



Katastrophe Krankenhaus

*Frontbericht aus dem deutschen Krankenhaus
von einem Honorar Arzt*

Röntgenbesprechung Montag kurz vor sieben: die digitalen Ziffern der Atomuhr sind an die Wand gebeamt. Um 07:00:00 stoppt der countdown. Es wird dunkel. Die Bildfolgen eines nativen Schädel CT erscheinen, vom Radiologen im knappstem Telegrammstil befundet.

Auf hartem Gestühl, reihenweise zur Wand hin ausgerichtet sitzen ca. 20 Ärzte. Die erste Reihe gehört den Chef- und Oberärzten. Jeder Eintreffende begrüßt sie nach einander mit Handschlag. Dispensiert von diesem Ritual sind nur Erkältete und Zuspätkommer. Hastig schließen sie die Tür zum neongrellen Gang, und huschen geduckt zu freien Stühlen.

Chronologisch dokumentieren endlose Bilder, was in Ambulanz und Klinik von Freitag Mittag bis gerade eben geröntgt wurde. Die frühe Stunde, das Dunkel des überheizten Raumes, mein schlapper Blutdruck, die staubtrockene Monotonie des Radiologen und die rasche Bildfolge erlauben mir nicht, die Befunde der neuen Patienten auf meiner Station zu erfassen. Zur Besprechung hatte ich die aktuelle Belegungsliste ausgedruckt.

Sie bleibt wie immer lückenhaft.

Endlich sind alle Bilder gezeigt. Die Wand wird himmelblau.

Alle blinzeln, das Neonlicht flammt auf. Der Radiologe verlässt grüßend den Raum, die Chefärzte machen mit ihren Stühlen front zu den Ärzten: nun tragen die Kollegen vor, die am Wochenende Dienst hatten.

Eine Dienstanweisung lautet: Jeder, der die Ambulanz aufsucht, wird aufgenommen.

Grund dafür ist nackte Ökonomie: die Klinik will ihren Umsatz steigern.

Die Kollegen spulen nun die schier endlose Prozession der Patienten noch monotoner und komprimierter ab als der Radiologe: Alter, Name, Diagnose, Station ggf. Verlegung nach... . Nächster.

Weit wortreicher wird ein altes Übel neu vorgetragen : wer ist eigentlich wofür zuständig. Die Kooperation in der Ambulanz ist notorisch miserabel. Grundsätzlich klebt alle Arbeit am Internisten. Schließt der eine Erkrankung auf seinem Fachgebiet aus und ruft einen Chirurgen, Neurologen oder Psychiater dazu, wollen diese Kollegen vorab die präzise Diagnose ihres Fachgebiets hören.

Dass sie gerufen werden um eben diese selber zu stellen, sehen sie selten ein.

Also erklären sie sich gar zu gerne für „nicht zuständig“.

Fast immer läuft das so bei Volltrunkenen: allenfalls näht der Chirurg noch schnell eine Platzwunde, bevor er dem Internisten alles Weitere überlässt. Während Hilfesuchende die Ambulanz fluten, muss der noch Absagen vom Neurologen und Psychiater hin nehmen, ehe er den schreienden, tobenden und oft wütend um sich Schlagenden gegen den Protest der Nachtschwester stationär aufnimmt. Den Rest der Nacht verfolgen ihn dann die Anrufe der Schwester, die den Berserker nicht bändigen kann.

So wieder geschehen diesen Sonntag zur morgenfrühen blauen Stunde.

„Ja, das muss ich bei der nächsten Leitungskonferenz regeln“, erklärt sonor der Chefarzt. Der Honorarkollege neben mir, seit Jahren regelmäßig im Hause, knufft mich feixend: „Das höre ich schon 2 Jahre. Das ändert sich nie. Deshalb schiebe ich hier keine Dienste.

Für dies Organisationschaos halte ich meinen Kopf nicht hin“.

Ich nicke - es ist in allen Kliniken dasselbe.

Endlich erreicht der dienstliche Rapport die aktuell in der Ambulanz Wartenden. Der Tagdienst wird sie versorgen. Doch der ist nicht zum Dienst erschienen: Kind krank. „Ein Stationsarzt übernimmt die Ambulanz, seine Arbeit macht der Stationskollege“, erklärt sonor der Chefarzt. Jeder weiß: er verschiebt das Chaos von der Ambulanz auf die Station. Egal, geht nicht anders.

Während der Mangel noch rationiert wird, beamt einer die Liste der heutigen Neuaufnahmen an die Wand. Es sind 19 Patienten einbestellt. Alle Betten sind belegt, entlassen wird keiner. Zuständig für diese Liste ist Niemand.

Was tun ?

Mathematisch werden die Zugänge den Stationen zugeteilt. Hauptsache, Ordnung im Chaos. Sonor lässt sich neuerlich der Chefarzt hören: „Für die Liste muss Einer verantwortlich sein. So geht das doch nicht“. Wieder knufft mich mein Nachbar.

Heute ist Montag und deshalb immer noch nicht Schluss: drei Kollegen sitzen in Zivil da. Alles Honorarärzte die diese Woche anfangen. Neben den Chef- und Oberärzten beschäftigt das Haus 8 Assistenzärzte, daneben sorgen ständig 6-12 Honorarärzte für reibungsfreien Betriebsablauf. Der Chefarzt bittet die neuen Kollegen sich rasch vorzustellen: sie stammen aus Albanien, Rumänien, und der Ukraine. Alle besitzen die deutsche Approbation.

Über der Klinik sollte die Europafahne wehen.

Die Neuen werden eingeteilt, dann leert sich der Raum.

Das wird auch Zeit. Genervt hatten die Chirurgen bereits mehrfach an die Tür gedonnert. Vor 15 Minuten sollte Ihre Besprechung bereits beginnen.

