Dr. med. Karl-Josef Klees
Arzt f. Neurologie u.Psychiatrie
Psychotherapie
Fachkunde Geriatrie

66955 Pirmasens
Sengelsbergstr. 21
www.klees-net.de
Tel.:06331/47976
21.07.20

An
Dr.med. Heinz-Ulrich Koch
Leiter Abteilung Gesundheit
Kreisverwaltung Südwestpfalz
Unterer Sommerwaldweg 40 - 42
66953 Pirmasens

Betreff: **Medizinische Situation in der Südwestpfalz**
Bezug: zuletzt Ihr Beitrag in der PIRMASENSER ZEITUNG vom 21.07.20

Lieber Herr Kollege Koch,

zur aktuellen Situation und „Corona". Ich teile Ihre Bedenken vollkommen. Zu der Sorge um eine Rückkehr der Seuche aus dem Urlaub füge ich noch hinzu die für mich als Arzt erschreckende Sorglosigkeit zu vieler Mitbürger/innen. Z.B. auf dem Markt in Pirmasens entfällt jedes Abstandsgebot auch bei Gebildeten auf der Suche nach dem besten Radieschen am Gemüsestand. Dies passiert bei Alten, zeittypischen „Gehetzten" etc. Ich will mich nicht besser machen: Gespräch verringert auch bei mir Abstand … beobachtet meine Frau. Deshalb kann Ihre Mahnung heute in der Presse nicht oft genug weiter wiederholt werden: „Abstand und Masken sind die Schutzmauern gegen das Coronavirus." Was allerdings mit den Bürger/innen anzustellen ist, die Masken gar nicht oder z.B. demonstrativ als Käppchen auf dem Kopf tragen, sprengt den Rahmen dieses Schreibens. Hier geht es nicht um „Nicht-Wissen" oder „Grundgesetz" sondern um „Nicht-Wollen" und „Verzogenheit", als wohl bis in die Kindheit reichende Muster, welche weiter verstärkt werden durch Politiker/innen, welche Wähler/innen als Erwachsenen weiter-verziehen durch Zuschreibungen von: Rechten ohne Pflichten und Eigenkompetenzen ohne Sachverständigenwissen.

Zur gesamten medizinischen Versorgungssituation. Meine Sicht ist am Besten noch zu verdeutlichen durch konkrete, exemplarische Erlebnisse bis Anekdoten.

Beispiel 1: Im Sommer 2018 sagte ich dem Pflegedienstleiter eines großen pirmasenser Altersheimes, ich könne die aufsuchende nervenärztliche Behandlung kaum noch gewährleisten. Es erfolgten zu viele internistische (!) Klinikaufnahmen mit regelhafter Änderung meiner nervenärztlichen (!) Medikation, nach Entlassung einer Flut von Anfragen bis Hausbesuchsaufforderungen durch Heime und Angehörige wegen Verschlechterung der nervenärztlichen Gesundheitssituation, was die Versorgungsmöglichkeit Schwerkranker mir zunehmend

beschneide. Daraufhin sagte der PDL: „Wissen Sie, daß ich mit meinem Dienstplan entscheide, was im Krankenhaus los ist und wieviel Streß Sie später in der Praxis haben ?“ Er klärte mich auf: „Ein Bewohner in Hitzeperiode ist abends apathisch, blass, hat schwachen Puls etc. Eine gute Pflegekraft sieht, dass die Teekanne vom Morgen noch komplett gefüllt ist, setzt sich ans Bett, bringt Flüssigkeit bei, überwacht weiter, wartet den Morgen ab und dann geht es ja i.d.R. besser. Eine unsichere Pflegekraft will sich nur absichern, ruft den Krankenwagen und die Klinik nimmt jeden auf, auch wenn es zum x-ten Mal das Gleiche ist. Vielleicht ist das besser so.“ Ich äußerte Bedenken, die sich im ÄRZTEBLATT 07/2019 in belastbaren Zahlen fanden: Bis 30 % der Innere-, bis 52 % der Chirugie- und bis 80 % der Intensiv-Patienten höheren Alters entwickeln im Krankenhaus Delir. 25 % der Deliranten bleiben dauerhaft kognitiv verschlechtert. Neben meiner zunehmenden Praxisüberlastung sprach auch dies aus der Patientenfürsorge heraus für eine erheblich gezieltere Klinikaufnahme.

Beispiel 2: Ein von mir dann angesprochener (medizinisch sehr geschätzter) Chefarzt versuchte es mir so zu erklären: „Meine Assistenzärzte/tinnen sehen in der Ambulanz für sie unklare Situation (Anmerkung: bei m.E. zu vielen Berufsanfängern und nicht Deutsch-Muttersprachlern infolge hoher Arztfluktuation etc.). Sie müssen deshalb aufnehmen. Auf Station wird alle nicht-lebensnotwendige, unbekannte Medikation abgesetzt. Wird Ihr Parkinson-Patient steif, rufen wir auch zu unserer Absicherung unseren nervenärztlichen Konziliararzt. Für Fallbesprechung mit Ihnen ist keine Zeit.“ D.h. es ist keine Zeit zur Klärung der Praxis bekannter Medikamentenunverträglichkeiten. Aus Kliniksicht wird fortlaufende Praxisstörung für Niedergelassene dergestalt als duldungspflichtig erachtet … Auf den Stellenwert der Praxis für die Klinik komme ich hier noch zurück, wenn ich ende mit der ambulanten Arztversorgung in der Südwestpfalz.

