

(Vorläufiges?) REQUIEM FÜR KONTINUITÄT IN DER PFLEGE

Wie der Titel dieses Vortrags nahelegt, ist die Kontinuität in der Pflege ein Aspekt der Medizin, der meiner Meinung nach im Niedergang begriffen ist.

Das bedeutet jedoch nicht, dass die Kontinuität der Pflege früher zufriedenstellend war: Erinnern wir uns daran, dass sie vor einigen Jahrzehnten nicht gerade berühmt war:

- Man rief nicht oft den Hausarzt an, weil das teuer und schlecht bezahlt war.
- Man nahm selten einen Facharzt in Anspruch, weil es nur wenige gab und diese weit entfernt waren.
- Krankenschwestern kamen nicht oft nach Hause.
- Chirurgische Eingriffe waren wirksam, aber die Medizin hatte keine Medikamente für die meisten chronischen Krankheiten.
- Die Pflege war sparsam. Sie konnten daher nicht kontinuierlich sein.

Die Kontinuität der Pflege erreichte dann eine Art Optimum, als viele von uns in der Mitte ihres Berufslebens standen:

- Man konnte innerhalb weniger Stunden ohne Termin von einem Arzt empfangen werden: Man musste nur ins Wartezimmer gehen.
- Wenn der Arzt eine Krankenhauseinweisung verlangte, fand das Krankenhaus sofort ein freies Bett, auch wenn es manchmal nur eine Liege war.
- Jedem Wunsch nach einer Röntgenuntersuchung wurde innerhalb eines Tages entsprochen. Es gab keine Warteliste für Operationen.

In dieser Zeit entwickelte sich die Medizin der Person, die in der Regel eine Kontinuität in der Pflege beinhaltet.

Das System geriet jedoch zunehmend ins Stocken. Heute ist es zwar möglich, sich behandeln zu lassen, aber es ist langsamer, schlecht koordiniert und wenig effizient. Was sind die Gründe für diesen Niedergang der Kontinuität in der Versorgung? Ich werde Ihnen meinen Standpunkt darlegen, der pessimistisch ist.

Es wird ein weitgehend persönlicher Standpunkt sein. Ich bin kein Forscher, der unanfechtbare Statistiken erstellt. Ich habe nicht die Werkzeuge eines Medizinhistorikers. Auch nicht die eines Soziologen, der Verhaltensänderungen innerhalb einer Gesellschaft untersucht. Ich habe keinen Philosophen, der unterscheiden kann, was weise und was verhängnisvoll ist.

Nein, meine Sicht ist durch die Grenzen verengt, die meinen Identitäten innewohnen:

- Ich bin ein Arzt,
- Ich bin Franzose,
- Ich bin ein Befürworter der wissenschaftlichen Medizin,
- Ich bin davon überzeugt, dass die Beziehung zu anderen Menschen der Knotenpunkt des Daseins ist.

All diese persönlichen Zugehörigkeiten führen dazu, dass meine Meinung über die Kontinuität der Pflege nur teilweise zutrifft. Ein Kranker würde Ihnen einen anderen Standpunkt darlegen. Ebenso wie ein Chirurg, ein Engländer oder ein Aromatherapeut: Sie alle sind mit anderen Realitäten der Pflege konfrontiert als ich. Mein Standpunkt wird daher unvollständig sein. Was unvollständig ist, ist immer ungenau. Bitte entschuldigen Sie mich dafür. Wir werden die Diskussionen in kleinen Gruppen haben, um meine Beobachtungen zu ergänzen, zu korrigieren und ihnen zu widersprechen.

Es handelt sich um ein medizinisches Thema. Ich werde mich daher an einen Plan halten, der Medizinstudenten vertraut ist. Das wird uns jünger machen:

I. DEFINITION

Im Northampton-Programm gibt Kathy folgende Definition: *"Was ist Kontinuität in der Pflege? Für mich bedeutet es, dieselbe Person wiederzusehen"*.

Kathy liefert uns hier eine sehr einfache und klare Definition von Kontinuität in der Pflege: die meiner Meinung nach beste Definition.

Diese Definition einer Klinikerin besagt, dass Kontinuität in der Pflege eine persönliche Beziehung über einen längeren Zeitraum hinweg voraussetzt. Beachten wir, dass dies die eigentliche Voraussetzung für die Medizin der Person ist, mit ihren beiden Teilen, die für den Kranken im Allgemeinen unerlässlich sind, wie Paul Tournier anmerkte:

- Die medizinisch-technische Handlung
- Und die menschliche Begleitung.

Und ich gehe noch weiter: Manchmal beschränkt sich die Kontinuität der Pflege auf den zweiten Teil: Ich gehe systematisch sonntags ins Krankenhaus, um meine stationären Patienten zu besuchen. In jedem zweiten Fall ist mein Besuch rein technisch gesehen unnötig, da die aktuelle Krankheit keine sonntäglichen Eingriffe erfordert. Es ist ein Besuch aus Höflichkeit. Aber ist diese Höflichkeit nicht eine Therapie, ja sogar eine vielseitige Therapie? Dank ihr wird der Kranke mit etwas Glück bis Montagmorgen besser schlafen, als wenn ich ihm ein Hypnotikum verschrieben hätte. Er wird besser vor einem Stressulcus geschützt sein als durch seine säurehemmende Tablette. Er wird weniger Schmerzen und Blutdruckentgleisungen haben.

Am Sonntag mit einem Kranken "unnötig" plaudern zu gehen, und manchmal auch mit seiner Familie, die ihn besucht, das ist Kontinuität. Ebenso wie die alten Hausbesuche, die kaum noch praktiziert werden: Allgemeinmediziner, die das Esszimmer ihrer Patienten kennen, sind eine aussterbende Spezies wie das weiße Nashorn. Nur dass es derzeit Leute gibt, die sich für die Rettung des weißen Nashorns einsetzen, aber nicht viele, die den Hausbesuch bewahren wollen: Die Kontinuität der Pflege wird immer geringer, weil ihr Nutzen nicht mehr offensichtlich ist.

Natürlich bedeutet Kontinuität nicht, dass ein Kranker ständig von ein und derselben Pflegekraft betreut wird: Es ist durchaus üblich, dass ein Kranker gleichzeitig einen Allgemeinmediziner, einige Spezialisten und mehrere Krankenschwestern benötigt. Eine Vielzahl von Betreuern ist gut für die Qualität der Pflege, wenn es sich dabei um eine Vielzahl von Rollen und eine Vielzahl von Fähigkeiten handelt. Die Situation spitzt sich zu:

- Wenn der Allgemeinmediziner nur punktuell verfügbar ist,
- Wenn man im Laufe einer Krankheit einen Spezialisten konsultiert, der nie derselbe ist,
- Und wenn die Krankenschwester oder die Pflegekraft täglich wechselt.

II. EINLEITUNG

In der Pflege ist man in wenigen Jahrzehnten von einer großen Kontinuität zu einer großen Diskontinuität übergegangen. Diese Diskontinuität wird manchmal bewusst geplant. Meistens wird sie jedoch (fatalistisch) erlitten und (so gut es geht) reguliert: Sagen wir, dass man zumindest in Frankreich von der Medizin des Claude Jacob zur Medizin des Pierre Carnoy (der ein regulierender Arzt ist, eben!) übergegangen ist. Beide tun natürlich das Beste, was sie können, aber jeder in einem radikal anderen Kontext.

Fast alle von Ihnen kennen Claude Jacob. Vielleicht erinnern Sie sich noch daran, dass er als Allgemeinmediziner in einer Bergregion praktizierte. Als er anfang, gab es außer seiner Frau Geneviève keinen anderen Arzt, der sich in der Nähe niedergelassen hatte. Gemeinschaftspraxen gab es damals noch nicht. S.O.S.-Ärzte gab es ebenfalls nicht. Es gab keine Notaufnahme. Es gab nicht einmal eine Organisation, die vorsah, dass die Ärzte eines Gebiets sich die Bereitschaftsdienste teilten. Claudes Patienten hatten nur mit ihm zu tun, sowohl tagsüber für eine Konsultation oder einen Hausbesuch als auch nachts bei Notfällen; sowohl unter der Woche (an *allen Wochentagen*) als auch am Wochenende (an *allen Wochenenden*). Außer wenn Claude in den Urlaub fuhr.

Man sieht, dass sich die berufliche Tätigkeit stark mit dem Privatleben überschneidet. Das ist in der heutigen Gesellschaft natürlich unvorstellbar geworden. Aber neben diesem Nachteil muss man sich auch die Effizienz eines solchen Systems vorstellen:

- Wenn Sie DEN Arzt anriefen, kannte er Sie in der Regel seit Jahren mit Leib und Seele. Er hatte Ihre Vorgeschichte, Ihre Anfälligkeiten, Ihre Psyche und sogar die Eigenschaften Ihrer Wohnung im Gedächtnis.
- Die Diagnose war sicherer, schneller und erforderte weniger zusätzliche Untersuchungen.
- Die gegenseitige Kenntnis erleichterte die richtige Einschätzung der Schwere des Symptoms und des Dringlichkeitsgrades.
- Sie verringerte auch die Angst des Patienten, und wir wissen nur zu gut, dass dieses Vertrauen, dieser Trost, bei vielen Krankheiten ein mehr oder weniger wichtiger Teil der Behandlung ist.
- Die Überwachung des Verlaufs erfolgte unter für den Kranken günstigen Bedingungen, denn er hatte die Gewissheit, dass er immer unverzüglich einen vertrauten, über seinen Fall gut informierten Betreuer kontaktieren konnte; träumen Sie heute, wenn Sie krank sind, nicht auch von einer solchen Erreichbarkeit?
- Auch für den Arzt war diese klinische Betreuung unter guten Bedingungen möglich: Er konnte die Ergebnisse seiner Therapien persönlich beobachten: Ohne diese kontinuierliche Beobachtung ist es schwierig, Berufserfahrung zu sammeln.

Heute ist die Kontinuität der Behandlung zufällig geworden: Ich habe dies als Pierre-Carnoy-Medizin bezeichnet. Aber Vorsicht, das ist nur eine Redewendung: Erstens kann Pierre nichts dafür, sondern es ist die Zeit, die dafür verantwortlich ist. Zweitens sorgen Ärzte wie Pierre noch immer für eine schöne Kontinuität, wenn man sie mit dem vergleicht, was anderswo geschieht, insbesondere mit meiner derzeitigen Arbeit als Nephrologe in sehr geringer Teilzeit! Dennoch, wie viel hat sich im Vergleich zu Claude Jacobs Landmedizin verändert!

- Heute wird man nur noch nach Terminvereinbarung empfangen. Es ist ausgeschlossen, die Praxis seines Allgemeinmediziners im Moment des Bedarfs aufzusuchen und im Wartezimmer zu warten.
- Kaum ein Arzt ist jede Nacht für seine Stammpatienten erreichbar. Auch nicht am Wochenende.
- In der Regel ist der Arzt auch nach Praxisschluss nicht erreichbar, der häufig um 17 Uhr erfolgt.
- Die meisten Ärzte fahren mehrmals im Jahr in den Urlaub.
- Viele Ärzte arbeiten in Teilzeit, manchmal nur zwei Tage pro Woche.
- Viele wohnen weit entfernt von dem Ort, an dem sie arbeiten.

Für den Patienten hat sich also ein Wandel vollzogen von einer Zeit, in der der Arzt ein vertrauter, stabiler und zugänglicher Gesprächspartner war, hin zum heutigen System, in dem der Arzt eine Art Mangelware ist, die sich ständig ändert und unberechenbar ist.

