



## Interview mit Dr. Christina Berndt

### Wissenschaftsredakteurin der Süddeutschen Zeitung

Foto: Alessandra Schellnegger



Frau Dr. Christina Berndt hat mit ihrem Artikel „**Medizin – Vorsicht, Klinik!**“ in der Süddeutschen Zeitung vom 14.8.2013 ein wichtiges und kritisches Thema trefflich angesprochen und analysiert (Beitrag siehe Website). Die Stiftung LebensBlicke, die sich intensiv für Prävention und Früherkennung von Darmkrebs einsetzt, wird auch immer wieder von Menschen auf Erfahrungen in Praxen und Krankenhäusern angesprochen, wenn eine Krebsdiagnose gestellt und eine Behandlung notwendig wurde. Sie möchte daher die Essentials dieses Beitrages einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich machen. Der Vorstandsvorsitzende Professor Dr. J. F. Riemann (**JFR**) hat mit der Journalistin (**ChB**) nachfolgendes Interview geführt.

-----

**JFR:** Die Ökonomisierung im Krankenhaus ist zu einem umstrittenen Schlagwort in der Diskussion unseres Gesundheitswesens geworden, mit Folgen. Der Patient erscheint vielen nur als „Kunde“! Was hat Sie bewogen, dieses Thema in einer Reportage aufzugreifen?

**ChB:** Mich haben die vielen Geschichten bewegt, die ich immer wieder zu hören bekomme. Und natürlich bin ich manchmal auch selbst Patientin und habe selbst entsprechende Erlebnisse gehabt, die mich sprachlos zurückgelassen haben.

**JFR:** Was hat diese Entwicklung verursacht und weiter begünstigt - immer höhere Gesundheitskosten? Medizinischer Fortschritt? Konkurrenzdruck? Fremdbestimmung durch Profilierung von „betriebswirtschaftlichen Beratern“? Privatisierung von Krankenhäusern?

**ChB:** Es ist wohl eine Mischung von all dem. Im Krankenhausalltag ist es zur Gewohnheit geworden, dass Kosten eine große Rolle spielen. Die Ärzte wissen das bei allem, was sie tun, und versuchen sich dem Diktat der Ökonomie zu beugen. Zusammen mit dem ständigen Druck, unter dem sie stehen, bleibt am Ende dann oft keine Zeit mehr für ein freundliches Wort und für eine menschliche Reaktion. Das Ergebnis ist, dass das Menschsein im Beruf

von Ärzten und Pflegeern immer weniger Platz hat. Auch in der Ausbildung wird übrigens darauf kein Wert gelegt. Ärzte und Schwestern sind so selbst Opfer des Systems.

**JFR:** Hat in den letzten Jahren möglicherweise ein Wandel des ärztlichen Selbstverständnisses dazu beigetragen, vom mehr idealistischen Kümmerer zum immer mehr unter Druck stehenden Patienten-Verwalter? Welche Rolle spielen Zeitdruck und zunehmende Defensiv-Medizin – z.B. keine (Dokumentations-?) Fehler zu machen?

**CHB:** Viele Ärzte haben die ökonomischen Anforderungen in ihr Selbstverständnis integriert. Junge Ärzte studieren heute häufig sogar ein Wirtschaftsfach nebenher, weil sie meinen, Medizin lasse sich nur noch mit Wirtschaftskennntnissen ausüben. Dabei sollten die Ärzte vor allem im Krankenhaus viel mehr an ihre ureigene Tätigkeit denken, an die Behandlung von Kranken. Dazu gehört es auch, sie – im wahrsten Sinne des Wortes – menschlich „gut zu behandeln“.

**JFR:** Die gewaltigen auch technischen Fortschritte in der Medizin in den letzten 3 Jahrzehnten haben zu einer immer weiteren Spezialisierung geführt. Ist als Preis dafür möglicherweise die Kommunikation mit dem Patienten immer weiter in den Hintergrund getreten?

**CHB:** Ich glaube nicht, dass es da einen zwingenden Zusammenhang gibt. Viele technische Entwicklungen machen es Ärzten und Pflegeern ja auch leichter. Manche Diagnosen sind viel schneller möglich. Blutzuckerbestimmung ist in Sekunden möglich. Es wäre schön, diesen Zeitgewinn für einen besseren Umgang zu nutzen.

