

Verlorene Menschlichkeit: der Patient als Kunde

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Becker, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung

Niemand wird bestreiten, dass die Fortschritte der Medizin in den letzten Jahrzehnten eindrucksvoll sind: Antibiotika, bildgebende Verfahren, die den Menschen nahezu durchsichtig machen, Herzschrittmacher, die Ballondilatation, Bypass- und Klappenchirurgie, Defibrillatoren, die den plötzlichen Herztod verhindern, neue Medikamente. Bei vielen Krankheiten kann heute dem Patienten so erfolgreich geholfen werden, wie es in früheren Zeiten undenkbar war. Aber der Fortschritt hat Schattenseiten. Die Aufmerksamkeit der Ärzte gilt vor allem technischen Verfahren und Medikamenten mit komplexen Wirkungsmechanismen. Zugleich spielen wirtschaftliche Gesichtspunkte eine immer größere Rolle und beherrschen den Alltag in Krankenhäusern und bei den niedergelassenen Ärzten. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist kühler geworden. Aber immer noch ist jeder, der an einer Krankheit leidet, darauf angewiesen, dass der Arzt ihm zuhört und an seinem Schicksal Anteil nimmt. Doch dafür haben die Ärzte unter den heutigen Bedingungen zu wenig Zeit.

Patient als Kunde?

Ein Zeichen für die Abkühlung zwischenmenschlicher Beziehungen zeigt sich darin, dass Patienten häufiger als *Kunden* bezeichnet werden, seit die Betriebswirte die Führung in den Krankenhäusern übernommen haben – wenn sie nicht gar unverblümt von Patienten als *Umsatzträgern* sprechen. Was ist ein Kunde? Seit dem 16. Jahrhundert wird damit ein Mensch bezeichnet, der regelmäßig in einem Geschäft einkauft und von dem man hofft, dass er recht oft wiederkommt. Schon von daher passt das Wort *Kunde* für den Patienten nicht, denn alle Anstrengungen gehen dahin, ihm weitere Krankenhauseinweisungen und Eingriffe möglichst zu ersparen bzw. ihn zu heilen, so dass er nicht wiederkommen muss.

Vor allem aber lässt sich das Verhältnis des Patienten zu seinem Arzt nicht als Geschäftsbeziehung begreifen. Der Patient ist ein Leidender (lateinisch: *patiens*), ein Wort, das ebenfalls seit dem 16. Jahrhundert gebraucht wird. Der leidende Mensch erwartet von seinem Arzt etwas ganz anderes als eine Geschäftsbeziehung. Er möchte als Leidender ernst genommen werden. Er erwartet, dass seine Krankheit und seine Beschwerden geheilt oder gelindert werden, und er erwartet, dass der Arzt auf seine Probleme und Ängste eingeht. Diesen Erwartungen können die Ärzte heute immer weniger entsprechen. Vor allem der ökonomische Druck stellt erhebliche Hindernisse in den Weg.

Wenn die Ökonomie den Takt angibt

Wie der ökonomische Druck sich im Alltag von Krankenhäusern und bei niedergelassenen Ärzten auswirkt, wird schon seit vielen Jahren berichtet.

Beispiel 1: „Mit der Stoppuhr im Operationssaal. Krankenhäuser, Ärzte und Apotheken müssen effizienter werden – wer den richtigen Manager hat, kann die Produktivität um 30 % steigern.“ (Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung 30.11.2003)

Beispiel 2: „Der Ablauf im Krankenhaus ist ähnlich wie der eines Produktionsprozesses: Der Patient wird eingeliefert, diagnostiziert, behandelt und entlassen.“ (Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung 30.11.2003)

Beispiel 3: *Therapieren, aber dalli*, eine Reportage der *Zeit*, zeigt das Problem deutlich: Ein neuer kaufmännischer Direktor in einer großen Klinik bringt den Ärzten bei, dass sie von der Industrie lernen sollen. „Jeder Chefarzt hört die Frage: *Wo können Sie noch sparen?* Wie Klippschüler fühlen sich manche behandelt.“ Manche Ärzte gehen mit der Zeit. „Das Gesundheitswesen ist ein Markt, ein



Wirtschaftsfaktor. Die einen verkaufen Autos, wir machen Patienten gesund“, sagt der Chefarzt der Kardiologie. Und die Richtschnur? Die Kosten-Nutzen-Statistik. Anderen Ärzten ist „die Sprache des Geldes zuwider, wenn sie zur Sprache des Heilens wird. Weil Stellen gestrichen werden, der *Patientendurchfluss* aus Kostengründen aber steigen muss, bleibe zu wenig Zeit für die Bettlägerigen, berichten Pfleger und Schwestern.“ (*Die Zeit* 10.10.2002)

Wenn die Ökonomie den Takt angibt, ist es kein Wunder, dass sich die Patienten oft einem seelenlosen Betrieb ausgeliefert fühlen.