Die Allgemeine Innere Abteilung der Klinik ist subspezialisiert in Gastro-Enterologie und Kardiologie mit Herzkatheterplatz. Weitere Abteilungen sind Röntgen, Chirurgie, Urologie, Gynäkologie mit Geburtshilfe, Neurologie und Psychiatrie. Ich folge den gefliesten Gängen zur allgemeinen Inneren Station. Idealerweise betreuen dort drei Ärzte 35 Betten. Heute muss einer zusätzlich die Ambulanz versorgen. Das bedeutet für alle Betroffenen multitasking.

Genau das üben die Schwestern auf Station bereits. Seit letzter Woche müssen sie acht Schwerstpflegefälle zwischen 86 und 94 Jahren versorgen. Sechs wurden von Pflegeheimen zum Sterben in die Klinik verlegt. Ihre notariell beglaubigte Patientenverfügung lehnt jede lebensverlängernde Maßnahme ab. Sie in gewohnter Umgebung sterben zu lassen kostet das Heim Aufwand und Mühe. Heime sparen an beidem. Also werden Betroffene gegen ihren und den Willen der Angehörigen in die Klinik ausgelagert. Immer findet sich ein Arzt, der die Einweisung ausschreibt. Alternativ wird notfallmäßig verlegt: „man könne die Verantwortung nicht weiter übernehmen“. Diese ebenso häufige wie inhumane Praxis kann keine Klinik personell kompensieren.

Durch strengsten Sparkurs der Verwaltung ohnehin beständig in Unterzahl, katapultiert das aktuelle Chaos die Schwestern weit über ihre Belastungsgrenze hinaus.

Am brusthohen Tresen der ihren Arbeitsbereich abschirmt, quetscht sich eine dichte Traube von Menschen. Alle wollen dasselbe : sofortige und bitte recht zuvorkommende Bedienung. Jedes Wochenende werden regelmäßig bis zu dreißig Patienten notfallmäßig aufgenommen. Viele fühlen sich, kaum im Klinikbett, nahezu geheilt. Montags warten dann die Krankenakten derer, die sich bereits selbst entlassen haben, auf bürokratische Verdauung.

Manche wollen lieber vom Arzt persönlich entlassen werden. Der soll aber bitte sofort kommen, schließlich hat man schon länger auf ihn warten müssen. Deshalb fehlt jedes Verständnis, wenn der Entlassungsbrief nicht sofort zur Hand ist, oder gar noch Diagnostik betrieben werden soll. Auch mit großem Geschick lässt sich bei solcher Anspruchshaltung Streit nicht immer umgehen.

Ein solcher Patient ist Herr P.: er war Sonntag früh als Notfall mit unerträglichen Bauchschmerzen gekommen. Inzwischen fühlt er sich gesund.

Er will umgehend den Arzt sprechen, der ihn schnellstens entlassen soll .
Weitere vier bilden die Vorhut der Neuaufnahmen. Sie möchten dass ihre Untersuchungen heute noch beginnen. Deshalb sind sie extra früh gekommen. Hektisches Gedränge zur Aufnahme hatten sie nicht erwartet. Ihre Verwandten, die das Gepäck schleppen, auch nicht. Vom Arzt wollen sie schon mal Details über die geplante Diagnostik wissen. Und vor allem, wann Mutti/Vati/ Oma/Opa wieder entlassen wird.

Meistens beginnt die Stationsarbeit mit Durchsicht der aktuellen Labordaten und Untersuchungsbefunde. Neue Patienten untersuche ich noch einmal selber und sichte deren Vorbefunde, um Art und Umfang erforderlicher Diagnostik fest zu legen.

Heute ist aber nicht meistens.

Gut das jede Woche nur einen Montag hat denke ich, und gehe hinter den Tresen.

Während die davor Stehenden mich schmaläugig mustern bitte ich sie, ins Zimmer zu gehen bzw. sich auf das nahe stehende Sofa zu setzen. Unter Protest leert sich der Tresen.

Jetzt können die Schwestern ungestört arbeiten.

Notfälle melden sie heute nicht, also kann ich vordringlich Platz für die Zugänge schaffen. Ich suche mir die Befunde von Herrn P. hervor. Der arbeitslose Hartz IV Empfänger liegt im Einzelzimmer. Dort fläzt sich der dickleibige Mittzwanziger im quitschbunten Jogginganzug beim multitasking auf dem Bett: während die Arztserie im Frühprogramm flimmert, fingert er am Handy. Ein zweites liegt griffbereit.

Auf dem Nachttisch stapeln sich Chips und Schokolade, wohl aus dem Klinikshop. Die Begrüßung beweist Vollkaso-Mentalität. Den Blick starr zum Fernseher gerichtet pampst er : „Wieso ich denn jetzt erst käme, das ganze Wochenende (er meint 26Stunden) wäre grad mal „jemand“ zur Visite erschienen. Aber da habe er fest geschlafen. Er war schließlich müde vom durchfeiern. Macht Hunger. Gegen 03:00 dann: Döner am Bahnhof. Der sei ihm nicht wirklich bekommen, sicher Lebensmittelvergiftung: erbrechen, Bauchschmerzen, aber wie ! Lieber gleich ab in die Klinik, hätten die Kumpels auch gemeint. Hätte er gewusst dass sich hier keiner kümmert: nicht mal zu essen habt ihr was Vernünftiges !