In einem Leitartikel der Zeitschrift *Annals of Family Medicine* stellt ein Autor der Universität Amsterdam fest, dass die "Kontinuität der familienmedizinischen Versorgung" in den USA und Großbritannien "seit mehreren Jahrzehnten" [\[1\]](#) zurückgegangen ist. Er bedauert diesen Rückgang: Die Kontinuität, so schreibt er, korreliert nämlich :

- mit einer geringeren Sterblichkeit
- zu einer besseren Lebensqualität
- zu einer geringeren Anzahl von Aufnahmen in die Notaufnahme
- einer Verringerung der Krankenhausaufenthalte
- zu einer höheren Zufriedenheit von Patienten und Ärzten.

Aus einem Artikel in derselben Zeitschrift erfahren wir, dass in der kanadischen Provinz Alberta die Kontinuität der Versorgung im Jahr 2015 abgenommen hat, mit allen im Leitartikel aufgeführten negativen Auswirkungen. Als Lösung empfehlen die Autoren, die Telekonsultation auszubauen, was mir paradox erscheint.

Wir sollten anmerken, dass diese bedauerliche Veränderung dennoch einige Vorteile hat. Beispielsweise bleibt das Privatleben der Ärzte besser gewahrt, während die Patienten ein breiteres, spezialisierteres und leistungsfähigeres Behandlungsangebot vorfinden: Der Radiologe mit seinem Ultraschallgerät stellt Nierenkrebsdiagnosen, die ein Kliniker mit der manuellen Palpation niemals hätte stellen können.

Versuchen wir zunächst, die Ursachen für diesen Verlust an Kontinuität in der Versorgung aufzuzählen.

III. ÄTIOLOGIE

* UNSERE BEVÖLKERUNGEN BENÖTIGEN MEHR PFLEGE:

Die Anzahl der durchzuführenden Pflegehandlungen nimmt aus mehreren Gründen zu:

Erster Grund: Die Bevölkerung wird immer älter, da sich die Lebenserwartung stark verbessert [2]. Der Einfachheit halber betrachten wir nur die Lebenserwartung von Männern in Frankreich :

| | |
|------|------------|
| 1950 | 63 Jahre |
| 2000 | 75 Jahre |
| 2022 | 79,3 Jahre |

Man sieht, dass seit der Geburt vieler von Ihnen die Lebenserwartung außerordentlich gestiegen ist (und trotzdem steht Frankreich in Europa nur an siebter Stelle). Es ist unmöglich, bei einem so starken Anstieg der zu pflegenden Bevölkerung die Kontinuität der Pflege mit gleichbleibenden Mitteln zu gewährleisten! Eine ältere Bevölkerung benötigt in der Regel mehr Pflege... und damit auch mehr Pflegekräfte.

Kleine Randbemerkung: Die Lebenserwartung ist in Frankreich etwas höher als in Großbritannien. Das lässt mich bezweifeln, dass das Verbot alkoholischer Getränke in Northampton der englischen Langlebigkeit zuträglich ist.

Zweiter Grund für die Zunahme der Pflege: die Empfehlungen, oder Guidelines, oder gute Praxis: Sie zwingen zu mehr Pflegehandlungen. Nicht nur bei einer bestimmten Krankheit, sondern auch bei Menschen ohne offensichtliche Krankheit: Wie Aldous Huxley (1894-1963) scherzhaft sagte, "*Die Medizin hat so viele Fortschritte gemacht, dass niemand mehr gesund ist.*"

So muss der Kranke im Falle von Diabetes in regelmäßigen und genauen Abständen vom Augenarzt und vom Nephrologen überwacht werden. Daher werden alle Patienten, die eine niedrige Kreatinin-Clearance haben, an mich überwiesen. Manchmal ist diese biologische Anomalie Ausdruck einer tatsächlichen Nierenerkrankung und mein Besuch bei Ihnen ist möglicherweise hilfreich. In anderen Fällen ist der Rückgang der Clearance lediglich auf die geringe Muskelmasse des Patienten zurückzuführen. Seine Nieren sind in einwandfreiem Zustand. In diesem Fall ist eine nephrologische Beratung unnötig. Aber die Leitlinien machen sie zur Pflicht: Die Leitlinien setzen sich wie ein Dogma durch. Diese Art von überflüssigen Konsultationen überschwemmt die Terminkalender und verhindert, dass man sich um die wirklich Kranken kümmert, diejenigen mit echter Niereninsuffizienz. So viel zur Kontinuität!

In allen Fachrichtungen häufen sich solche unnötigen Eingriffe.

* DIE DAUER, IN DER EINE BEHANDLUNG DURCHGEFÜHRT WIRD, VERLÄNGERT SICH.

Zwar kommt es glücklicherweise vor, dass die moderne Medizin effizienter und schneller arbeitet. Ein Oberschenkelbruch führte früher zu einem ein- bis zweimonatigen Krankenhausaufenthalt mit Traktion der unteren Extremität. Heute setzt der Chirurg eine Hüftprothese ein, und der Patient kann das Krankenhaus nach wenigen Tagen wieder verlassen. Eine Blutung im Verdauungstrakt ist keine langwierige und schwere laparotomische Operation mehr: Sie wird endoskopisch durch das schnelle Anbringen von Clips gestillt.

In meinem Fachgebiet :

- Die Dauer einer Dialysesitzung nimmt dank leistungsfähigerer Reinigungstechniken stetig ab. Im Jahr 1960 dauerte eine Sitzung 24 Stunden. Im Jahr 1980 waren es acht Stunden. Zu Beginn dieses Jahrhunderts waren es nur noch vier oder fünf Stunden. Im Jahr 2024 werden unsere Dialysepatienten nur noch vier Stunden oder sogar noch weniger am Apparat hängen.
- Vor zwei Monaten wurde in den USA die erste Nierentransplantation ohne Vollnarkose durchgeführt. Eine Periduralanästhesie genügte. Der Transplantierte wurde nach 24 Stunden Krankenhausaufenthalt wieder nach Hause entlassen. Vor dreißig Jahren blieben unsere Transplantierten drei Tage lang in einem sterilen Raum und dann mindestens einen Monat lang in einem Krankenzimmer, wenn es keine Komplikationen gab. Das war sehr selten.

Solche Fortschritte sind von großer Bedeutung. Sie haben dazu beigetragen, die Zahl der Krankenhausbetten zu reduzieren.

Dennoch kommt es umgekehrt oft vor, dass die Pflege heute länger dauert als früher, weil die Techniken komplizierter und die Vorsichtsmaßnahmen unendlich sind.

Zu Zeiten von Louis Bergouignan (einem der Begründer der "Médecine de la Personne" in Frankreich) war eine Blinddarmentzündung ein Problem, das schnell gelöst war: Es wurden keine weiteren Untersuchungen durchgeführt. Die Appendektomie wurde ohne Verzögerung durchgeführt. Die Operation war kurz: einige Dutzend Minuten.

Heute wird die Behandlung verlängert, weil sie ausgefeilter geworden ist:

- Man beurteilt biologisch die Entzündung.
- Die Morphologie des Blinddarms wird radiologisch beurteilt.
- Man entscheidet sich gerne für eine Verzögerung, indem man sich eine Frist für die klinische Beobachtung einräumt, anstatt ohne Verzögerung einen Schnitt zu machen. Auf jeden Fall wird aus finanziellen Gründen versucht, den Eingriff so weit wie möglich auf einen wirtschaftlich günstigen Zeitpunkt zu verschieben: Es kommt nicht in Frage, einen OP-Saal während der Schließungszeiten öffnen zu lassen, das ist zu kostspielig.

Gilt dies auch für Notfälle? Ich fürchte ja: Wir wissen zum Beispiel, dass ein Darmverschluss normalerweise vor der sechsten Stunde operiert werden muss, um das Risiko einer Nekrose zu begrenzen. Ich habe kürzlich erlebt, dass ein mir lieber Patient über 23 Stunden gewartet hat, um den Operationsplan eines Privatkrankenhauses zu optimieren.

Eine Bemerkung am Rande zur medizinischen Effizienz heute, denn sie hat etwas mit der Verfügbarkeit von Ärzten zu tun, also mit der Kontinuität der Versorgung: In mehreren Ländern, darunter Frankreich, ist die Organisation des Gesundheitswesens mangelhaft. Und zwar zunehmend mangelhaft. Ärzte, die am Ende ihrer Karriere stehen, stellen gemeinhin fest, dass es drei junge Ärzte braucht, um sie zu ersetzen. In der Nephrologie scheint dies fast überall zuzutreffen: Die jungen Ärzte sind kompetent, und dennoch leisten sie in mancher Hinsicht schlechte Arbeit: Insbesondere die Kontinuität der Versorgung ist mangelhaft. Woran liegt das? Es ist schwer, die Ursache für diesen regelrechten Schiffbruch der Effizienz auszumachen. Offenbar ist die Ineffizienz nicht das Ergebnis von Geldmangel, Ärztemangel oder mangelnder Kompetenz. Es ist ein allgemeiner Mangel in der Organisation unserer Gesellschaften. Vielleicht ein Übermaß an Organisation! Ich sehe ein Argument dafür in der Tatsache, dass unsere Patienten nicht nur unter einem Mangel an Kontinuität in der Pflege leiden, sondern auch unter einem Mangel an Kontinuität bei Krankentransporten oder bei der Hilfe in ihrem Zuhause.

Aber was genau verursacht dieses Organisationsproblem?

- Ist es die Überforderung der Verwaltung?
- Sind es die überzogenen Ansprüche der Patienten?
- Ist es die Überregulierung?
- Die Unzulänglichkeit des Gewinns?
- Die Unreife der Computerisierung?

Bisher ist sich angesichts dieser Verschlechterung des Pflegesystems niemand über die kausale Diagnose einig und somit hat auch niemand die Lösung gefunden. Wie dem auch sei, das Ergebnis ist eindeutig: Die Wirksamkeit der Pflege ist gering, die Pflegekräfte sind erschöpft, die Kranken unzufrieden und die Kontinuität der Pflege schwindet.

*** DIE DER ARBEIT GEWIDMETE ZEIT NIMMT ÜBERALL AB, AUCH BEI DEN PFLEGEKRÄFTEN.**

Jeder Mensch hat multiple Identitäten: Er hat einen Beruf, eine familiäre Situation, eine politische Positionierung, spirituelle Interessen, ein Lieblingshobby, ein persönliches Talent usw. Alle diese Aktivitäten sind wichtig, aber alle konkurrieren miteinander: Wer leidenschaftlich gerne Sport treibt, hat weniger Zeit für seine Familie oder seinen Beruf. Früher war die Hauptidentität einer Person der Beruf, den sie ausübte. Bei der Befragung unserer Patienten versäumten wir nie zu fragen, welchen Beruf er ausgeübt hatte.

Die Beschäftigung mit dem Beruf nahm einen großen Teil des Tages und des gesamten Lebens ein. Die Arbeit schränkte alle anderen Beschäftigungen ein. Warum war das so? Einerseits wurde die Arbeit mehr als Wert und Pflicht angesehen. Andererseits erlaubten die sozialen Codes keinen Müßiggang.

Wie andere auch, hatten die Ärzte von damals wenig dagegen, 70 Stunden pro Woche zu arbeiten. Sie akzeptierten, dass sie jederzeit gestört wurden. Das ist heute weniger der Fall: 2015 arbeiteten männliche Allgemeinmediziner im Durchschnitt 59 Stunden pro Woche, Frauen 53 Stunden.