Um nicht missverstanden zu werden: Hier sollen nicht die Gesundheitsökonomien angeprangert werden. Sie werden dringend gebraucht, um die enormen Kosten unseres Gesundheitssystems mit den vorhandenen Mitteln in Einklang zu bringen. Es geht vielmehr darum, die Sprache und Denkweise aufzuzeigen, die den Bedürfnissen der Patienten nicht gerecht werden.

Eine Begleiterscheinung des ökonomischen Drucks ist die überbordende Bürokratie, in die alle Ärzte hineingezogen werden. Es gibt nichts, was nicht dokumentiert werden müsste. Statistik und Qualitätssicherung erfordern viele Stunden.

Aus wirtschaftlichen Gründen wurden die Liegezeiten im Krankenhaus gekürzt. Diese Verkürzung der Liegezeit wird als enormer Erfolg der Ökonomen gefeiert. Aber er bringt einen erheblichen Mehraufwand. Sind früher auf einer Station drei bis vier Patienten pro Tag entlassen worden, sind es heute bis zu zehn. Alle benötigen einen Kurzarztbrief und einen ausführlichen Bericht. Alle Patienten müssen kodiert werden. Für den Stationsarzt ist das ein unglaublicher Mehraufwand, der im Stellenplan nirgends berücksichtigt wird. Die Bürokratie belastet den Arzt mit über 50 Prozent seiner Arbeitszeit. Trotzdem wurden Arztstellen und Stellen für das Pflegepersonal gekürzt.

Zeit für die Ausbildung des Nachwuchses bleibt nicht mehr. Die Hälfte derer, die ein Medizinstudium



absolviert haben, wenden sich von diesem Beruf in Deutschland ab. Sie gehen in andere Berufe oder ins Ausland. Der Mangel an Ärzten ist jetzt schon in Ostdeutschland schmerzlich zu spüren.

Was sind die Folgen für den Patienten?

Aus den ökonomischen Zwängen ergeben sich folgende Probleme:

- unzureichende Gesprächsmöglichkeit
- Abfertigung der Patienten wie Frachtgut
- fehlende Berücksichtigung von besonderen Umständen bei der Diagnosefindung
- Schnellschussdiagnosen/-behandlung

Bernard Lown, der international bekannte amerikanische Kardiologe, sagt: „Heilen beginnt damit dem Patienten zuzuhören. Unter den Heilmitteln gibt es wenige, die mächtiger sind als ein sorgsam gewähltes Wort.“ Das können wir Ärzte wegen der ökonomischen Zwänge kaum mehr leisten.

Der Druck ist so groß, dass der Patient in alle zur Verfügung stehenden Apparate gesteckt wird, um nichts zu übersehen und um ihn schnellstmöglich wieder zu entlassen.

Der Schlüssel zur Diagnose liegt aber oft bei den Patienten selbst. Sie können uns helfen, den richtigen Weg einzuschlagen, wenn wir uns mit ihnen in Ruhe unterhalten.

Um ein Beispiel einer Schnellabfertigung aufzuzeigen, möchte ich von einem Patienten berichten, der mit der Diagnose „Unklare Schmerzen in der Wirbelsäule, CT unauffällig, MRT verweigert“ entlassen wurde. In einem Gespräch kam heraus, dass der Patient die MRT (Magnetresonanztomographie), bei der der Patient in einer geschlossenen Röhre untersucht wird, verweigerte, weil er unter starker Platzangst litt. Danach hatte niemand

gefragt. Nachdem die Platzangst bekannt war, konnte man ihm helfen und die MRT durchführen, die eine bedrohliche Wirbelsäulenentzündung (*nekrotisierende Discitis*) ergab. Das Problem konnte durch einen neurochirurgischen Eingriff behoben werden.

Ein Missstand ist auch, dass es in Folge des Zeitmangels immer wieder vorkommt, dass Patienten eine Diagnose erhalten, die sie nicht verstehen. Weil sie nicht wissen, was ihnen fehlt und was auf sie zukommt, haben sie Angst. „Mein Arzt hat mir gesagt, dass ich an einer *dilatativen Kardiomyopathie* leide. Leider hatte er keine Zeit mir zu erklären, was das ist und was das für meine Zukunft bedeutet.“ Oder: „Ich habe einen Herzschrittmacher erhalten. Jetzt habe ich Angst, dass das Herz stehenbleibt, wenn ein technischer Defekt auftritt. Leider blieb

nicht genug Zeit, meinen Arzt danach zu fragen.“ Die Herzstiftung erhält viele Briefe, aus denen hervorgeht, dass sich die Patienten nicht ausreichend informiert und allein gelassen fühlen.