Beispiel 3: Von Klinikern, Verwaltung, Stadtspitze und Stadträten hörte ich immer das „Mantra: Das Krankenhaus darf keinen wegschicken. Es könnte ein Notfall sein.“ Aus der Nullrisiko-Strategie beim Brandschutz will man nicht lernen und ich gab zuletzt nur noch Beispiele zu ggf. Reflektion: Die Helferin einer Praxis, wo ich Patient bin, verdient sich Geld hinzu am Wochenende in der „Ärztlichen Bereitschaftsdienstzentrale“ in der Pettenkoferstraße. Dorthin kommen am Samstagmorgen Patienten u.a. aus ihrer Praxis mit verschleppten Problemen, Bagatellen wie: Symptomen des bekannten chronischen Harnwegsinfektes bei wenig Trinken, medizinisch-interdisziplinär bereits abgeklärte Kreuzprobleme mit dennoch Abklärungsgebot des „mündigen Patienten“ ohne Änderung der Lebensweise aber am Wochenende. Sie verweist nach genauem Zuhören aufgrund ihrer Arzthelferinnen-Kompetenz auf die Praxen nach dem Wochenende. Mittags bricht sich ihre kleine Tochter den Finger und sie warten dann über 4 Stunden in der Krankenhausambulanz … mit all denen, welche sie zuvor in der „Ärztlichen Bereitschaftsdienstzentrale“ auf die Praxen und Montag verwiesen hatte... und welche dergestalt in ihrer Ansprüchlichkeit ohne Eigen-

verantwortung als Fehlhaltung weiter verstärkt werden. „Gesprächskultur“ ist tot, wo nur entgegnet wird: „Wir verdienen doch nichts an der Ambulanz.“ Richtig: Geld gemacht wird mit Betten und die kann die Ambulanz auffüllen. In der RHEINPFALZ stand am 24.06.20: Im Krankenhaus Pirmasens seien von 400 Betten durchschnittlich 350 belegt. Wo ein kommunalpolitisch sich selbst zu sehr überlassenes Krankenhaus dann „Bedarf in der Region“ sieht, ist absehbar.

Beispiele 4 bis x: Nach ca. 2 Jahren „Psychiatriebeirats-Agonie“ in der „Abschieds-Psychiatriebeiratsveranstaltung“ des Ex-Bürgermeister von Pirmasens am 05.04.17 erhellte sein damaliger psychiatrische Chefarzt die „Strategie eines Städtischen Krankenhauses“, d.h. nicht eines „rendite-orientierten privaten Krankenhausbetreibers (Ihre m.E. noch zu knappe Warnung in der PZ vom 21.07.20)“: Wir gehen nur in den ambulanten Bereich, wenn wir damit unsere teure Apparatemedizin noch mehr auslasten können. Als ich in der Stadtratssitzung vom 13.11.17 problematisierte, das Sädtische (!) Krankenhaus müße seinen ausgewiesenen Gewinn mehr in Pflegepersonal und reale Facharztausbildung reinvestieren, wurde ich nur selbst problematisiert ... In der Stadtratssitzung vom 20.08.18 wiederholte ich: Eine m.E. zu hohe kurzfristige Gewinnausrichtung des pirmasenser Krankenhauses kann langfristig dieses selbst in Existenzprobleme bringen, mangels Fachärzten auch für den Stationsbetrieb eines ständig sich patienten-mäßig überbelegenden Hauses. Nicht gleichsetzbar seien automatisch Klinik- mit Bürger- und Patienteninteresse. Der neue Bürgermeister und Vorsitzende des Aufsichtsrates widersprach mir wie sein Vorgänger. Dies verhieß mir nichts Gutes für die Praxis-Nachbesetzungen und die medizinische Gesamtversorgung der Südwestpfalz. Am 24.08.18 habe ich der Stadtspitze Ende meiner Stadtratstätigkeit mitgeteilt: als Arzt empfände ich in der Patientenversorgung meine Zeit „wirksamer investiert“. Als ich im Januar 2020 meinen glücklicherweise doch noch gefundenen psychiatrischen Praxisnachfolger trotz meiner Erkrankung noch einarbeiten konnte, erfuhr ich, er sei 2 Jahre Arzt der Psychiatrie im Krankenhaus Pirmasens gewesen und dies in der Zeit als ich vom 07.07.04 – 14.05.14. meinen zertifizierten „Nervenärztlichen Qualitätszirkel Pirmasens/Zweibrücken“ dort moderierte: 38 Mal im Konferenzsaal 8. Stock, mittwochs um 19 Uhr, für bessere Vernetzung Krankenhaus/Praxen … Er habe als Assistenzarzt in 2 Jahren keinen Nützlichkeitshinweis auf diesen OZ vernommen. Dies passte dazu, daß Chefarzt/Oberärzte als alleine präsent sich im QZ explizit auf „Beobachterstatus“ reduzierten und die Klinik in einem „Inselzustand“ wähnten. Dies passte auch zu meinem Rückzuges ins Private 2020.