Denn die persönliche Entfaltung konkurriert heute mit der solidarischen Pflicht zu arbeiten. Eine unserer linken Politikerinnen, die als Präsidentin der Republik kandidierte, erklärte 2022 "*Arbeit ist ein Wert der Rechten*", was so viel bedeutete wie "*Lasst uns so wenig wie möglich arbeiten!*". Es scheint, als ob eine ganze Reihe von Franzosen diese einzigartige Überzeugung teilen: Sie arbeiten bewusst und ohne Reue nur teilzeitig, was durch zahlreiche Mechanismen ermöglicht wird. Wirklich sehr viele und viel genutzte :

- Von 1988 bis 1996 bezahlte die Verwaltung zum Beispiel freiberufliche Ärzte dafür, dass sie mit 60 Jahren aufhörten zu arbeiten und sofort in Rente gingen. Von 1996 bis 2003 wurden sie sogar dafür bezahlt, dass sie bereits mit 56 Jahren in den Ruhestand gingen!
- Auch gegenwärtig schaffen die Vorschriften Anreize für angestellte Pflegekräfte, weniger zu arbeiten: Die Arbeitsstunde einer Krankenschwester wird bei Teilzeitarbeit höher bezahlt als bei Vollzeitarbeit.

Diese Arbeitszeitverkürzung stört mechanisch die Kontinuität der Pflege. In einigen Krankenhausabteilungen besucht an jedem Tag der Woche, von Montag bis Freitag, ein anderer leitender Arzt die Patienten. Dasselbe gilt für junge Ärzte: Als ich Assistenzarzt war, waren wir fünfeneinhalb Tage pro Woche in unserer Abteilung anwesend. Derzeit sind die Assistenzärzte wegen ihrer Vorlesungen und der vorgeschriebenen Ruhezeit nach ihren Schichten nur noch drei Tage in der Woche anwesend. In der Stadtmedizin sind die Fristen für Termine so lang, dass die Patienten manchmal nicht ihren normalen Arzt aufsuchen, sondern einen Unbekannten: denjenigen, der ihnen den schnellsten Termin gibt. Das ist die Null-Kontinuität.

* DER ARZTBERUF WIRD IMMER WEIBLICHER.

Heutzutage sind junge Ärzte hauptsächlich Frauen. Dies ist ein neuer, schneller und tiefgreifender Wandel :

| | Männer | Frauen |
|------|--------|--------|
| 1985 | 75 % | 25 % |
| 2000 | 64 % | 36% |
| 2008 | 60 % | 40 % |
| 2020 | 49,5 % | 50,5 % |

Diese Veränderung wird sich noch verstärken, denn unter den jungen Leuten, die Medizin studieren wollen, gibt es eine Mehrheit von jungen Frauen. Auch unter denen, die die Aufnahmeprüfung bestehen, gibt es eine weibliche Mehrheit. Das ist überraschend, da wir in der Anatomie gelernt haben, dass das Volumen des männlichen Gehirns im Durchschnitt 1500 ml beträgt, während das weibliche Gehirn 1400 ml aufweist... Aber es scheint, als würden Mädchen dieses kleinere Gehirn viel besser nutzen. So dass bald eine überwältigende Mehrheit der Ärzte weiblich sein wird, vor allem in der Kategorie der jungen Ärzte.

Spielt diese soziologische Veränderung für die Kontinuität der Gesundheitsversorgung eine Rolle? Ja, denn es sind (bislang...) hauptsächlich Frauen, die manchmal wegen Mutterschaftsurlaubs ausfallen müssen. Es ist absolut nichts vorgesehen, um sie zu ersetzen, selbst wenn sie eine wichtige Position innehaben. Es scheint, als wäre für die Verwaltung die Diagnose einer Schwangerschaft vor der 30. Woche unmöglich. Wenn in meinem Krankenhaus eine junge Ärztin vor und nach der Entbindung fehlt, wird sie nur von einem Assistenzarzt vertreten, so gut es geht. Wie auch immer, selbst eine Vertretung stellt einen Bruch in der Kontinuität der Versorgung dar.

* DER EINSTIEG IN DAS BERUFSLEBEN ERFOLGT SPÄTER.

Die meisten jungen Ärzte, die gerade ihr Studium abgeschlossen haben, zögern ihre endgültige Niederlassung hinaus. Sie praktizieren mehrere Jahre lang eine "Krümelmedizin". Manche machen Vertretungen, einen Tag pro Woche, an drei oder vier verschiedenen Orten.

Andere arbeiten für kürzere oder längere Zeit in Krankenhäusern in verschiedenen Regionen, um zu testen, was ihnen am besten liegt. Die Folge für die Kranken ist, dass sie immer wieder unbekannte und provisorische Ärzte aufsuchen. Zumal diese vagabundierenden Ärzte absichtlich relativ wenig arbeiten, zum Beispiel sechs Monate im Jahr. Und das etwa zehn Jahre lang, bevor sie sich geografisch stabilisieren.

* ÄRZTE WECHSELN HÄUFIGER DEN ORT, AN DEM SIE PRAKTIZIEREN.

Geografische Instabilität gibt es nicht nur zu Beginn der Karriere, wie gerade gesagt wurde.

In Frankreich gibt es 230.200 Ärzte. Von diesen sind mehr als 23 000 keine Franzosen. Hinzu kommen mehr als 10 000 Ärzte mit ausländischem Diplom, die jedoch die französische Staatsbürgerschaft erworben haben. Diese Zahlen steigen ständig, denn der Strom der ausländischen Ärzte, die jedes Jahr zu unserem Glück nach Frankreich kommen, um dort zu praktizieren, ist beeindruckend: Sie machen 48 % der neu registrierten Ärzte aus [\[3\]](#). In den öffentlichen Krankenhäusern ist der Anteil der Ärzte mit ausländischem Diplom besonders hoch: mehr als ein Drittel [\[4\]](#). In meinem eigenen Krankenhaus sind es 71 %.

Wir erleben eine Art Globalisierung der Gesundheitsversorgung. Sie leistet große Dienste, ist aber in Bezug auf die Kontinuität der Versorgung nicht vorbildlich, da Ärzte mit ausländischem Abschluss geografisch besonders mobil sind. Ob sie aus Rumänien, Syrien oder Algerien kommen, sie haben keine territoriale Bindung in Frankreich. Da sie keinen Grund haben, sich in einer Stadt oder einem Krankenhaus niederzulassen, navigieren sie oft von einer Region in die andere.

Ich möchte Ihnen dies an einem Beispiel verdeutlichen: In der abgelegenen Bergregion, in der ich arbeite, herrscht ein akuter Mangel an Augenärzten. Um diesen Mangel zu beheben, wurde eine Kooperation mit einem besser entwickelten Land in der Nähe, der Schweiz, ins Leben gerufen: Jeden Monat kommt ein Augenarzt aus Zürich für einen Tag in unser Krankenhaus, um unsere Kranken zu operieren, und reist am selben Abend wieder ab. Er trifft die Patienten nicht, bevor er sie an der Hornhaut, der Linse oder sogar an einer Netzhautablösung operiert. Er trifft sie auch nicht am Tag nach der Operation. Er erklärt mir, dass diese Organisation zufriedenstellend ist:

- Er studiert aus der Ferne die Unterlagen der Kranken, bevor er zu ihnen kommt und sie operiert.
- Wenn es nach der Operation Probleme gibt, konsultiert er sie von Zürich aus per Telekonsultation.

Da die Patienten dieses System akzeptieren, kann man daraus schließen, dass sie es gutheißen. Ohne diese Lösung wäre es für sie schwierig, den Spezialisten zu finden, den sie brauchen. Zweifellos sind sie dem Schweizer Augenarzt dankbar. Wenn hier Schweizer Ärzte anwesend sind, begrüße ich ihr Engagement für das unterentwickelte Land Frankreich, so wie die Gabuner Albert Schweitzer dankbar waren, dass er sie in Lambarene operierte.

Aber dennoch: Ein Auge operieren zu lassen, ist für den Patienten immer mit Angst verbunden. Die Sehkraft am Tag nach einer Staroperation nicht vollständig wiederherzustellen, ist eine häufige Situation, in der der Operierte vom Vortag unbedingt seinen Chirurgen treffen müsste, um eine beruhigende Erklärung zu erhalten. Kann man sich damit zufrieden geben, dass ein Arzt so diskontinuierlich - an einem von dreißig Tagen - bei den Menschen ist, die er behandelt?

*** ARBEITSKONFLIKTE STÖREN DIE KONTINUITÄT DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG.**

In den letzten zehn Jahren kam es in Frankreich elfmal zu größeren Protesten auf der Straße. Diese gingen weit über Demonstrationmärsche hinaus. Es handelte sich vielmehr um Aufstände, bei denen mehrere Tage oder Nächte lang geplündert und gebrandschatzt wurde. Es gab mindestens 18 Tote und Hunderte von Verletzten. An diesen Tagen der Tumulte kann das Reisen zum einen gefährlich sein, vor allem aber wird es mehr oder weniger unmöglich gemacht: Der Verkehr wird von den Aufständischen absichtlich blockiert oder von der Polizei verboten. Für Kranke ist es schwierig, ins Krankenhaus zu gelangen. Wenn sie eine Dialysebehandlung oder eine Chemotherapie benötigen, ist dieser Verlust der Kontinuität der Versorgung gefährlich. Er kann tödlich sein.

In einer Dialyseabteilung steigt die Besorgnis, wenn die erwarteten Dialysepatienten nicht zur vorgesehenen Zeit ankommen, weil ihr Taxi durch eine Barrikade oder eine Autobahnblockade aufgehalten wird: Wird dieser Dialysepatient an Hyperkaliämie oder einem Lungenödem sterben?

Mir ist kein Fall bekannt, der sich im französischen Mutterland ereignet hat, aber in Guadeloupe, wo die Demonstranten besonders entschlossen sind, gab es mehrere Todesfälle unter diesen Umständen. Es ist zu befürchten, dass sich das gleiche Drama in den letzten Monaten in Neukaledonien abgespielt hat: Die französische Überseeinsel wurde von tödlichen Unruhen lahmgelegt. Die Straßen waren völlig unpassierbar, wenn man nicht das Risiko einging beschossen zu werden. Auf der Insel gibt es 700 Dialysepatienten. In dem Moment war klar, dass sie sich alle in Lebensgefahr befanden, da sie nicht in der Lage waren, ihre Dialysezentren zu erreichen. Die Bilanz dieser gefährlichen Unterbrechung der Kontinuität der medizinischen Versorgung ist noch immer unbekannt.

*** DIE ÄRZTE WERDEN VON ANDEREN AUFGABEN ALS DER PFLEGE ABSORBIERT.**

Sie alle wissen es, und Sie alle leiden darunter: Ärzte verbringen mittlerweile einen Großteil ihrer Zeit mit anderen Tätigkeiten als der Pflege.

Was nimmt uns stundenlang in Anspruch?

- Das Telefon,
- Die auszufüllenden Verwaltungsdokumente,
- Die durch die Computerisierung endlos gewordenen Verschreibungen,
- Die Besprechungen,
- Die Ausarbeitung von Finanzierungsstrategien,
- Die Übertragungen,
- Die Rückverfolgbarkeit.

Wenn nach all dem noch ein wenig Zeit übrig bleibt, kümmern wir uns um die Kranken. Das ist absurd. Diese Absurdität führt dazu, dass nicht nur Ärzte, sondern auch andere Pflegekräfte weniger verfügbar und effizient sind: Wenn eine Krankenschwester eine Wunde verbindet, seufzt sie *"Es dauert länger, in die Akte zu schreiben, was ich gemacht habe, als den Verband selbst zu machen"*.