Wann kann ich jetzt endlich gehen ? “

„Gegen ärztlichen Rat jederzeit,“ erkläre ich „ hier ist kein Gefängnis. Aber sind Sie nicht mit unerträglichen Schmerzen gekommen? Die sind bislang nicht abgeklärt. Im röntgen sieht man zwar keine freie Luft im Bauch, aber bislang weiß keiner, wie krank oder gesund Sie sind.“ Solche Sorgen plagen ich nicht : „ich merk doch, ob ich gesund bin oder nicht“, höre ich. Ungelenk unterschreibt er die Erklärung, dass er die Klinik gegen ärztlichen Rat verlässt. Wortlos stopft er seine Sachen in Plastiktüten und verschwindet. Die Tür bleibt offen.

Seinen Fall werde ich später zeitaufwendig bürokratisch bearbeiten müssen. Jetzt melde ich den Schwestern das freie Zimmer und erfahre, dass wir sofort einen 92 Jährigen von der Psychiatrie übernehmen sollen. Das hat der Oberarzt gerade telefonisch angeordnet .

Der demente Mann soll Lungenentzündung haben. Die behandelt man mit Tabletten. Das können Psychiater angeblich nicht. Ist das zu verstehen ? Ich soll hier aber nicht denken sondern funktionieren. Vielleicht kann Kaffee meinen Ärger besänftigen.

Eben stehe ich in der Küche, da höre ich ein Bett über den Flur rumpeln: der Zugang ist da. Das ging ja flott.

Kurz danach hastet Schwester Nadine in die Küche. Blass flüstert sie: „ Herr Doktor, sehen sie bitte schnell nach dem Zugang“. Ich stelle die Tasse ab, und folge ihr zum Patienten.

Der bläulich marmorierte 92 Jährige ist unverkennbar verstorben.

Ich kann es nicht fassen. Die Schwestern, die den Toten verlegt hatten, sind verschwunden.

Ich rufe entsetzt und empört der zuständigen Psychiater an. Der erscheint, kann aber nicht erklären, wie so etwas möglich ist. „... viel los heute...“ murmelt er und verspricht, den Toten

abholen zu lassen, und dessen Angehörige zu informieren. Dann rücken die Psychiatrie-Schwestern wieder an. Nadine kennt Beide als erfahren und zuverlässig. Ihr bleibt dieser Vorfall völlig rätselhaft.

Sie begreift ihn als bedauerlichen Ausrutscher, nicht als Symptom. Das dahinter wirkende System erkennt sie nicht: ständige Überlastung bewirkt bei Menschen, dass sie zwar immer besser funktionieren, dafür aber immer weniger wahr nehmen was sie tun. Menschliche Medizin braucht teilnehmendes Mitgefühl, Funktion distanziert. Je imperativer die ökonomische Fuchtel dominiert, desto inhumaner wird Medizin. Patienten sind keine Kunden, Gesundheit keine Ware, Ärzte und Schwestern kein Service-Personal, Kliniken keine Reparaturbetriebe. Soll ein Gesundheitssystem Gewinn erbringen, muss es funktionell sein. Medizin als zwischenmenschliche Beziehung wird dabei versachlicht. Profit für Wenige macht Alle zu Opfern. Interessanterweise wird die unerbittliche Kälte dieser Entwicklung allgemein ignoriert. Lieber attackieren Ärzte, Schwestern und Patienten einander wechselseitig, als gemeinsam die dafür verantwortliche Politik.

Solche Gedanken humpeln hinter der Realität her, und schaffen keinen Platz für Zugänge. Potentiell kann ich drei Patienten entlassen, macht mit Herrn P. vier. Damit bekämen alle Anwesenden ein Bett. Die weiteren Zugänge versorgt die Kollegin. Nacheinander begrüße ich meine drei Kandidaten, alte bis sehr alte Damen und klassische Stammkundschaft. Wird eine ihrer zahlreichen Krankheiten ärger, kommen sie sofort. Jede verbringt jedes Jahr Wochen in der Klinik. Jedes Mal wird ihre Liegezeit länger, und sie selbst ein bisschen weniger. Allen schwant wie das enden wird, und freuen sich über die unerwartete Entlassung. Während die Schwestern die Heimtransporte organisieren, informiere ich die Hausärzte telefonisch über den Stand der Dinge, erstelle ihre Medikamentenlisten und drucke sie aus. Drei umfängliche Briefe zu diktieren, und sie nach dem Tippen zu korrigieren dauert endlos: die Bürokratie muss bis zum Abend warten.

Jetzt schreit die Stationsroutine nach mir: etliche Patienten sind für ihre Untersuchungen (Magen-Darmspiegelung/CT) nicht aufgeklärt. Blutentnahmen warten, venöse Zugänge sind anzulegen und Blutkonserven anzuhängen. Beim Aufklärungsgespräch läuft ohne Brille und Hörgerät gar nichts, beide werden umständlich überall gesucht. Auf Zeitdruck reagieren alte Menschen noch langsamer, also muss ich äußerst gelassen wirken. Auch Blutentnahmen an fleischig gepolsterten Armen brauchen Engelsgeduld. [.. teure (Honorar-)Ärzte nehmen zeitintensiv Blut ab, wo die Verwaltung doch so gerne Geld spart ..] Endlich sind die Transfusionen dran. Zuerst Aufklärung (Brille/Hörgerät suchen), körperliche Untersuchung mit detaillierter Dokumentation, Ort, Datum, Uhrzeit, Stempel, Unterschrift, und obligater beside Test. Vor und nach der Transfusion fordert der Gott der Bürokratie seitenlange Opfer.

Unablässig unterbrechen mich Anrufe von Kollegen, Rückfragen der Funktionsabteilungen, Anordnungen der Oberärztin. Dann bleibt der verdutzte Patienten allein, und ich haste zum PC im Arztzimmer, um präzise Infos zu liefern, oder neue Untersuchungen einzuspeisen. Unnötig zu erwähnen, dass in solchen Situationen der PC entweder von Kollegen genutzt, upgedated wird oder abstürzt. Auch von den Schwestern kommen die Zwischenfragen hageldicht. Da soll mal einer sagen, dass der Alltag nicht spannend ist.