Mehr Verständnis für den Patienten

Auch das Pflegepersonal in den Krankenhäusern ist überlastet. Das führt immer wieder dazu, dass der Patient das Gefühl hat, er sei lästig, er sei wie Frachtgut. Lassen Sie mich dazu einige Beispiele nennen:

Beispiel 1: Eine ältere, gehbehinderte Frau fragt auf der Station, wo sie ihren Mann finden könne. Antwort des Pflegepersonals: *Das weiß ich auch nicht*. Ein Schritt zum Telefon, um in der Zentrale nachzufragen, wo der Betreffende liegt, erfolgt nicht. Die Frau irrt weiter im Krankenhaus herum.

Beispiel 2: Wenn ein Patient nach 18:00 Uhr auf die Station kommt, hat er Pech gehabt. Zu essen gibt es nichts mehr. Wenn er notfallmäßig stationär aufgenommen wird und darum bittet, man möge sei-





ne Angehörigen informieren, bekommt er zur Antwort: *Dazu habe ich keine Zeit.* Die Benutzung seines Handys ist im Krankenhaus verboten. Eine Telefonanmeldung nach 18:00 Uhr ist in der Regel nicht mehr möglich.

Beispiel 3: Im ärztlichen Bereich sieht es ähnlich aus. Der Anästhesist, der am Abend vor der Operation mit dem Patienten spricht, ist am nächsten Morgen nicht mehr zu sehen. Das aufgebaute Vertrauen ist dahin. Den Operateur bekommt der Patient oft auch nicht zu Gesicht und zwar weder vor noch nach der Operation – was ihn tief verunsichert.

Beispiel 4: Auch bei der Organisation gibt es immer wieder Mängel. Das Abendbrot besteht meist aus einer Scheibe Brot, etwas Wurst oder Käse und Salat. Unter dem Teller ist ein Kühlakku, da das Essen schon um 12:00 Uhr fertig gemacht wird. Die Folge: Das Brot ist eisig kalt, die Wurst wellt sich vor Kälte und der Salat ist eingetrocknet. Man kann das nur essen, wenn man gesund ist.

Beispiel 5: Gehbehinderte Patienten werden vom zentralen Hol- und Bringdienst zur Untersuchung gefahren. Wenn der Patient Pech hat und erst nach Dienstschluss mit der Untersuchung fertig ist, wartet er Stunden, bis sich eine Schwester oder ein Arzt erbarmt, den Patienten auf die Station zurückzubringen.

Ich unterstelle mit diesen Beispielen keine bösen Absichten. Überall mangelt es an Personal. Bei allem Verständnis für das Wirtschaftlichkeitsdenken im Krankenhaus sind trotzdem Fürsorglichkeit und gute Umgangsformen unverzichtbar. Diese können aber nur gepflegt werden, wenn man das Arbeitsklima verbessert. Hier gibt es eine Menge zu tun, um dem Patienten den Aufenthalt im Krankenhaus angenehmer zu machen. Er sollte sich als Gast fühlen dürfen. Ein Krankenhaus ist eben kein Produktionsbetrieb.

Was ist zu tun?

Die Entscheidungsträger der Gesundheitsreform, die Politiker, Krankenkassen, Berufsverbände geben immer ein Lippenbekenntnis dazu ab, wie wichtig das Arzt-Patienten-Verhältnis ist. Aber sie haben in den letzten Jahren dieses Verhältnis im-

mer mehr belastet. Die Ärzte wurden zu Bestandsaufnahmen, zur Erarbeitung von Kontrollinstrumenten, zum Dokumentieren und Kodieren verpflichtet. Das frisst die Zeit auf, die sie für die Patienten brauchen. Sie mussten die administrativen Grundlagen für die Fallpauschalen (DRG, Diagnosis Related Groups) erarbeiten. Auch die DMPs, Disease Management-Programme, die angeblich zum Wohl chronisch kranker Menschen entwickelt wurden, fordern einen so hohen Dokumentationsaufwand, dass der Arzt seinen Blick hauptsächlich auf den Computer statt auf den Patienten richten muss.

Die Herzstiftung hat die Aufgabe, die Interessen der Patienten zu vertreten. Deshalb fordert sie, dass die Dokumentation scharf zurückgeschnitten und auf das notwendige Minimum beschränkt wird. Ein großer Teil der Dokumentation, die den Ärzten zugemutet wird, ist sowieso überflüssig. Außerdem lässt sich die Dokumentations- und Verwaltungsarbeit auf nichtärztliche Mitarbeiter umschichten, wie es die Schweiz erfolgreich praktiziert, die dafür Dokumentationsspezialisten ausbilden ließ.

Ärzte für Patienten und Entlastung an der Schreibtischfront ist deshalb die Forderung der Herzstiftung.

Ärzte müssen die Zeit haben, ihren Patienten zuzuhören und mit ihnen zu sprechen. Dann kann die verlorene Kunst des Heilens wieder entdeckt werden.