Unter diesen Umständen bleibt die Kontinuität der Pflege auf der Strecke: Wenn eine Dialysesitzung heikel ist, sollte ich eigentlich jede Stunde einen Blick auf die Dialysemaschine werfen, um die Schwankungen im Flüssigkeitshaushalt des Patienten zu beobachten. Stattdessen beurteile ich die Situation auf einmal und weiß, dass ich keine Zeit haben werde, wiederzukommen. Dann muss ich den Rest des Vormittags in meinem Büro verbringen. Das Ergebnis: Der Dialysepatient beendet seine Sitzung nicht so dehydriert, wie er sollte. Das ist langfristig schädlich für seinen Blutdruck, seine arterielle Flexibilität und seine Herzleistung. Ohne die Verfügbarkeit von Pflegekräften ist eine kontinuierliche Überwachung nicht möglich, und die Qualität der Pflege wird unvollkommen. Mit dieser Mittelmäßigkeit findet man sich schließlich ab.

*** ÖKOLOGISCHE ANFORDERUNGEN GEFÄHRDEN DIE KONTINUITÄT DER PFLEGE.**

Wie können sich ökologische Bedenken negativ auf die Kontinuität der Pflege auswirken?

Der Planet erwärmt sich aufgrund der CO₂-Emissionen gefährlich. Es ist zwingend notwendig, diesen schädlichen Kohlenstoff, den wir ausstoßen, so weit wie möglich zu binden. Wir müssen also die Wälder erhalten und dafür unseren Papierverbrauch reduzieren.

Die Jagd nach Papier ist daher in der Welt der Pflege zu einer zwanghaften Tätigkeit geworden :

- Einen Computer zu benutzen wird als Zeichen der Tugend gesehen,
- Papier und Stift zu benutzen grenzt an Gedankenlosigkeit,
- Das Kopieren von Daten ist eine Sünde,
- Das Ausdrucken eines Dokuments ist ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit.
- Die Sekretärinnen werden von ihren fanatischen Vorgesetzten angewiesen, die Papierakten der Kranken zu löschen.

Die einzige Lösung, die dem Arzt bleibt, ist der Gang zum Computer, wenn er die dicke Krankenakte durchforsten will. Alle gewünschten Informationen sind dort zu finden.

Aber in der Praxis sind sie größtenteils unauffindbar!

Das weiß man. Daher verzichtet man auf zeitraubende Nachforschungen, die die Gesundheit des Patienten nicht verbessern, sondern eher die des Arztes verschlechtern. Man behandelt mehr oder weniger blind, ohne genau zu wissen, welche Vorgeschichte der Patient hat oder welche Medikamente er einnimmt. Wenn man nicht gerade ein Gedächtnis wie ein Elefant hat, hat man das Gefühl, bei jedem neuen Arztbesuch wieder bei Null anzufangen. Hallo, Kontinuität der Versorgung...

*** WENN RASSISCHE ODER KULTURELLE UNTERSCHIEDE DIE KONTINUITÄT DER VERSORGUNG BEHINDERN.**

Für einen Dialysepatienten besteht die ideale Kontinuität der Versorgung darin, eines Tages transplantiert zu werden, um den schmerzhaften Belastungen der Dialyse zu entgehen.

Bei Frau Fatima G. (Name und Vorname geändert, ebenso gewisse Einzelheiten, die eine Identifikation erlauben könnten. Idem für den ganzen Text) ist diese ideale Lösung besonders wünschenswert. Fatima ist jung - 37 Jahre alt.

Sie arbeitete als Assistentin in einem Kindergarten. Plötzlich, im Dezember 2023, wurden ihre Nieren durch eine thrombotische Mikroangiopathie (eine seltene hämolytische Erkrankung) zerstört.

Abgesehen von dieser Nierenzerstörung ist sie kerngesund, lebenslustig und voller Pläne. Die Transplantation würde ihr wieder eine normale Existenz in sozialer und beruflicher Hinsicht ermöglichen. Vor einem Monat fragt sie mich, wie lange sie wohl auf die Transplantation warten müsse.

Ich habe keine genaue Antwort - das ist unmöglich -, aber ich gebe ihr zwei Einblicke:

- Erstens: Da sie gesund ist, wird sie wahrscheinlich weniger als der Durchschnitt warten.
- Zweitens: Da sie tunesischer Abstammung ist, wird sie wahrscheinlich überdurchschnittlich lange warten. Denn obwohl Tunesier Weiße sind, haben sie nicht genau die gleichen HLA-Gene wie andere sogenannte "kaukasische" Weiße [5]: die einheimischen Franzosen. In Frankreich ein Transplantat zu finden, das zum Genotyp einer Tunesierin passt, ist statistisch gesehen weniger wahrscheinlich.

Mit anderen Worten: Aus genetischen - man könnte auch sagen: rassistischen - Gründen ist es für die Kontinuität bestimmter Behandlungen besser, in seinem eigenen Land medizinisch versorgt zu werden.

Dies gilt darüber hinaus aus Gründen, die nicht rassistisch, sondern kulturell bedingt sind: Menschen aus dem muslimischen Kulturkreis lehnen Organspenden generell ab. Oder genauer gesagt: Sie sind damit einverstanden, ein Organ zu erhalten, aber sie wollen nicht als Spender fungieren. Dies ist bei der Familie von Frau G. der Fall. Keines ihrer Geschwister ist bereit, ihr eine Niere zu spenden. Kommunitaristen halten dieses Verhalten für eine respektable kulturelle Tatsache. Die Nephrologen bedauern dies. Sie stehen in der Tat vor einer therapeutischen Sackgasse, die rational gesehen besonders absurd ist:

- In muslimischen Familien wäre die Nierenspende die einfachste Lösung, weil die Geschwister dort viel mehr Geschwister haben als bei den einheimischen Franzosen.
- In diesen Familien ist die Ablehnung einer Spende jedoch kulturell am stärksten verankert.

Auch anderswo wirkt sich die Kultur stark auf die Möglichkeiten einer Transplantation aus:

- Afrikaner lehnen Organspenden ab.
- Die Japaner ebenfalls.
- Im Iran sorgt die Frauenfeindlichkeit dafür, dass Frauen spenden und Männer empfangen.
- In China werden jährlich Tausende von Nieren von zum Tode Verurteilten entnommen und vermarktet.

*** DIE LEISTUNGSABHÄNGIGE BEZAHLUNG VERLEITET DAZU, DIE PFLEGE ZU ZERSTÜCKELN.**

In einer nicht allzu alten Zeit, als man einen Patienten mit Mehrfacherkrankungen in ein Krankenhausbett aufnahm, genoss er eine Art (relativen) Komfort: Er konnte in demselben Bett bleiben, von denselben Ärzten behandelt werden, mit demselben Assistenzarzt sprechen, von denselben Krankenschwestern gepiekt werden, von denselben Pflegerinnen bemuttert werden, während der gesamten Zeit, in der man seine Herzinsuffizienz, seinen Diabetes, seine COPD und sogar seine Multiple Sklerose oder seinen Myokardinfarkt behandelte.

Heutzutage gibt es jedoch den Komfort dieser stabilen Beziehung nicht mehr. Woran liegt das? Zum Teil, weil sich Ärzte spezialisiert haben, was die Kompetenz verbessern kann. Aber auch, weil sich die Preisgestaltung im Gesundheitswesen geändert hat und ihre absurden und schädlichen Gesetze durchsetzt. Zuerst in den USA, dann in Frankreich wurde die "*Leistungspreisgestaltung*" eingeführt: Für jede der eben aufgezählten Krankheiten wird der Abteilung, die die Pflege durchgeführt hat, eine spezifische Vergütung zugewiesen. Folglich ist die Pflege nur dann lukrativ, wenn der zuvor beschriebene Patient von einer Abteilung in die andere wechselt: Er wird von einem Bett in der Kardiologie in ein Bett in der Diabetologie, dann in ein Bett in der Pneumologie, dann in der Neurologie usw. wechseln. Nur so kann das Krankenhaus bei der Behandlung optimale Gewinne erzielen.

Natürlich leidet der Patient unter diesen aufeinanderfolgenden Behandlungen, die einem Ping-Pong-Spiel ähneln. Ein wenig Stabilität findet er vielleicht nur in geriatrischen Abteilungen: Ist hier ein Geriater anwesend, vielleicht das letzte Überbleibsel der Kontinuität der Pflege?

IV. KLINISCHE FORMEN

A) BEENDIGUNG DER KONTINUITÄT DER PFLEGE AUFGRUND DER SARS-COV-2-PANDEMIE.

Die Pandemie wirkte auf die Kontinuität der Pflege wie ein Elefant mit Hyperthyreose, der in eine Kristallfabrik eingeschleust wurde.

Das Virus taucht im Herbst 2019 in China auf. Es gelangt über Frankreich nach Europa.

- Am 27. Januar 2020 werden in Frankreich drei Fälle diagnostiziert.
- Einen Monat später, am 29. Februar, werden genau 100 Infizierte gezählt.
- Aber zwei Monate später, am 31. März, kommt es zur Katastrophe: 52 827 Franzosen haben sich angesteckt. 21 000 werden ins Krankenhaus eingeliefert, obwohl es im Land 80 089 Krankenhausbetten gibt. 5 565 Covidés befinden sich auf der Intensivstation, d. h. 100 % unserer Intensivbetten sind belegt. Bereits 3.523 Menschen sind gestorben.
- Fünfzehn Tage später ist der Anstieg der Zahlen unvorstellbar: Das Virus hat an einem einzigen Tag 1 438 Menschen getötet [6].

Eine Gesundheitsbombe ist explodiert. Kein Gesundheitssystem kann diesem Tsunami standhalten. Man müsste die Anzahl der Intensivbetten verdoppeln. Das ist unmöglich! ... und doch schafft man es innerhalb von zwei Wochen: 10.707 Betten am 15. April.

Im Gegenzug hat das Krankenhaus die Behandlung von Kranken fast vollständig eingestellt, mit Ausnahme der Covidpatienten. Die Krankenhausabteilungen sind entweder stillgelegt oder werden eilig in Abteilungen für Infektionskrankheiten umgewandelt. In der Chirurgie wird nur noch sehr wenig operiert. Glücklicherweise gibt es dank des Lockdown keine Verkehrs- oder Arbeitsunfälle mehr.

Andererseits gäbe es für die Kontinuität der Versorgung immer noch Krebserkrankungen, die operiert werden müssten. Es gäbe auch Kranke, die in der Medizin behandelt werden müssten: Herzranke, Diabetiker, Krebsranke. All dies wird stark verlangsamt. Mit der Kontinuität der Versorgung ist es vorbei. Und zwar für lange Zeit: Erst am 27. Dezember 2020 wird in Frankreich die erste Impfdosis verabreicht.

Drei Anmerkungen zu dieser Unterbrechung der Kontinuität der Versorgung:

- Für diejenigen, die nicht versorgt werden konnten, gibt es keine vollständige Aufholung. Beispielsweise haben Diabetiker ihr Augenlicht verloren. Beginnende Krebserkrankungen wurden erst mit Verzögerung diagnostiziert. Es wird geschätzt, dass die Krebssterblichkeit in den nächsten fünf Jahren ungewöhnlich hoch sein wird.
- Zuvor war man manchmal davon ausgegangen, dass eine Unterbrechung der Kontinuität der Gesundheitsversorgung von Vorteil sei: Wenn das Pflegepersonal streikte, sank die Sterblichkeit. Diese Beobachtung hatte einige ironische Bemerkungen über die Realität der Dienstleistungen, die wir den Kranken erbringen, zugelassen. Aber die Einstellung der Pflege im Jahr 2020 wegen eines chinesischen Virus zeigt, dass es nicht gut ist, die Pflege, das Screening und die Operationen einzustellen.
- Wird es aufgrund einer neuen Variante des Coronavirus zu einem weiteren Stillstand der Pflege kommen?