Und jetzt zügig zu den Zugängen, deren Nerven schon blitzblank liegen. Sobald sie mich sehen tönt ihre vielstimmige Frage: „Haben Sie mich vergessen, wann bin ich endlich dran“ jedes Mal schriller.

Es sind alles betagte Frauen, begleitet von Verwandten. Keine wirkt akut krank auf mich, deshalb nehme ich sie in alphabetischer Reihenfolge auf.

Zuerst stelle ich mich Allen vor, entschuldige die Verzögerung und fordere zu Fragen auf, damit die Verwandten heim gehen können. Während die Krankentransporteurinnen hinter mir die erste frisch Entlassene auf ihre Trage schnallen wollen die Meisten wissen, wann die Untersuchungen beginnen - und wann mit Entlassung zu rechnen ist. Ich weise freundlich auf das uns umgebende Chaos hin, und formuliere eine sachlich vage aber atmosphärisch warme Antwort. Die sitzt. Die Verwandten verabschieden sich wie vor einer Weltreise, und verlassen winkend die Station.

Ich begrüße die äußerst beleibte 83jährige Frau D., wir gehen ins Untersuchungszimmer. Die Witwe lebt allein, vier Treppen hoch. Unten wohnen die Kinder, die nach ihr schauen. Letztmalig lag sie vor 12 Wochen hier, diesmal kommt sie wegen Luftnot. Die Blickdiagnose klärt: Rechtsherzschwäche hat Unter- und Oberschenkel unförmig anschwellen lassen. Ihr Medikamentenplan enthält hochdosiert Entwässerungsmittel. Auf meine Frage erklärt sie zögernd: „wenn ich die nehme muss ich nachts immer raus“. Also lässt sie die weg und schläft durch. Nun schwellen die Beine an, sie muss keuchen. Ich erkläre ihr den Zusammenhang. Der ist ihr völlig neu. Auf Nachfrage höre ich, dass ihr Hausarzt sie weder untersucht noch überprüft hat, welche Tabletten sie nimmt. Als die Luftnot ärger wurde, habe er den Kopf gewiegt und sie „zu Ihrer eigenen Sicherheit“ eingewiesen. Käme das nicht so häufig vor - ich glaubte es nicht.

Jetzt sind noch büschelweise Dokumente für die Verwaltung und Anordnungen für die Schwestern auszufüllen, und die geplante Diagnostik dem PC einzuspeisen. Zum dritten Mal dies Jahr spult hier das umfangreiche Programm der Herzdiagnostik ab. Alle freuen sich: die Klinik macht Umsatz, Frau D. wird untersucht, ihre Verwandten entlastet, der Hausarzt spart Zeit und macht trotzdem keinen Fehler. Und die Krankenkasse zahlt Alles.

Die Nächste ist Frau H., eine muntere, schlanke und vitale 79Jährige. Abklärung nächtlicher Tachycardien steht auf der Einweisung. Sie lag vor Jahren schon einmal hier, und wurde nach medikamentöser Einstellung beschwerdefrei entlassen. In letzter Zeit wacht sie nachts öfter mal mit oder wegen Herzrasen auf. Sonst geht es ihr gut. „Wie lange muss ich bleiben?“ ist die erste Frage. Angst wegen ihres Herzens hat sie nicht, eher ihr Hausarzt. „Da muss man sehr vorsichtig sein, gehen Sie damit lieber in die Klinik“ befand er kurz, und wies sie ein. Im weiteren Verlauf erfahre ich, dass sie seit einigen Monaten nur noch die Hälfte ihrer Antiarrhythmika nimmt. Sie verabscheut Tabletten und wollte mal sehen, ob sie mit weniger auskommt. „Warum hat mich mein Arzt denn nicht nach den Tabletten gefragt?“ will sie von mir wissen. Das wüsste ich auch gerne. Ich arbeite die übliche Bürokratie ab, und bereite Frau H. auf die komplette Herzdiagnostik vor. „Wenn ich schon mal hier bin, geht das wohl nicht anders“ meint sie resigniert „Hauptsache ist aber, in bin ganz schnell wieder draußen“.

Heute bereits die zweite Patientin, die wegen mangelhafter compliance eingewiesen wird. Tabletten werden im höheren Alter immer unzuverlässiger genommen, weshalb der Hausarzt bei symptomatischer Verschlechterung des Patienten hier zuallererst kontrollieren sollte.

Als ich zu Frau W. gehe, kreuzt Schwester Violetta meinen Weg., „Wissen Sie eigentlich wie spät es ist?“ fragt sie mich „Wann machen Sie denn heute Visite – wir haben gleich halb zwölf!“ „Sorry, ich werd’ mich später klonen lassen“ rutsch mir es raus „wenn Frau W. aufgenommen ist fangen wir an, OK?“ Violetta nickt grinsend.

Ihr mächtiges Übergewicht schiebt die 84 jährige Frau W. erstaunlich flott voran. Allein bewältigt sie den Haushalt für sich und ihren Mann. Seit Jahren plagt sie immer mal wieder

der Magen. Keines der zahlreichen Mittel vom Hausarzt hat geholfen, nun hat er sie zur Magenspiegelung eingewiesen. Das ist ihr gar nicht recht, denn ihr behinderter Mann braucht ihre Hilfe. Der früheste ambulante Termin wäre erst in 4 Wochen verfügbar, und da hatte ihr Arzt hätte plötzlich Druck gemacht : „kann ja auch mal was Schlimmes sein, ich weise Sie lieber ein“ hatte er ihr erklärt. „Versteh’ ich gar nicht, all die Jahre hat er doch nie was gemacht. Meinen Sie denn auch das ist jetzt was Ernstes?“ will sie von mir wissen. „Das werden wir schon sehen“ meine ich „jedenfalls zeigen Sie keine Symptome dafür.“ „Glauben Sie, ich bin morgen wieder draußen – so lange dauert das hier doch nicht, oder? Ich Sorge mich so um meinen Mann. Ohne mich kommt der einfach nicht zurecht!“ Ich versichere mein Bestes zu tun, und widme mich dem üblichen bürokratischen Marathon.