Fazit: Kontraproduktiv ist Selbstbezogenheit eines Städtischen Krankenhauses Pirmasens - im Psychiatriebeirat vom 05.04.17 auch noch politisch gewollt, da kurzfristig Gewinn und Presseruhm verheißend ! Dies gilt hinsichtlich eines Klinikstandortes Rodalben - und ggf. auch Pirmasens, wenn rodalber wie zuvor dahner Patienten im Groll über reine Krankenhaus-Abwicklung nach Pirmasens eben dort nicht mehr hin wollen (z.B. Leserbrief in der RHEINPFALZ vom

30.06.20). Dies ist genau so kontraproduktiv für Praxisnachbesetzungen und -versorgung in der Südwestpfalz. Das derzeitige „Geschäftsmodell“ des, Rodalben auch noch inkorporierenden, einzigen Krankenhauses in Pirmasens mit „24-Stunden-An-/Aufnahmeangebot für alle und alles“ bedeutet: zu viele Dienste, zu viel Assistenzarztverschleiß und -wechsel, zu wenig Facharztausbildung und konsekutiv keine Praxisärzte mehr. Auch der Hausarzt ist „Facharzt“ für Allgemeinmedizin. Attraktiv ist die Klinik nur noch zum Berufseinstieg in Deutschland. Klinik-Ärzte wählen deshalb zunächst nicht Stadt und Region als Wohnort bzw. verwurzeln privat hier nie. Meine Praxis war 2019 für sich gesehen hochinteressant: viele Stammpatienten, regreß-sichere Standarts, gute Umsätze, sehr gutes Fachpersonal, QM, Telematik etc - aber auch viel Arbeit. Interessenten waren bereits anderenorts verwurzelt, wo die Kinder in der Schule zurecht kamen und sich ein Freundeskreis gebildet hatte, d.h. hatten anderenorts ihre „work-life-balance“. Schlechter gehende Praxis am Wohnort wurde dann präferiert.

Procedere: Das Praxisnachbesetzungs- bzw. Versorgungsproblem einer Region ist ein Kollateralschaden, wo das Krankenhaussystem krankt. Laut Ärzteblättern fordern anderenorts Kommunalpolitiker/innen in ihren lokalen Krankenhäusern: Unsere Bürger/innen sichern als Patienten/tinnen Eure Arbeitsplätze – besetzt real unsere Praxen nach ! „Real“ bedeutet nicht „Stipendien“, „Verbundweiterbildungen“ etc. welche zunächst nur als pressewirksame Projekte im „Weiter-so“ entlasten, aber erst am Sankt-Nimmerleinstag fruchten … wenn überhaupt. Klinikchefärzte müssen frei von kriteriengelöstem Aufnahmedruck der Träger mehr Fachärzte ausbilden können, diese auch auf „Praxis-Nachbesetzungen“ vorort hinweisen – was die Klinik-Ärzteschaft über geordnete Zuweiserstruktur entlastet, stationäre Behandlung real Schwerkranken verbessert, d.h. neben Arbeitsfreude auch Klinikansehen und -weiterbestand sichert. Das kommunale (!) Krankenhaus wird in der Südwestpfalz politisch völlig aus solcher Diskussion gehalten ! Streit, ob eine Kommune MVZ überhaupt und wo will, bringt heute seltenst Ärzte/tinnen hierher, welche nicht schon in der Klinikzeit hier verwurzelten bzw. ihre „work-life-balance“ anderenorts eher realisiert sehen. 1987 kam ich mit Frau und 2 Kleinkindern hierher– ohne Bezug zu Pirmasens aber im Wissen um wenig Psychiater-Konkurrenz und viel Arbeit. Das ist vorbei – auch verständlich durch fortschreitende Dominanz von Politik- und Kassen- gegenüber Patientenbedürfnissen und politisch fortschreitend aufgehalste nicht-medizinische Mehrbelastung plus Arzt-Abwertungstendenz. Wo Praxis-Betreibung trotz Ärzte-Netzen etc. immer belastender wird, muß heute politisch vorort auf „work-life-balance“ statt Arbeit und Auskommen in der Region gesetzt werden

Vielleicht ergänzt dies Ihren Wissenstand und können Sie es einbeziehen.

Mit freundlichen und kollegialen Grüßen
Dr.med. Karl-Josef Klees