Das hängt von zwei Dingen ab: den Mutationen des Virus, die nicht vorhersehbar sind; dem Schutz der Bevölkerung durch den Impfstoff, der leider bekannt ist: Der Impfstoff wird schlecht angenommen. In Frankreich wird derzeit älteren oder gebrechlichen Menschen eine Auffrischungsimpfung alle sechs Monate empfohlen. Die Impfkampagne im letzten Herbst war jedoch ein kläglicher Misserfolg: Nur 1,5 % der Zielpersonen erhielten den Impfstoff. Frankreich schneidet kaum besser ab als die afrikanischen Länder, die bis 2021 mehr oder weniger lange die Verabreichung und sogar die Einfuhr des Impfstoffs verboten hatten, obwohl er ihnen kostenlos angeboten worden war. Alles läuft so, als würden die Franzosen die kurative Medizin der präventiven Medizin vorziehen. Sie behaupten jedoch das Gegenteil. Aber sie haben offenbar die 61 000 Toten im Jahr 2021 und die 38 400 Toten im Jahr 2022 vergessen.

B) UNTERBRECHUNG DER KONTINUITÄT DER VERSORGUNG AUFGRUND DER NICHTVERFÜGBARKEIT VON MEDIKAMENTEN.

Dies ist ein neues Phänomen, das man als "*Syndrom der unauffindbaren Medikamente*" bezeichnen könnte. Es ist verhängnisvoll für die Kontinuität der Versorgung.

Die Kontinuität der Versorgung bedeutet nicht nur, dass man Zugang zu dem Arzt hat, den man gut kennt. Es ist auch die Möglichkeit, über sein gewohntes Medikament zu verfügen. Um diese Verfügbarkeit ist es aus mehreren Gründen schlecht bestellt.

Einer der Gründe ist in Frankreich der sehr niedrige Preis für Medikamente. Frankreich gehört zu den Weltmeistern bei den Gesundheitsausgaben, aber es ist auch ein entwickeltes Land, in dem der Staat den Pharmaunternehmen niedrigere Verkaufspreise auferlegt als anderswo. Arzneimittel werden jedoch an mehrere Länder verkauft. Es gibt einen Wettbewerb der Abnehmerländer. In dieser Situation kommt es oft vor, dass die Hersteller lieber woanders als in Frankreich verkaufen: Ein und dieselbe Packung Medikamente kann in Frankreich viermal billiger sein als in der Schweiz.

- Im Jahr 2019 gab es in Frankreich 1 504 offizielle Warnungen wegen "*angespannter*" Medikamente, die Gefahr laufen, nicht mehr verfügbar zu sein. Diese Zählung bezieht sich nur auf "*Arzneimittel von hohem therapeutischem Interesse*".
- Im Jahr 2022 waren es 3 721 Arzneimittel, die unter Spannung standen.
- Bis 2023 stieg die Zahl auf 4.925 [7]. Die Situation spitzt sich zu.

In 9 von 10 Fällen konnte eine Lösung gefunden werden, manchmal indem die Apotheker aufgefordert wurden, handwerkliche Zubereitungen, sogenannte magistrale Zubereitungen, herzustellen! Aber es kam dennoch etwa 500 Mal vor, dass ein Medikament für eine gewisse Zeit nicht gefunden werden konnte. Dies kann Folgendes betreffen

- Medikamente für den Komfort (Paracetamol),

- Unentbehrliche Medikamente (Flecain),
- Oder um wichtige Versorgungsgüter wie chirurgisches Material (Intubationssonden), was dazu führt, dass Eingriffe verschoben werden müssen.

In meinem Krankenhaus kämpft die Apothekerin jedes Mal, wenn ein Medikament fehlt, wie eine Löwin, um irgendwo einen Vorrat oder einen Lieferanten aufzutreiben. Vor kurzem war es bei meinen Dialysepatienten so weit: Ein thrombolytisches Medikament, das für die Beseitigung von Verstopfungen bei Dialysekathetern absolut notwendig ist, war nicht mehr erhältlich. Bei dieser Gelegenheit erfuhr ich, dass diese Apothekerin praktisch *"hundert Prozent ihrer Zeit, zwölf Monate in zwölf Monaten, damit verbrachte, zu telefonieren und zu reisen, um eine Lösung für die Lieferengpässe zu finden"*, um Patienten und Ärzten zu helfen.

Trotz ihrer Bemühungen musste eine meiner Dialysepatientinnen 50 Kilometer fahren, um ein Tuberkulosemittel zu kaufen, das in ganz Frankreich praktisch nicht mehr erhältlich war. Dies ist ein erbärmliches Beispiel dafür, dass die Energie der Pflegekräfte sterilisiert wird.

Ein Lieferengpass, der die Kontinuität der Versorgung ernsthaft behindert, kann an eine Tragödie grenzen: Den Krebsärzten ging Peginterferon aus, ein Medikament, das für die Behandlung bestimmter Leukämien und Krebserkrankungen unerlässlich ist.

C) DIE UNTERBRECHUNG DER KONTINUITÄT DER VERSORGUNG IM ZUSAMMENHANG MIT INTERNATIONALEM KRANKENSCHMUGGEL.

Für einen Ausländer kann es großes Leid bedeuten, in Frankreich behandelt zu werden.

Vor einem Monat berichtet mir eine Krankenschwester von der Notlage eines Dialysepatienten. Er ist 39 Jahre alt. Er kommt aus einem armen Land voller Gewalt, Bosnien.

Er hat seine Zukunft einem multinationalen Unternehmen des organisierten Verbrechens anvertraut. Dieses mafiöse Netzwerk hat ihn vor einem Jahr nach Frankreich geschmuggelt. Die Menschenhändler versprachen ihm als Gegenleistung für irgendeinen schrecklichen Deal, dass er in Frankreich kostenlos dialysiert, automatisch untergebracht und schnell transplantiert würde. Da er von diesen skrupellosen Schleppern sowohl betreut als auch betrogen wurde, stimmte er zu, sich von seiner Frau und seinen Kindern zu trennen.

Trotz seines Mutes wiegt diese Trennung ein Jahr später noch immer schwer. Auf seinem Smartphone zeigt er mir ein Foto seiner beiden Kinder. Er gibt mir zu verstehen, dass er diese beiden lächelnden Kinder schrecklich vermisst. Er wischt sich die Augen. Die Art und Weise, wie er den Blick abwendet, ist erbärmlich. Wir können uns verstehen, aber nicht miteinander sprechen: Bosnisch ist für mich eine ebenso unzugängliche Sprache wie Englisch.

Es ist ergreifend: Ich muss unweigerlich an eine meiner Töchter denken. Die Analogie ist beunruhigend: Sie ist bis auf vier Tage im selben Alter wie dieser junge Vater. Sie hat, wie er, zwei Kinder in einem ähnlichen Alter. Wie er leidet sie an einer chronischen Krankheit. Aber sie genießt eine zufriedenstellende Kontinuität der Pflege. Sie muss niemals ihr Land verlassen und sich von ihren Angehörigen trennen, um behandelt zu werden.

Ich kann diesem Vater aus Bosnien keine Hilfe anbieten. Die Unterbrechung der Kontinuität der Pflege erscheint mir in seinem Fall tragisch:

- In Bosnien wurde er dialysiert. Gut oder schlecht? Ich weiß es nicht.
- Hatte er eine Chance auf eine Transplantation? Ich nehme an, nicht: Die muslimische Kultur ist, wie bereits erwähnt, gegen Organspenden und sogar gegen Blutspenden.
- Wird er in Frankreich transplantiert werden können und damit seine Kinder in Bosnien wiedersehen? Das ist ungewiss: Ich bezweifle, dass das bosnische Gesundheitssystem in der Lage ist, eine Überwachung nach der Transplantation zu gewährleisten.
- Dieser Mann hat zum Wohlstand eines Netzwerks von Schurken beigetragen. Er hat auch das Gewissen von gutherzigen Menschenfreunden bei uns beruhigt, die in dem simplen Glauben leben, Gutes zu tun, indem sie unglücklichen Migranten auf der Suche nach einem besseren Leben helfen.

Wäre es also für diesen Mann besser gewesen, wenn die Kontinuität der Versorgung nicht unterbrochen worden wäre? Ich stelle Ihnen diese Frage. Schade, dass Sie das Foto der beiden kleinen Kinder, die ihres Papas beraubt wurden, nicht sehen können.

Diese "klinische Form" der Diskontinuität der Versorgung wird immer alltäglicher: In meiner kleinen Abteilung mit etwa 40 Dialysepatienten gibt es jedes Jahr einen oder zwei ausländische Kranke mehr, die immer von der organisierten Kriminalität eingeschleust werden. Hier ein zweites Beispiel, um einen anderen Aspekt unseres Themas zu veranschaulichen: Der internationale Krankenschmuggel verschlechtert die Kontinuität der Versorgung "unserer" einheimischen Kranken:

Bei der sogenannten "*chronischen Nierenerkrankung*" hat der Behandlungspfad für eine ideale Kontinuität der Versorgung genau aufeinanderfolgende Schritte definiert:

- 1. Schritt: Man ermittelt die Menschen mit Nierenerkrankung. In Frankreich gibt es etwa 6 Millionen von ihnen. Sie leiden an einer Niereninsuffizienz unterschiedlichen Schweregrads.
- Dank nephroprotektiver Therapien erreicht eine Minderheit eine terminale Niereninsuffizienz und benötigt die Dialyse, um zu überleben. Wir haben etwa 55.000 Dialysepatienten, zu denen jedes Jahr mehr als 12.000 neue Dialysepatienten [8] hinzukommen.
- Von diesen Dialysepatienten wünschen sich die am wenigsten gebrechlichen sehnlichst eine Transplantation: Etwa 16.000 stehen auf der Warteliste.
- Aber es gibt nicht genug Transplantate für alle: Es werden nur 3.500 Menschen [9] pro Jahr transplantiert. Die Warteliste wird ständig länger. Die Wartezeit wird immer länger, das ist ein großes Leid.

Diese ideale Kontinuität wird hauptsächlich durch den Mangel an Spendern in Frankreich untergraben, aber auch durch die Tatsache, dass im Rahmen des Menschenhandels zusätzliche Empfänger nach Frankreich kommen. Wir werden sehen, dass dies doppelt dramatisch ist.

Frau C. ist in Bosnien dialysepflichtig, wie der vorherige junge Vater. An einem Montag kommt sie unerwartet im Krankenhaus an.

Sie ist 55 Jahre alt. Sie spricht nur serbisch. Dasselbe gilt für ihren Ehemann, der sie begleitet. Anhand der Papiere, die sie mitbringt, oder indem wir die Dinge im Licht der Vergangenheit errahnen, rekonstruieren die Sozialarbeiterin und ich ihren Werdegang.

Erfahrene Schlepper haben ihre illegale Überquerung der verschiedenen Grenzen organisiert. in Europa. Sie sind perfekt organisiert, um einen Dialyseplatz in Frankreich zu finden. Sie kennen genau die Zentren, die in der Lage sind, Ausländer aufzunehmen.