Solche Situation regelt seit letzter Woche eine Dienstanweisung, vom Chefarzt selbst im Konferenzraum verkündet, in dem zuvor die Verwaltung getagt hatte. Für jeden sichtbar stand ein großes Tryptichon mitten im Raum: auf schwefelgelbem Grund arbeitet ein riesiges Räderwerk, das sich metallgrau verzahnt und an „Moderne Zeiten“ von Charly Chaplin erinnert. Darüber steht rostrot: „Der Arzt, ein wichtiges Rad im Gesundheitsbetrieb“. Ich staunte wie ungeschminkt die Verwaltung ihre mechanische Auffassung von Arzt und Medizin demonstriert. Der Chefarzt rapportierte: „zunehmend lassen GKV-Versicherte Endoskopien stationär durchführen, um Wartezeiten im ambulanten Bereich zu umgehen. Um sicher zu stellen, dass die Kassen die deutlich teurere stationäre Untersuchung auch erstatten, muss diese im Entlassungsbrief explizit begründet werden. Zum Beispiel durch den besonders schlechten Zustand des Betroffenen. Das ist ab sofort umzusetzen. Ende der Sitzung.“ Anders formuliert: der Kliniker verbiegt Befunde so, dass der Klinik kein Geld entgeht. Hauptsache keiner merkt was, und die Krankenkassen bleiben liquide.

Nun ist endlich Zeit für die Visite, gehe Violetta suchen. Der Flur ist nur im Slalom passierbar: Betten, hochgetürmte Wäsche-, Essens- und Getränkewagen sind alle zugleich unterwegs. Violetta wäscht und bettet gerade einen der Pflegefälle neu, der sich heute schon zum zweiten Mal von oben bis unten eingekotet hat. Dauer Durchfall. Ich sage ihr zu die Visite allein zu machen, hole mir den Aktenwagen und schiebe los. Immer kürzere Liegezeiten erzwingen maximale Diagnostik in minimaler Zeit. Deshalb sind viele Patienten unablässig unterwegs. Wenige gehen selbst zur Untersuchung, die Mehrzahl wird von den Schwestern im Bett oder Rollstuhl hin und her geschoben. So sind einige Patienten bei der Visite gar nicht da. Sie bestürmen dann den Arzt, sobald sie ihn auf dem Flur sichten, mit Fragen nach dem aktuellen Stand ihrer Befunde. Heute befassen sich die Patienten während der Visite mit ihrem Mittagessen. Das hat eindeutig Vorrang, und so komme ich zügig voran. Die kauenden und schluckenden Patienten wissen genau, dass sie mich irgendwann später auf dem Gang sehen. Oder sie werden mich extra rufen lassen. Dann muss ich ihnen all das ausführlich erklären, was ihnen jetzt entgeht. Häufigste und wichtigste aller Frage ist stereotyp: „wann werde ich entlassen?“

Ein quantitativ stabiler, individuell wechselnder Teil von ca. zwanzig Prozent aller Patienten fragt nie etwas. Sie wurden aus Alten- oder Pflegeheimen hierher verlegt. Sie liegen einfach so vor sich hin, ohne Kontakt mit ihrer Umgebung. Einige sind still, einige stöhnen ohne erkennbare Ursache, einige schimpfen ordinär oder brüllen entsetzliche Wut heraus, als ob sie bis aufs Blut gereizt würden. Sie reagieren auf keine Ansprache, sie medikamentös ruhig zu stellen bleibt erfolglos. Wie es in ihnen aussieht weiß niemand. Ihr Zustand quält ihre Angehörigen, ihr Schreien ängstigt und stört die Mitpatienten. Sie zu füttern, waschen, betten und pflegen belastet die Schwestern unerträglich. Sie zu behandeln bleibt ohne Perspektive, sie zu verlegen nahezu unmöglich. Keiner kann sie länger ertragen, keiner fühlt sich zuständig, jeder will sie los werden. Das beständig ausufernde, primär soziale Symptom einer

überalterten Gesellschaft. Dazu kommen noch jene, welche bis dato zuhause betreut und nun eingewiesen wurden, weil ihre Familie völlig überfordert ist. Jetzt muss die Klinik alle weitere Versorgung regeln. Solange die ursächlich sozialen Bedingungen politisch ignoriert werden, erscheinen hiervon Betroffene als medizinische Problemfälle. Eine humane Katastrophe für Alte und Kranke, ein ökonomischer Alptraum für das Sozialwesen, ein politisches Desaster für unsere Gesellschaft .