**JFR:** Die ärztliche Anamnese ist der Schlüssel zur Diagnose und zum Krankheitsverständnis des betroffenen Patienten. Inwieweit beschleunigen zunehmend mangelnde Sprachkenntnisse bei vielen fachlich ordentlichen, aber primär nicht sehr verständlich Deutsch sprechenden Ärzten, auf die viele Patienten vor allem in kleineren Krankenhäusern (schwierige Stellenbesetzung) hinweisen, die Entwicklung?

**CHB:** Es ist zweifelsohne ein erhebliches Problem, wenn es an der sprachlichen Verständigung mangelt. Das Arzt-Patienten-Verhältnis lebt von der Kommunikation. Nur so können Diagnose und Therapieplanung vernünftig ausgetauscht werden. Wie soll ein Arzt auf die speziellen Bedürfnisse seines Patienten eingehen, wenn er die Feinheiten der Sprache nicht beherrscht? Und wie kann er ihm feinfühlig eine schwierige Diagnose übermitteln? Das gleiche Problem besteht umgekehrt übrigens auch, wenn Patienten mit Migrationshintergrund ihren Arzt nicht verstehen. Krankenhäuser sollten darauf achten, viel Zeit und Energie in die sprachliche Fortbildung ihrer Ärzte stecken.

**JFR:** Sie haben in Ihrem Beitrag auch die so genannten Diagnosis related Groups (DRG`s) als Kostentreiber einerseits, aber auch als eine der Ursachen für die immer kürzeren Liegezeiten angesprochen. Ist der wirtschaftliche Erfolg zum wichtigsten Gradmesser der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses geworden?

**CHB:** In vielen Kliniken ist das so, leider. Dabei ließen sich andere Ergebnisse ebenso gut abbilden. Es wäre schön, wenn endlich ein echter Konkurrenzkampf zwischen den Kliniken um die besten Ergebnisse im Sinne der Patienten entstehen würde. Ein Register, in dem diese Leistungen nachvollzogen werden können, wäre wünschenswert.

**JFR:** In vielen Kommentaren zum deutschen Gesundheitswesen hört man immer wieder von unserem angeblich „maroden“ Gesundheitssystem. Wie passt dazu, dass, wer auch immer im Ausland krank wird, eigene Erfahrungen eingeschlossen, sich möglichst umgehend nach Hause in die klinische Behandlung vor Ort begibt? Nimmt man die „seelenlose“ Behandlung wegen der medizinisch guten Ergebnisse in Kauf?

**CHB:** Dass unser Gesundheitssystem angeblich marode sei, ist eine Botschaft, die viele Interessenvertreter gerne für sich nutzen und die so wirklich nicht den Tatsachen entspricht. Das haben ja zuletzt auch die überraschenden Milliardenüberschüsse der Krankenkassen gezeigt. Auch von der vielzitierten „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ kann seriöserweise keine Rede sein. Viele moderne Techniken und Medikamente führen ja auch dazu, dass anderswo Kosten eingespart werden.

**JFR:** Eckart von Hirschhausen plädiert für Seelenhygiene als wichtigem Heilfaktor im Krankenhaus. „Humor hilft heilen“ – auch in der Klinik. Ein Gruß, ein Lächeln, das sich ans Patientenbett setzen wären schon kleine Momente, die hilfreich sind. Sind diese „kleinen Momente“ dadurch verloren gegangen, dass Ärzte und auch Schwestern in der täglichen „emotionalen Mühle“ abschalten?

**CHB:** Es ist glaube ich weniger die Abstumpfung angesichts des täglichen Leids. Ich glaube vielmehr, dass sich viele Ärzte und Schwestern angewöhnt haben, mit einer Art Panzer durchs Klinikum zu laufen. Weil Gespräche mit den Patienten keinen zeitlichen Raum in ihrem Arbeitsalltag haben, versuchen sie, diese zu vermeiden. Sie können es einfach nicht schaffen, sich für alle Patienten Zeit zu nehmen. Ihr Arbeitgeber belohnt sie nicht dafür, er bestraft sie vielmehr, weil sie dann ihre Arbeit nicht schaffen. Deshalb signalisieren sie jedem, der sie ansprechen will, dass sie keine Zeit haben und nicht zum Gespräch bereit sind. Am Ende haben sie es verlernt, sich auf ihre Patienten einzulassen.