Sie haben wahrscheinlich auch jetzt noch ein Auge auf Frau C., nachdem sie sie in den Haut-Jura gebracht haben. Für sie ließen sie vor der Reise alle bosnischen Dokumente, von denen sie wussten, dass sie nützlich sein könnten, ins Französische übersetzen, da sie Fachleute waren. Zum Beispiel eine Bescheinigung, aus der hervorgeht, dass der damals zweijährige Sohn von Frau C. 1999 bei einem serbischen Bombardement getötet wurde: eine Bescheinigung, die zweifellos wertvoll ist, um einen Asylantrag zu unterstützen. Es gibt auch ein Dokument, das "*Rekomandohet transplantimi veshkes*" erwähnt, mit anderen Worten, das eine endgültige Unterbringung in Frankreich vorschreibt, da im Kosovo weder eine Transplantation durchgeführt noch die medizinische Betreuung eines Transplantierten sichergestellt werden kann. Frau C., die von ihren Schleusern gut beraten wurde und kein Wort Französisch sprach und nichts über Frankreich wusste, verlangte bei ihrer Ankunft von uns ihre Carte Vitale. Das ist das französische Dokument, mit dem man sich behandeln lassen kann.

Kommen wir zum Abscheulichen: Frau C hat in Bosnien unter dem "Schutz" von Schleppern ihre vier Töchter im Alter von 12, 17, 21 und 30 Jahren zurückgelassen. Was für ein Leid! Aber auch welcher Horror: Diese Mädchen sind eine Bürgschaft, ein Druckmittel und notfalls eine Einkommensquelle, um die Überfahrt nach Frankreich zu bezahlen. Wie sollen die Mädchen diese erbärmlichen Menschen bezahlen? Uns schaudert es.

Was ist mit dem Ehemann? Auch er wird in Frankreich Geld beschaffen müssen, gut betreut von Mafiosi, die in den internationalen Handel mit Waffen, Drogen und Frischfleisch verwickelt sind. Man kann sich denken, welche Art von Arbeit von ihm verlangt wird. Er wird den Vertrag annehmen, wenn nicht, heißt es: "*Eine Kugel ins Knie, für den Anfang*". Er hat gerade zwei Nächte draußen in der Kälte verbracht, aber was ihn erwartet, ist noch viel schlimmer.

Man beeilt sich, die Versorgung und Unterbringung dieses unglücklichen Paares zu organisieren. Frau C. hat gute Chancen auf eine schnelle Transplantation, da sie jünger ist und sich in einem viel besseren Allgemeinzustand befindet als die meisten unserer Dialysepatienten, die auf eine Transplantation warten und alt, diabetisch und gefäßkrank sind. Umso besser für sie. Pech für unsere alten Dialysepatienten: Ihr endloses Warten auf eine Transplantation, das eine Form von Folter ist, wird in ihrem Fall verlängert werden. Oder wird nie enden: 16.000 auf der Warteliste, 3.500 Glückliche pro Jahr?

Wir, die Pfleger, sind unfreiwillig Komplizen dieser schrecklichen Ungerechtigkeit und der damit verbundenen Schrecken. Wir bilden das letzte Glied in einer gut geölten kriminellen Kette. Es ist ein entscheidendes Glied. Die Kriminellen kennen es gut, kennen uns gut. Sie wissen, dass sie sich auf uns verlassen können. Zu unserem eigenen Nachteil geben wir ihnen Genugtuung, wobei wir versuchen, nicht zu sehr daran zu denken, dass dies auf Kosten der Kontinuität der Versorgung unserer Patienten geht.

Wir müssen diese Tragödie jedoch relativieren: Aufgrund der kriminellen Globalisierung der Transplantation werden heute zwar einige Patienten ihr Leben an der Dialyse beenden, ohne jemals transplantiert werden zu können. Aber vor etwa 50 Jahren gab es die Blockade der Kontinuität der Versorgung bereits in anderer Form, und das war noch viel tragischer: Es gab nicht genug Dialyseplätze für alle Nierenkranken. Man sortierte zwischen den Kranken, die man retten würde, und denen, die man sterben lassen würde. Beispielsweise wurden Patienten mit Kindern bevorzugt

behandelt.

D) UNTERBRECHUNG DER KONTINUITÄT DER VERSORGUNG AUFGRUND VON VORSCHRIFTEN.

1) Generika

80 % der in Frankreich hergestellten Medikamente kommen aus dem Ausland, häufig aus China, Indien oder Israel. In den meisten Fällen handelt es sich um Kopien von bereits auf dem Markt befindlichen Medikamenten. Sie werden als "generische Arzneimittel" bezeichnet.

In Frankreich und wahrscheinlich auch anderswo zögert das Gesundheitsministerium nicht, Ärzte, Apotheker und sogar Kranke finanziell zu bestrafen, die nicht die Generika, sondern die Originalmedikamente (die sogenannten "princeps") verwenden möchten. Generika haben nämlich einen großen Vorteil: Sie sind viel billiger.

Sie haben aber auch einen großen Nachteil: Sie verschaffen den Herstellern geringe Gewinnspannen, die nicht selten auf null sinken. Es kommt sogar vor, dass für einen Hersteller der Herstellungspreis höher wird als der Selbstkostenpreis [10]. Was ist der Grund dafür? Wegen des endlosen Wettbewerbs zwischen den Herstellern, da ein "Generikum" per Definition legal von jedem kopiert werden kann, der will. Dieser hemmungslose Wettbewerb - der nichts Tugendhaftes an sich hat, da es sich um eine Kopie handelt - schafft viel Unordnung und Unvorhersehbarkeit: Es ist üblich, dass ein Hersteller eine unrentabel gewordene Produktion einstellt. Dadurch wird den Kranken mehr oder weniger abrupt ein nützliches Medikament vorenthalten.

Außerdem kommt es vor, dass Generika plötzlich nicht mehr verkauft werden dürfen, weil sie fehlerhaft sind. Das ist nicht verwunderlich: Während ein Originalpräparat erst nach zahlreichen Studien zugelassen wird, müssen Generika ihre Wirksamkeit nicht nachweisen. Es wird nur ein einziger Test verlangt: Sie müssen überprüfen, ob eine Tablette eines Generikums ungefähr die gleiche Dosis des Wirkstoffs enthält wie eine Tablette des Originalpräparats. Da die Generikahersteller oft nicht in der Lage sind, diesen einmaligen Test selbst durchzuführen, beauftragen sie einen nicht sehr strengen Subunternehmer damit. Das Ergebnis ist nicht gut. Im Mai 2024 forderte die Europäische Kommission ihre Mitglieder auf, 400 "problematische", weil schlecht getestete Medikamente vom Markt zu nehmen: Es handelte sich um Krebsmittel, antivirale Medikamente, Antiepileptika usw., die von einem indischen Generikahersteller hergestellt wurden [11].

2) Die schleppende Verwaltung

Im Mai 2024 wurde ein Grippeimpfstoff, Eflueda, auf Antrag des Herstellers vom Markt genommen. Dieser Grippeimpfstoff ist nicht wie jeder andere: Er ist viermal höher dosiert. Es ist bekannt, dass er Menschen über 65 Jahren deutlich besser schützt. Dieser Fortschritt wird jedoch immer noch nicht von der Gesundheitsbehörde anerkannt, einer administrativen Einrichtung (Haute Autorité de Santé), der es schon passiert ist, dass sie unwissenschaftlich war. Wegen der HAS wird der hochdosierte Impfstoff in Frankreich seltsamerweise weiterhin zum gleichen Preis wie die weniger wirksamen Standardimpfstoffe verkauft. Dadurch liegt sein Verkaufspreis unter den Produktionskosten. Aus diesem Grund hat der Hersteller beschlossen, den Vertrieb in Frankreich einzustellen: ein weiterer Schlag gegen die Kontinuität der Gesundheitsversorgung, wenn man bedenkt, dass herkömmliche Impfstoffe diese Kontinuität im Idealfall nicht gewährleisten.

V. ENTWICKLUNGEN : FOLGEN DER KONTINUITÄT DER VERSORGUNG (UND IHRER ABWESENHEIT)

A) DIE KONTINUITÄT DER PFLEGE IST AUCH FÜR DIE PFLEGEKRÄFTE GUT.

Vor zwei Jahren rettete mir ein Chirurg ohne zu zögern das Leben, weil er nicht voraussehen konnte, dass er Ihnen eines Tages einen endlosen Vortrag zumuten würde.

Nach der Operation kam er ganz spontan bei mir vorbei. Er war sichtlich in Eile und nahm sich nicht die Zeit, sich neben das Bett zu setzen oder den Motorradhelm, den er in der Hand hielt, abzusetzen. Er sagte nur: "Sir, es ist nicht nötig, dass ich Sie noch einmal sehe. Sie würden nur kommen, um mir zu sagen, dass es Ihnen gut geht...".

Zweifelloos war er zu Recht zufrieden, weil er einem alten Mann ein paar zusätzliche Lebensjahre verschafft hatte. Diese Zufriedenheit, die wir alle kennen, genügte ihm. Aber ich erlaube mir zu denken, dass unser eiliger Mann sich einer tiefen Befriedigung beraubt, indem er sich unbedacht verbietet, die Menschen, die er operiert hat, wiederzusehen: In einer Art Therapiehandbuch, das vor zweitausend Jahren verfasst wurde, heißt es: "Der Mensch

lebt nicht vom Brot allein". Das gilt auch für den Chirurgen: Er lebt nicht nur von runden und gekonnt durchgeführten Operationen. Sein Leben ist viel interessanter, wenn er sich auch die Möglichkeit einräumt, ein Stück des Weges mit Operierten zu gehen, die ihm nicht nur dankbar sind, sondern auch etwas von ihm lernen können.

Ja, unsere Kranken können uns etwas lehren. Aber das ist kaum möglich, wenn es keine Kontinuität in der Pflege gibt: Ohne Kontinuität ist die Beziehung flüchtig und bleibt wahrscheinlich oberflächlich. Wenn sie sich vertieft, bereichert sie uns. Vor allem ältere Patienten sind eine lebendige Bibliothek. Aber nicht bei der ersten Konsultation blättern sie die Seiten ihres Lebensbuches um und fügen ihre Gedanken hinzu. Mit ihren Geschichten lehren mich meine Kranken ein Stück universeller Menschheitsgeschichte.

Unsere Kranken machen uns ein unschätzbares Geschenk: eine lebenswerte Welt, wenn ich Paul Tournier glauben darf, der schrieb: *"Eine Welt, in der man leben kann, wäre meiner Meinung nach eine Welt, in der es einen echten Kontakt zwischen den Menschen gibt."* [\[12\]](#)

In diesem Sinne ist der Beruf des Arztes eine Chance. Claude Jacob sagte : *"Im Theater der Menschheit haben die Ärzte einen Orchestersessel"*. Es könnte sein, dass Krankenschwestern noch mehr Glück haben. Neben ihrer technischen Virtuosität sind sie auch Vertraute. Sie denken vielleicht, ich übertreibe, wenn ich von *"technischer Virtuosität"* spreche, aber das liegt daran, dass Sie nicht gesehen haben, wie eine Krankenschwester einen Gang entlang zu einem Kranken rennt, dessen Fistel stark blutet: Sie springt, sie fliegt, während sie im Vorbeigehen mit der einen Hand ein Paar Handschuhe, mit der anderen ein thermostatisches Produkt und mit der dritten eine Packung Kompressen ergreift. Innerhalb von Sekunden ist sie über den Patienten gebeugt und drückt die blutende Stelle zusammen. Die Leistung ist blendend. Sie ist eine Freude zu sehen. Deshalb teile ich sie mit Ihnen. Aber was unser Thema noch näher betrifft, ist, dass dieser fliegende weibliche James Bond eine Stunde zuvor für denselben Dialysepatienten auch eine Vertraute war. Wenn man am Morgen mehrmals zehn Minuten am Bett eines Dialysepatienten verbringt, spricht man miteinander.