Das nächste und letzte Zimmer das ich betreue ist ein Einzelzimmer. Vor Stunden wurde Frau R. hier einquartiert. Mit 3,8 Promille und gelalltem Wunsch zum Entzug kam sie gegen drei Uhr früh in die Notaufnahme getorkelt. Sie ist im Hause bekannt. Jeder neue Aufenthalt löst bei Ärzten und Schwestern Entsetzen aus. Frau R. zählt 38 Jahre, sieht aus wie 68, und ist fadendürr. Als Expertin für Alkoholentzug hat die zweistellige Summe ihrer Aufenthalte sie gelehrt, vertrauensbildenden Erstkontakt zum Stationsarzt zu suchen. Zwischen teigig geschwollenen Lidern blinzeln mich ihre verschwommenen Augen lichtscheu an, mit rauchgebeizter Stimme stellt sie sich und ihren Entschluss treuherzig vor. „ Herr Doktor, diesmal schaff’ ich das echt, versprochen “. Ihre zittrige, schweißnasse Hand sucht die meine. „ darf ich nächstes Wochenende nach Hause, bitte. Mein Partner macht Party, sein Vierzigster !“ höre ich dann. Ich setze an ihr die Regeln für den Alkoholentzug zu erklären, deren Übertretung sofortige Entlassung bedeutet, doch sie winkt ab: „Kenn ich alle, Herr Doktor. Versprochen, ich halt’ mich dran. Ich will doch gesund werden. Jetzt muss ich mal eben Zigaretten holen.“ Sie dreht sich unsicher um, und schwankt zur Tür. Der Kiosk in der Eingangshalle des Krankenhauses hält all das vor, was sie braucht. Sie täuscht mich nicht : nüchtern wird sie zur Furie. Vorher muss ich sie unbedingt in ein Landeskrankenhaus verlegen. Das hätte der Ambulanzkollege gleich tun sollen statt sie aufzunehmen, ärgere ich mich. Innerlich leiste ich ihm sofort Abbitte, sobald mir seine verzweifelte Überlastung bewusst wird. In blanker Notwehr hat er den Weg des geringsten Widerstandes gewählt. Der wird im Hause am häufigsten beschritten, deshalb kommen Alle nicht mehr voran. Die wenigen Engagierten merken schnell, dass ihnen immer mehr aufgelastet wird, und erlahmen bald. Oder gehen.

Uff. Ich schiebe den Visitenwagen zurück zum Schwesternzimmer. Jetzt ist Schichtwechsel, die Schwestern sitzen zur Übergabe in der Küche. Die ärztliche Mittagsbesprechung hat schon begonnen. Seit sieben Uhr habe ich nur ein paar Schluck Kaffee getrunken. Ich fühle mich s gleichzeitig chlappt und unter Hochspannung. Wenn jetzt noch jemand was von mir will, schreie ich los, spüre ich. Wie eine Tretmine kann ich hier nicht herum laufen. Ich schalte den Piper ab und atme solange tief ein und aus, bis meine innere Distanz zur äußeren Belastung wächst, und ich mich leidlich harmonisiert fühle.

Die heutigen Röntgenbilder stationärer Patienten werden bereits gezeigt, als ich Platz nehme. Der Arzt formuliert seine klinische Fragestellung, der Radiologe erklärt die Bildmorphologie. Sich daraus ergebende therapeutische Konsequenzen werden knapp kommuniziert. Der Diensthabende wird über freie Betten und aktuelle Problempatienten informiert. Ende. Zurück zur Station.

Die halbe Stunde Abwesenheit hat meine Ablage mit Befunden, Anfragen des Sozialdienstes, und mangelhaft ausgefüllten Verwaltungsdokumenten, die nun umgehend zu komplettieren sind, randvoll gefüllt. Dazu finde ich von extern angeforderte Vorbefunde, Entlassungsbriefe früherer Krankenhausaufenthalte, Anfragen von Krankenkassen und eine Liste mit Telefonnummern von Angehörigen, die dringend meinen Rückruf erwarten.

Das Fundament bildet eine pfundschwere Krankenakte, die einen Notizzettel mit der Krakelklaue des Chefarztes trägt. Ich soll sie umgehend gründlichst prüfen. Es eilt: es geht um den Aufenthalt von Frau R., deren Tochter die Klinik verklagen will. Das hat mir heute gerade noch gefehlt.

Bevor ich vor Hunger umfalle, beiße ich lustlos in mein Frühstücksbrot. Dabei unterbricht mich der Anruf eines Angehörigen, der meinen Rückruf nicht erwarten mochte. Alle Auskünfte über Patienten brauchen deren erklärtes Einverständnis. Eigentlich sind sie telefonisch undurchführbar, denn die Identität des Anrufers bleibt stets undeutlich. Folglich produziert jeder Anruf Stress: verweigere ich die Auskunft mit Hinweis auf die Rechtslage, reagieren die Anrufer empört. Alternativ muss ich die ärztliche Schweigepflicht verletzen. Selten gelingt es so ein Gespräch zu führen, ohne am Ende beschimpft zu werden. Bei allem Verständnis für die Situation der Angehörigen wächst sich deren zunehmend fordernde Anspruchshaltung mit teilweise ordinären Umgangsformen zur ernsthaften Belastung aus. Es gibt natürlich auch höfliche und verständnisvolle Angehörige. Das Wohlbehagen, das solche Gespräche erzeugen, hält lange vor. Heute ist aber immer noch Montag, und die Dissonanzen häufen sich. Mehr als vier Telefonate ertrage ich jetzt nicht, und wende mich dafür dem Abbau der Bürokratie zu. Diese trübe Tätigkeit unterbricht Herr F., der nach kurzem Klopfen unaufgefordert im Arztzimmer steht. Dort bin ich gerade allein, üblicherweise dient es drei Kollegen und zwei Ärzten im Praktikum. Er freut sich mich zu sehen. Er fühlt sich angenommen, und hat mir in früheren Gesprächen vertrauliche Interna seines Familienlebens enthüllt. Seinem knapp fünfzigjährigen Sohn hat er letztes Jahr finanziell aus der Patsche geholfen, indem er ihm seine Altersrücklagen geliehen hat. Jetzt hat der Sohn jeden Kontakt abgebrochen, und den einzigen Enkel dürfen sie nicht sehen. Der überwältigende Kummer hat die Eheleute verstummen lassen, nun spielen sie sich wechselseitig „heile Welt“ vor. Vor 10 Tagen hat der Hausarzt, in Unkenntnis der familiären Dynamik, Frau F. wegen Gewichtsverlust, Bauchschmerzen, ständiger Übelkeit und Erbrechen mit Verdacht auf Krebs eingewiesen. Dass seine Frau in der Klinik liegt empfindet Herr F. zwiespältig: ihre rundum Versorgung fällt weg, auch muss er sich nicht mehr den ganzen Tag verstellen. Doch seine Angst vor ihrem Verlust belastet ihn ungleich stärker, und zum Sprechen hat er keinen. So hat es ihn sehr erleichtert, als ich ihn auf Zusammenhänge zwischen Kummer - der stumm bleiben muss - und den vegetativen Symptomen seiner Frau aufmerksam gemacht hatte. Inzwischen ist die umfangreiche Diagnostik abgeschlossen, und er möchte die Befunde erfahren. Weder endoskopisch noch laborchemisch oder röntgenologisch ist Frau F. belastet. Ihre Symptome sind Ausdruck des Kummers, für den wir jetzt Lösungswege besprechen. Warum der Hausarzt ihnen Krebsangst gemacht hat statt bei ihren Problemen zu helfen, will Herr F. wissen. Das hatte seine Frau mich schon gefragt. Ich selbst frage mich das auch ständig, denn geschätzte zwanzig Prozent aller Einweisungen erfolgen wegen Symptomen, die sich durch einfühlsame Gespräche erklären und lösen ließen. Herr F. bedankt sich überschwänglich. Seine Frau wird morgen entlassen.

