bahre eingeliefert wurde, kam in die Klinik, ausser der wachsame Türhüter schöpfte den Verdacht, dass der Daniederliegende eigentlich schon noch gehen könnte. Für solche Triage gibt es neuerdings «DRG-Profitabilitätsanalysen als Management-Tool zur Steuerung der Spitalfinanzen» [1]. Sie könnten dazu führen, dass unerziehbare medizinische Leistungen und deren Kosten in den ambulanten Bereich verlagert werden, wovon sogar die Promotoren dieser Selektionsmethoden warnen. Wir können nur hoffen, dass es bei uns

Minimal invasiv meint nicht nur, dass Operationen durch kleine Einstiche vorgenommen werden, sondern auch, dass die Invasion der Spitäler durch Bettlägerige minimiert wird.

Literatur

- 1 Zaugg M, Gripp M, Peter F, Cooper D, Gattiker A. DRG-Profitabilitätsanalysen als Management-Tool zur Steuerung der Spitalfinanzen. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(11):417–21.
- 2 Ansell DA, Schiff RL. Patient Dumping: Status, implications, and policy recommendations. JAMA. 1987;257:1500–2.

Korrespondenz:
Dr. med. Bernhard Gurtner
Eggstrasse 76
CH-8620 Wetzikon
gurtner.bernhard[at]bluewin.ch

Facebook, Twitter und TV-Übertragungen von Fussballspielen, die nicht nur die Angestellten in der öffentlichen Verwaltung, sondern auch in der Privatwirtschaft und in den Spitälern von ihrer Kernaufgabe ablenken. Ein Chirurg wollte 2010 im Operationssaal eine WM-Partie am Monitor mitverfolgen und liess so seine Gedanken vom offenen Bauch im Wallis bis zu den Kickerbeinen nach Südafrika wandern.

Zur Optimierung der Gewinne werden möglichst viele Spitalaktivitäten ambulant angeboten. Ein erholsames Wochenbett nach jeder Geburt war einst Standard in fortschrittlichen Staaten, jetzt müssen unsere Frauen kurz nach den letzten Presswehen zurück in den Alltag, wie es in unterentwickelten Ländern seit jeher üblich ist. Auch ein Herzinfarkt und viele chirurgische Interventionen sind kein Grund

unter ökonomischem Druck nicht zum Abschieben der risikobehafteten Kranken kommen wird, wie es die DRG-Einführung in vielen anderen Ländern mit sich gebracht hat.

Als schlimmstes Erlebnis ihres Praktikums in einem berühmten New Yorker Spital hat eine Medizinstudentin schon vor vielen Jahren im JAMA berichtet, wie ein schwerkranker Notfallpatient, den sie eingehend befragt, untersucht und bereits dem Oberarzt vorgestellt hatte, mit 5 Dollar in ein Taxi gesetzt wurde, weil keine Versicherungsdeckung bestand. Dieses «Patient Dumping» ist in den USA seit 1986 gesetzlich verboten [2], wird aber noch immer praktiziert, wie neuere Gerichtsurteile zeigen. Gäbe man bei uns dem polymorbiden «Aussätzigen» für die Notschlafstelle einen Fünfliber oder ein Zehner-Nötli?