Ich glaube, dass die menschliche Stärke vieler Krankenschwestern von diesem Dialog herrührt. Sie können sich glücklich schätzen, dass sie diesen Dialog haben. Ich habe mich einigen leistungsbesessenen Führungskräften widersetzt, die heimlich mit ihren Stoppuhren kamen, um genau zu messen, wie lange es dauert, einen Dialysepatienten anzuschließen und abzuschalten. Sie hätten sich gewünscht, dass die Krankenschwestern weniger "tote Zeit" am Krankenbett verbringen, und zwar mithilfe von Federklemmen, die die "verlorene" Zeit des manuellen Zusammendrückens der Fisteln hätten beseitigen können. Diese "verlorene" Zeit, die in Wirklichkeit Zeit für den Dialog ist, ist die Kontinuität der Pflege.

Bewahren wir diese Chance der zwischenmenschlichen Beziehung. In anderen Berufen ist sie bedroht. Die Telearbeit ist in meinen Augen eine solche Bedrohung.

B) MEDIZINISCHE WÜSTEN

Die Schwierigkeiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung haben einen bildhaften Namen erhalten: *"medizinische Wüsten"*. Es handelt sich um ein Phänomen, das sich unbestreitbar verschärft, da man es quantifizieren kann: Im Jahr 2024 wohnt ein Franzose im Durchschnitt 19 Minuten von einem Allgemeinmediziner und 13 Minuten von einem Apotheker entfernt. Aber wenn man auf dem Land lebt, liegen die Zahlen um 30 % über diesen Durchschnittswerten: Das wird langsam lang. Zu allem Überfluss kommt zu dieser Entfernung noch die Unmöglichkeit hinzu, einen Termin zu bekommen. Infolgedessen werden in diesen medizinischen Wüsten für nicht dringende Behandlungen viel häufiger die Notaufnahmen der Krankenhäuser in Anspruch genommen: +54 %.

Es ist ein Teufelskreis: Die mangelnde Kontinuität der Versorgung führt zu einer immer größeren Verschlechterung der Kontinuität der Versorgung!

C) «SUCHE VERZWEIFELT ARZT» (die abgewiesenen Kranken).

In Frankreich muss jede Person zwingend einen "behandelnden Arzt" wählen und ihn seiner Krankenkasse melden. Ist dies nicht der Fall, sind verschiedene Schritte nicht möglich, z. B. die administrative Anerkennung von sogenannten Langzeiterkrankungen.

Eine wachsende Zahl von Franzosen wird abgewiesen, wenn sie den nächstgelegenen Arzt bitten, ihr offizieller "behandelnder Arzt" zu sein, oft für sie selbst und ihre Kinder. Sie erhalten die Antwort: *"Ich will keine zusätzlichen Kranken mehr aufnehmen"*. So sind sie dazu verurteilt, bei jedem gesundheitlichen Problem einen Notdienst zu rufen, ganz gleich, ob es sich um ein fiebriges Kind, eine Grippe oder einen MS-Schub handelt: Situationen, in denen es absurd ist, immer wieder einen unbekanntem Notarzt aufzusuchen, der jedes Mal anders ist und zudem für diese für ihn zu banalen oder im Gegenteil zu spezialisierten Krankheitssituationen kaum ausgebildet ist.

D) TSUNAMI AUF DEN NOTAUFNAHMEN: DIE UNGEBREMSTE INANSPRUCHNAHME DER NOTAUFNAHMEN

Das Wachstum der Notaufnahmen ist beeindruckend. In einem durchschnittlichen Krankenhaus bestand eine Notaufnahme vor etwa 40 Jahren aus ein oder zwei Räumen. Sie funktionierte mit ein paar Boxen, einem Assistenzarzt für Medizin, einem Assistenzarzt für Chirurgie und keinem einzigen älteren Arzt. Nur wenige Patienten aus der Stadt klopfen an die Tür der Notaufnahme. Die meisten kamen erst, nachdem sie sich von ihrem Arzt beraten ließen.

Das hat sich in den letzten zwanzig oder dreißig Jahren geändert: Die unendlich vielen Kranken kommen, weil sie ihren Hausarzt nicht erreichen konnten oder weil dieser sich nicht um sie kümmern wollte. Die Notaufnahme des oben genannten mittelgroßen Krankenhauses verfügt nun über zehn Boxen (aber die Kranken drängen sich im Warteraum), fünfzehn Betten für Kurzzeitpflege (aber mehrere Kranke schlafen auf Tragen im Flur) und zwanzig Vollzeit-Notärzte (aber das reicht nicht: Die Hälfte der Notaufnahmen in Frankreich ist wegen Personalmangels geschlossen). Die Kontinuität der Versorgung liegt natürlich in Scherben: Wenn Sie eine Notaufnahme aufsuchen, ist der Arzt nicht nur ein Fremder, sondern er wechselt auch im Laufe der Stunden, die Sie in der Warteschleife verbringen.

Das ist schädlich: Eine aktuelle Studie [\[13\]](#) untersucht einen häufigen Grund für die Inanspruchnahme der Notaufnahme, der angesichts des Alters unserer Wirbel für die meisten von uns von Interesse sein dürfte: Wie behandelt man in der Notaufnahme am besten einen Patienten mit Rückenschmerzen?

Mit NSAR per os? NSAR lokal? Oder beides? Mir scheint, dass diese Studie nicht sehr hilfreich ist, denn laut einem Cochrane Review aus dem Jahr 2020 [\[14\]](#) wissen wir bereits, dass NSAR nur eine minimale Wirkung haben, die angesichts ihrer Nebenwirkungen wahrscheinlich nicht ausreicht. Aber das ist nicht unser Thema. Nützlich oder nicht, diese Studie wurde in [in Notaufnahmen](#) durchgeführt, und das ist es, was uns interessieren wird.

Die Hauptschlussfolgerung ist, dass p.o. NSAR nützlich sind (hm, Cochrane...), und dass topische NSAR nicht nützlich sind. Aber das ist eine Nebenschlussfolgerung, die unser Thema berührt: Die wichtigste "Behandlung" bleibt das Gespräch zwischen Arzt und Rückenschmerzpatient, ein Gespräch, in dessen Mittelpunkt die Beruhigung steht: Man muss den Rückenschmerzpatienten beruhigen, indem man erklärt, dass die Heilung eintritt, egal was man tut, indem man geduldig darauf hinweist, dass Bettruhe schädlich ist, und indem man auf "*psychosoziale Faktoren*" achtet. Mit anderen Worten: auf Ängste, das Familienleben, die beruflichen Belastungen, kurzum auf die Psyche und die Lebensqualität. Wie lässt sich das bei einem unbekanntem Arzt umsetzen?

VI. BEHANDLUNG

Seit vielen Jahren wird nach Lösungen gesucht, um das Defizit bei der Kontinuität der Versorgung einzudämmen. Hier einige dieser "therapeutischen" Versuche :

A) ERHÖHUNG DER ZAHL DER ÄRZTE UND PFLEGEKRÄFTE

In Frankreich wird die Zahl der Ärzte auf zwei Arten erhöht: durch die Vervielfachung der Zahl der Medizinstudenten und durch das Heranziehen von Ärzten aus dem Ausland.

| Anzahl der aktiven Ärzte, in Frankreich : | |
|--|--------------|
| 1968 | 59 000 Ärzte |
| 1979 | 112 066 |
| 1990 | 173 100 |
| 2000 | 194 000 |
| 2011 | 199 987 |
| 2023 | 230 200 |
| Anzahl der Ärzte mit ausländischem Diplom, in Frankreich : | |
| 1990 | 8 000 |
| 2002 | 10 000 |

| | |
|------|--------|
| 2007 | 17 000 |
| 2017 | 26 805 |

B) STEIGERUNG DER ATTRAKTIVITÄT DES PFLEGEBERUFS.

Was angestellte Ärzte und Krankenschwestern betrifft, so wurden die Gehälter in den letzten Jahren stark angehoben. Trotz dieser Erhöhung verlassen immer noch relativ viele Betroffene das öffentliche Krankenhaus: 32,8 % der Krankenhauspraktiker verlassen ihre Stelle aus einem anderen Grund als der Pensionierung [15]. Die schlechte Kontinuität der Versorgung ist also nicht auf nicht ausreichend attraktive Gehälter zurückzuführen, sondern auf die Schwere der Arbeit.

C) EINIGE MODISCHE REZEPTE AUS UNSEREM LAND :

Die Telekonsultation nimmt zu: Der Kranke tritt über ein Telefon und eine Kamera mit einer Medizinalperson in Kontakt. Manchmal kennt er diese Pflegekraft. Manchmal handelt es sich um einen Unbekannten, der Tausende von Kilometern entfernt ist.

Kurioserweise war die Telekonsultation bis vor wenigen Jahren noch verboten! Es war ein Kunstfehler, einen diagnostischen oder therapeutischen Rat per Telefon zu erteilen. Das wurde sanktioniert, vor allem, wenn man dafür bezahlt wurde. Nun wird die Telekonsultation nicht mehr verboten, sondern gefördert. In meinem Heimatdepartement Meuse, wo sich junge Ärzte nicht niederlassen wollen, werden jährlich etwa 1 600 Telekonsultationen durchgeführt [16].

In den Krankenhäusern herrscht Ärztemangel: 24 % der Vollzeitstellen für Ärzte sind nicht besetzt. Daher wird auf **Gelegenheitsärzte** zurückgegriffen, die offiziell als "Aushilfsärzte" und abwertend als "Söldnerärzte" bezeichnet werden. Im Durchschnitt kommen diese Aushilfsärzte für 3,6 Tage zum Arbeiten [17]. Die Gehälter sind teilweise extravagant: bis zu 2 700 € pro Tag. Im Jahr 2022 wurden 17.000 solcher Aushilfen benötigt.

Hinzu kommen etwas stabilere Ärzte, die "*vorübergehend*" per Vertrag eingestellt werden. Viele von ihnen wechseln von einem Jahr zum nächsten das Krankenhaus. Derzeit sind es 12.500 von rund 45.000 Krankenhausärzten. Diese unsicheren Ärzte sorgen dafür, dass die Kontinuität der Versorgung schlecht ist.

Der Ersatz durch flüchtige Ärzte ist keine Lösung: Er stellt ein zusätzliches Problem dar.

Gesundheitshäuser: Sie werden auf Kosten der Departements oder Gemeinden gebaut, um Ärzte anzuziehen.

Flugzeuge, um die ärztliche Tätigkeit abheben zu lassen: Wir haben früher von diesen Buschärzten gehört, die mit dem Flugzeug anreisen, um in einer abgelegenen Klinik zu behandeln. Typischerweise geschieht dies in einem unterversorgten Gebiet Afrikas; der Arzt ist ein Abenteurer, der sein kleines Flugzeug selbst steuert; er ist genauso geschickt darin, bei der Landung den Zusammenstoß mit einer Giraffe zu vermeiden, wie in der Hütte des Dorfvorstehers eine eingeklemmte Hernie zu operieren.

Nun, diese Luftmedizin wird heute wieder praktiziert, nur dass man keine Angst mehr vor Giraffen auf der Landebahn hat: Jeden Morgen startet in Dijon, der Stadt, in der ich wohne, ein kleines Flugzeug. An Bord befinden sich acht Ärzte des Krankenhauses von Dijon. Eine halbe Stunde später landen sie in Nevers. Nevers ist kein Dorf im Busch, sondern eine Präfektur mit 32 800 Einwohnern, die über ein modernes, gut ausgestattetes Krankenhaus verfügt... aber nicht ausreichend mit Ärzten besetzt ist. Um den Pflegebetrieb aufrechtzuerhalten, wurde kein anderer Weg gefunden als dieser surreale Luftpendelverkehr in einem entwickelten Land.