Wie die F's haben viele, gerade ältere Menschen nie gelernt, Gefühle zu akzeptieren und zu verbalisieren. Werden sie langfristig unterdrückt, können sie sich belastungsabhängig in vegetativen Symptomen wie Herzbeschwerden, Kribbelgefühlen, Magenschmerzen, Luftnot, Sehstörungen, Schwindelattacken, Übelkeit etc. Ausdruck suchen. Gerade die körperlich wirksame Dynamik individueller biografischer Belastung beobachten Hausärzte an ihren Patienten weit klarer als ein beliebiger Klinikarzt. Die sorgfältige Untersuchung und das persönliche Gespräch helfen aufzudecken, ob eher psychosomatische Beschwerden oder eine organische Störung vorliegt. Scheuen Hausärzte diese Mühe weisen sie einfach ein. Oft verlassen solche Patienten dann ohne nachweisbare Erkrankung das Krankenhaus. Fixiert

auf ihre Symptome bleiben sie überzeugt, trotz aufwändiger apparativer Diagnostik krank zu sein. Gerade weil sie keinen organischen Befund finden konnten, misstrauen sie den Ärzten. Ihr „ich bilde mir das doch nicht ein“, blockiert jeden Versuch, das Zusammenspiel von Körper und Seele zu verstehen. Tragischerweise bleiben sie so Opfer ihrer Ängste und Symptome, die sie immer wieder ins Krankenhaus treiben. Ein perpetuum mobile namens Drehtüreffekt .

Wie der Arztberuf erfüllt wenn der Mensch im Mittelpunkt steht, zeigt mir mein hoher Energiepegel nach der Begegnung mit Herrn F. Er lässt mich die lästige Bürokratie locker nehmen, auch zahlreiche Unterbrechungen durch die Schwestern bewältige ich gelassen. Ohne Klopfen steht die nette Sozialarbeiterin im Zimmer. Das macht sie immer so, und dass ist auch völlig in Ordnung. Ihr offenes Wesen ist mir stets willkommen, und im direkten Dialog lösen wir zügig das jeweils aktuelle Problem. Das ist heute Frau H. Sie liegt mit ihren über 175kg seit drei Wochen stramm in einem der drei klinkeigenen Spezialbetten für XXL-Patienten, und jammert laut und leise über ihren wandernden Ganzkörperschmerz. Ein kolossaler Pflegefall. Sie bekommt Morphintabletten, schläft, futtert und sieht fern. Sie bewegt nur ihre Kaumuskeln. Das war zuhause nicht anders, weshalb die genervte Tochter den Hausarzt bedrängt hatte, sie einzuweisen. Eine Diagnose war schnell zur Hand, denn Frau H. ist multimorbid. Da er sie regelmäßig einweist, und sie bereits in allen umliegenden Kliniken gelegen hat, waren wir diesmal dran. Ihr Zustand zeigt eine medizinische Sackgasse. Das weiß die Tochter ebenso gut wie der Hausarzt. Dennoch hatte sie mir telefonisch die absurde Frage gestellt, wann wir die Mutter denn zu operieren gedächten, um sie wieder so fit zu machen wie früher. Erst nach langem Gefeilsche gab sie zu, dass sie selbst nicht mehr daran glaube, die Mutter jemals wieder stehen zu sehen. Wir hatten vereinbart sie vor der Entlassung zu informieren. Letzten Freitag wurde Frau H. mit einem Spezialtransport in ein 200 KM entferntes Röntgeninstitut geschafft, dessen MRT-Gerät solchen Körperumfang aufnimmt. Die Untersuchung wurde ergebnislos abgebrochen, weil sie laut zu jammern anfang. Morgen wird sie entlassen, deshalb kommt die Sozialarbeiterin. Aber wohin entlassen wir sie ?

Frau H. will nach Hause, ihr dementer Ehemann soll sie dort versorgen. Das hat er noch nie getan, doch das ignoriert sie. Sie liegt in der Klinik, er in der Kurzzeitpflege. Die Tochter bestand der Sozialarbeiterin gegenüber gleichfalls darauf, die Mutter heim zu holen. Sie wohnt in der Nähe und will sich kümmern. Dabei arbeitet sie ganztags, und versorgt außer ihren drei Kindern einen pflegebedürftigen Mann. Letzte Woche hatte ich lange mit ihr telefoniert, und die Heimversorgung beider Eltern angeregt. Ohne Erfolg. Die Sozialarbeiterin und ich wissen: es dauert nur Tage, dann landet Frau H. wieder im Krankenhaus. Niemand kann das verhindern, denn sie ist nicht entmündigt. Sie entscheidet wie sie will, egal wer dafür aufkommt. Wir können das Problem nicht lösen. Es ist wirklich frustrierend: die Sozialgemeinschaft haftet für die dauerhafte Realitätsverweigerung dieser Familie. Mit einem Scherzwort geht die Sozialarbeiterin, ich wühle mich weiter durch die Bürokratie.

Gegen 16:00 hetzt die Oberärztin herein. Sie spult die Funktionsdiagnostik der Station ab. Hektisch fragt sie nach ungelösten Problemen, und ordnet jede Menge zusätzliche Diagnostik an. Die soll morgen stattfinden, und jetzt sofort organisiert werden. Persönliche Worte fallen nicht, der Dialog bleibt funktionell. Schon verschwindet sie wieder. Ich wechsele von der Verwaltungs- zur Medizinbürokratie, um der software die zusätzlichen Untersuchungen patientenbezogen einspeisen. Dazu brauche ich zahllose Details aus den Akten. Die ruhen im Rollwagen im Schwesternzimmer. Dort finde ich auch die passenden Aufklärungsformulare. Mit denen suche ich die Patienten in ihren Zimmern auf. Sie wissen noch gar nicht, was für morgen angesetzt ist. Fragen über Fragen sind zu beantworten,

Erklärungen zu geben, und die Zimmernachbarn samt ihren Besuchern haben dann auch alle noch was auf dem Herzen.

Es ist 17:45 als mir einfällt, dass noch Entlassungsbriefe auf mich warten.

Soll ich zuerst die diktieren oder die Krankenakte von Frau R. prüfen, überlege ich lahm. Dabei spüre ich beißenden Hunger. Die Schwestern teilen gerade Abendessen aus, so dass die Küche verwaist liegt. Dort finde ich Tee, dazu suche ich mir mein letztes Frühstücksbrot. Beim kauen fällt blättern leichter als diktieren, also greife ich nach dem dicken Wälzer mit den fleddrigen Krankenblättern von Frau R. Sie wurde vor Wochen entlassen. Ich erinnere mich ganz genau daran, was das für eine Freude unter den Schwestern war. Frau R. wurde vor vielen Wochen vom Notarzt mit der Diagnose: Krampfanfall bei Alkoholmissbrauch eingeliefert, und primär auf der Intensivstation behandelt. Tage später wurde sie stabil, aber delirant zu uns verlegt. Seit über 10 Jahren beschreiben Entlassungsbriefe früherer Krankenhausaufenthalte ihren alkoholbedingten Leberschaden.

Die ersten Wochen war sie hoch aggressiv und nicht ansprechbar. Sie musste wegen Eigen- und Fremdgefährdung fixiert werden. Sie spukte Schwestern die sie fütterten das Essen ins Gesicht. Sie kotete sich beständig ein und trat gezielt nach den Schwestern, die sie waschen und betten wollten. Im weiteren Verlauf entwickelte sie eine schwere Lungen- und Nierenbeckenendzündung. Neurologe und Psychiater diagnostizierten ein Korsakow-Syndrom, das ein Schädel - CT bestätigte. Als ihr körperlicher Zustand sich langsam besserte, blieb sie örtlich und zeitlich desorientiert. Ihre Tochter, als Pflegehelferin in einem Altenheim tätig, besuchte sie manchmal. Stets behauptete sie ihre Mutter sei zuhause völlig gesund und unauffällig gewesen, und Alkohol hätte sie schon gar nicht getrunken. Meinen Erklärungen gegenüber blieb sie uneinsichtig, den schlechten Zustand ihrer Mutter führte sie auf unsere Behandlungsfehler zurück. Mehrfach hatte ich den Oberarzt zum Gespräch dazu geholt: vergeblich versuchte auch der, mit ihr eine vernünftige Dialogbasis herzustellen. Drei Wochen nach ihrer Entlassung forderte ein Rechtsanwalt die Krankenakte an. Im Namen der Tochter will er die Klinik wegen Fehlbehandlung auf Schadenersatz verklagen. Nun prüfe ich meine täglichen Visiteneinträge während ihres wochenlangen Aufenthaltes. Ich verbessere kleine Unstimmigkeiten, alle Gespräche mit der Tochter sind ausgiebig dokumentiert. Also : ran an die Entlassungsbriefe. Mit letzter Energie sind die diktieren, dann gehe ich ins Schwesternzimmer um mich abzumelden. Dort sind noch ein paar Anordnungen gewünscht, dann verabschiede ich mich.

Es ist 20:30.

Weniger als die physische Belastung nach 13 Stunden Arbeit setzt mir das trostlose Gefühl zu, erneut Opfer der seelenlosen bürokratischen Fuchtel geworden zu sein.

Stets priorisiert extrem verdichtete Arbeitsbelastung Funktion vor Menschlichkeit, und viel zu oft bin heute auf die menschlichen Bedürfnissen der Patienten nicht eingegangen.

Dieser Entwicklung ist kaum zu entkommen. Sie will Alles: Medizin und Mensch auf nackte Funktion reduzieren. Das Herzstück der Medizin, die menschliche Begegnung, wird raumlos gemacht. Mich verfolgt das nagende Gefühl, menschlich versagt zu haben, nach Draußen.