Fahrende Arztpraxen: Man richtet eine Arztpraxis in einem Lieferwagen ein. Man setzt einen Arzt und seinen Fahrer hinein. Diese Praxis auf Rädern fährt von Dorf zu Dorf, so wie früher die Lieferwagen der Bäcker.

Unter dem Gesichtspunkt der Kontinuität der Versorgung ist dies kein Erfolg. Aus Sicht der Qualität der Versorgung ist es vielleicht auch nicht besser: Es kommt vor, dass sich der Arzt als notdürftiger Pannenhelfer sieht: Er erneuert alte Rezepte, weigert sich aber, sich um neue Symptome zu kümmern.

Wiedereinführung der medizinischen Sklaverei in Frankreich: Dies ist derzeit nur ein Projekt. Er ist verblüffend, aber er ist ernst gemeint. Er macht deutlich, wie mangelhaft die Kontinuität der medizinischen Versorgung in einigen Teilen Frankreichs ist, in diesem Fall in der Bretagne: Guingamp ist eine bretonische Gemeinde mit 7000 Einwohnern, die ein Krankenhaus mit fast 300 Betten besitzt. In der Region mangelt es so sehr an Ärzten, dass sie die kubanische Botschaft um Hilfe bat. Havanna gab sofort seine Zustimmung, die zuverlässig war, da die Kubaner bereits Ärzte nach Italien geschickt hatten.

Es ist nämlich bekannt, dass der kubanische Staat eine weltweit einzigartige Spezialität hat: Er hat Zehntausende von Ärzten nur ausgebildet, um sie in Länder zu schicken, in denen es an Ärzten mangelt (derzeit sind es 50.000 in rund 60 Ländern). Dabei handelt es sich in der Regel um Länder der Dritten Welt und politisch dem Castroismus nahestehende Länder wie Angola, Brasilien, Südafrika, Venezuela und Haiti.

Diese Tausenden von Ärzten werden nicht alle gegen ihren Willen geschickt: Die meisten sind freiwillig, aus wirtschaftlichen Gründen. Doch sie haben keinerlei Rechte. 85 % ihres Gehalts werden konfisziert. Ihre Familien müssen zwangsläufig in Kuba bleiben, da sie als Geiseln dienen, um sich ihre Gefügigkeit zu sichern. Die kubanische Diktatur hat dieses System nicht aus humanitären Gründen geschaffen, sondern um Devisen zu beschaffen. Leider handelt es sich hierbei nicht um eine einfache Handelstransaktion. Die NGO *Prisoners Defenders* hat nach einer Untersuchung festgestellt, dass es sich um Sklaverei handelt. Sie ist der Ansicht, dass die erlittenen Zwänge der Definition von Sklaverei entsprechen, und hat beim Internationalen Strafgerichtshof Klage eingereicht [18].

Da das kubanische Regime über eine beträchtliche Anzahl von Ärzten verfügt (2018 arbeiteten 10 000 von ihnen allein in Brasilien), wollen gewählte Vertreter aus Guingamp auf diese barocke Lösung zurückgreifen, um ihre medizinische Wüste zu beheben. Die Kranken hätten endlich einen ärztlichen Ansprechpartner, aber man ahnt, dass dies keine Lösung wäre, die der Kontinuität der Versorgung förderlich wäre.

Europäische Solidarität bei Arzneimittelknappheit: Wenn in einem Land ein wichtiges Arzneimittel ausfällt und die Kontinuität der Versorgung sehr ernsthaft gefährdet ist, wird ein außergewöhnlicher Mechanismus in Gang gesetzt, der "*freiwillige europäische Solidaritätsmechanismus*". Es handelt sich um einen "*Nothilfemechanismus*".

Frankreich hat ihn nur ein einziges Mal in Anspruch genommen. Bei dem fehlenden Medikament handelte es sich um Methotrexat.

Der Mangel bedrohte das Leben von Patienten, die wegen Krebserkrankungen wie Osteosarkomen, Lymphomen usw. behandelt wurden. Zwei Länder verfügten über Methotrexatvorräte und waren "*freiwillig*" bereit, Frankreich auszuweichen: Slowenien und Großbritannien.

Ärztelisten für das Ausstellen von Totenscheinen: Dies ist eine technokratische Lösung, die man sich ausgedacht hat, um mit einer Diskontinuität in der Versorgung fertig zu werden, die anekdotisch erscheinen mag, mir aber als schrecklich unmenschlich erscheint.

Was ist das Problem? Wenn man krank ist, kann es schwierig sein, einen verfügbaren Arzt zu finden. Wenn man stirbt, kann es auch schwierig sein, einen Arzt zu finden, der den Totenschein unterschreibt, der verwaltungstechnisch unerlässlich ist, um die Beerdigung zu organisieren: Der behandelnde Arzt ist nicht erreichbar. Der diensthabende Arzt hat dringendere Dinge zu erledigen.

Dies hat zu schmerzhaften Situationen für die Familien geführt. Um diese besonders belastenden Situationen zu lösen, rekrutierten die Ärzte in meiner Region und die Verwaltung [19] 108 Ärzte, die sich bereit erklärten, unerwartet für diese Arbeit herangezogen zu werden.

Als ich als Vertretungsarzt für Allgemeinmedizin tätig war, lag es allen Ärzten am Herzen, diese letzte Pflicht bei den Kranken zu erfüllen, die sie bis zu ihrem Tod betreut hatten. Die 15 Minuten, die sie mit der Familie verbrachten, waren ein menschlich wesentlicher Moment. Es war so heilig, dass man üblicherweise die Bezahlung verweigerte. Heute bringt der Arzt, der kommt, um den Totenschein zu unterschreiben, wahrscheinlich Trost und leistet einen großen Dienst. Aber er ist ein völlig Unbekannter, und die Gebühr für seine Leistung zeigt eine andere Auffassung von Anstand: Sie beträgt das Dreifache einer normalen Konsultation plus Reisekosten.

VII. PROGNOSTIK

Für einen Kranken ist der Behandlungsweg eine Zickzackstraße, auf der allzu oft der Arzt hinter jeder Kurve wechselt. Diese Diskontinuität ist das neue Gesicht der Medizin: Wir haben viele Ursachen dafür unter die Lupe genommen.

Wenn man sie untersucht, sieht man kaum, wie es besser werden könnte. Daher der Titel dieses Vortrags: "*Requiem für die Kontinuität in der Pflege*".

VIII. SCHLUSSFOLGERUNG

Ist dies auch ein Requiem für die Medizin der Person?

Für Paul Tournier, wie in der Einleitung in Erinnerung gerufen, braucht die leidende Person den Arzt, der ihr zweierlei Hilfe leistet: therapeutische Kompetenz, in der Regel wissenschaftlicher Art, und menschliche Begleitung. Das kranke Organ braucht einen Reparateur, der verletzte Mensch braucht eine tröstende zwischenmenschliche Beziehung.

Woher kann dieser Trost kommen? Aus vier oder fünf Zutaten:

- Wohlwollen,
- Mitgefühl,
- Interesse an der Persönlichkeit, die man vor sich hat,
- Humor,

- Liebe, wenn man es wagt, dieses Wort zu verwenden.

Diese Zutaten haben es etwas schwer, zu entstehen, wenn die Behandlung diskontinuierlich und die Ärzte zeitweise tätig sind!

Das ist der aktuelle Trend: also, **Requiem !**

Aber nicht Requiem aeternum! Wie unsere Gespräche in Northampton zeigen, ist die Kontinuität in der Behandlung nach wie vor in vielen Praktiken verwurzelt. Ich bewundere, was ich bei der Dialyse sehe: Die Patienten, die wir über Jahre hinweg dreimal pro Woche behandeln, sind uns sehr vertraut. Die Beziehungen, die sie manchmal zu den Ärzten und oft auch zu den Krankenschwestern aufbauen, sind kontinuierlich und dauerhaft, bis zum Tod. Was für ein Glück!

[1] Otto R. Maarsingh: "The Wall of Evidence for Continuity of Care: How Many More Bricks Do We Need?", *The Annals of Family Medicine*, May 2024, 22 (3) 184-186; DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.3116>.

[2] Lebenserwartung in Frankreich:

"In Bezug auf die untersuchten Daten scheint Frankreich in Europa ein guter Schüler in Sachen Gesundheit zu sein. Zwischen 1990 und 2019 ist die Lebenserwartung in Frankreich von 77,2 Jahren auf 82,9 Jahre gestiegen. Damit liegt Frankreich in Europa an siebter Stelle, hinter Island, Italien und Spanien, aber vor Schweden, Deutschland und dem Vereinigten Königreich.

Die Leistung Frankreichs ist noch bemerkenswerter in Bezug auf die Lebenserwartung bei guter Gesundheit, die von 67 Jahren im Jahr 1990 auf 71,5 Jahre im Jahr 2019 gestiegen ist: Frankreich steht in Europa an vierter Stelle, wobei nur Island, Israel und Spanien bessere Ergebnisse erzielen als wir."

[3] Zahl aus dem Jahr 2013: 48 %.

[4] Anteil von 2008: mehr als ein Drittel.

[5] Der Begriff "kaukasisch" ist unscharf. In Frankreich bezeichnet er die Bevölkerung Europas, der Levante und Nordafrikas. In den USA bezeichnet er die Europäer.

[6] An normalen Tagen sterben in Frankreich 1700 Menschen pro Tag.

[7] Zeliha Chaffin, *Le Monde*, 27. Januar 2024.

[8] Im Jahr 2016: 10.590 neue Dialysepatienten. Im Jahr 2019: 11.437 neue Dialysepatienten.

[9] Nierentransplantationen im Jahr 2016 = 3.615, im Jahr 2018 = 3.567, im Jahr 2022 = 3.376, im Jahr 2023 = 3.525.

[10] Zeliha Chaffin, *Le Monde*, 27. Januar 2024.

[11] *Quotidien du Médecin*, 20. Juni 2024.

[12] Paul Tournier, *Guérir*, éditions Ouverture, Le Mont-sur-Lausanne, 1986.

[13] Khankhel N, Friedman BW, Baer J, et al. Topical Diclofenac Versus Oral Ibuprofen Versus Diclofenac + Ibuprofen for Emergency Department Patients With Acute Low Back Pain: A Randomized Study. *Ann Emerg Med*. 2024 Jun;83(6):542-551. doi: 10.1016/j.annemergmed.2024.01.037.

[14] Van der Gaag WH et al: Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020, 16. April; 4(4). doi: 10.1002/14651858.CD013581.

[15] CNG: https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/Synth%C3%A8se_PH_2022_VF.pdf

[16] Loan Tranthimy und François Petty, En quête de médecins, les départements jouent leur propre partition, *Le Quotidien du Médecin*, 21. Juni 2024.

[17] Arnaud Janin, Intérim médical, contrats courts: "des dérives préoccupantes et mal maîtrisées" pour la Cour des Comptes, *Le Quotidien du Médecin*, 3 juin 2024.

[18] Angéline Montoya, Klage vor dem Internationalen Gerichtshof wegen Sklaverei gegen Kuba, *Le Monde*, 15. Mai 2019.

[19] Die Einrichtung wurde in Burgund von der ARS, der Ärztekammer und der URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) mitgestaltet: François Petty, Rédaction de certificats de décès: l'URPS Bourgogne-Franche-Comté cherche des médecins volontaires, *Quotidien du Médecin*, 20. Juni 2024. Die Erstellung der Bescheinigung wird mit 100 € plus Kilometergeld vergütet.