**JFR:** Welche Lösungsansätze gibt es aus Ihrer Sicht? Muss es zu einem Paradigmenwechsel kommen bis hin zu der gesamtgesellschaftlichen Einsicht, dass die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses zwar ein wichtiger, aber eben nur einer von vielen Erfolgsfaktoren ist?

**CHB:** Ich glaube sogar, dass sich Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit gar nicht gegenseitig ausschließen. Patienten genesen in einem Krankenhaus ja viel besser, in dem sie auch menschlich gut behandelt werden. Sinnlose Eingriffe und rein kostenorientierte Liegezeiten werden reduziert, wenn sich Ärzte um die echten Bedürfnisse ihrer Patienten kümmern, statt die OP-Zahlen nach oben zu treiben. Mit mehr Einsicht und klugen Ärztlichen Direktoren, die solche Veränderungen durchsetzen, könnten wir Krankenhäuser schaffen, in denen die Kranken wieder im Mittelpunkt stehen.

**JFR:** Sie haben es in Ihrem Beitrag so formuliert:“Heilen ohne Kostenkalkulation ist kaum denkbar“. Muss bereits in der ärztlichen Ausbildung umgedacht werden oder gehört, wie Sie es auch benennen und wie es von einigen Ärztinnen und Ärzten bereits durchexerziert wird, ein Bachelor in Betriebswirtschaftslehre dazu?

**CHB:** Weg mit dem Bachelor in BWL! Kommunikationsfähigkeit, Verantwortung, Empathie, Gesprächsführung – das sind wesentliche Fähigkeiten eines Arztes, die schon im Studium geschult werden sollten. Die meisten Ärzte werden ja Ärzte, weil sie einen sozialen Beruf ergreifen wollen. Die jungen Leute haben ja das Bedürfnis, für ihre Patienten da zu sein. Das Wichtigste ist es, diese Grundhaltung zu fördern, statt sie ihnen abzutrainieren. Und dann müssen sie natürlich in den Krankenhäusern, in denen sie arbeiten, auch auf eine entsprechende Kultur treffen, die einen menschlichen Umgang mit den Patienten weiter fördert.

**JFR:** Die unterschiedlichen Leitungs- und Tätigkeitsebenen im Krankenhaus werden immer wieder für manche Fehlentwicklungen verantwortlich gemacht. Sind flachere Hierarchieebenen ein erfolgversprechender Weg?

**CHB:** Es ist schon erschreckend, wie stark die Hierarchien in den Krankenhäusern immer noch sind. Da fängt es ja im Grund mit der Kommunikationslosigkeit schon an. Auch Chefärzte müssen stärker bereit zum Gespräch sein – zu einem echten Gespräch, bei dem Anregungen und konstruktive Kritik in beide Richtungen möglich sind. Eine offene Gesprächskultur in der Ärzteschaft wird auch die Kommunikation mit den Patienten und deren Vertrauen in die Medizin befördern.

**JFR:** Schon heute nimmt der administrative Aufwand für Ärzte und Pflegepersonal auf Grund immer neuer Vorschriften einen wesentlichen Teil des Arbeitstages zu Lasten der Patientenversorgung ein. Wer könnte und müsste diesen Wust durchforsten und in ein richtiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis setzen?

**CHB:** Die Abrechnungen und dann noch die Prüfungen durch die Krankenkassen sind absurde Zeitfresser geworden. Viele Millionen Euro wenden die Kassen für diese Verwaltung auf. Und in den Krankenhäusern bleibt die meiste Arbeit an den Ärzten hängen. Das ist der eigentliche Skandal, wenn es um Kosten im Gesundheitssystem geht. Auch dieses überbordende Abrechnungssystem zeigt den Ärzten jeden Tag: Hier geht es ums Geld. Und mit der Zeit wird der Eindruck immer stärker: Hier geht es nur ums Geld.

**JFR:** Wird der zunehmend steigende Anteil an Ärztinnen in der Klinik an der Situation grundsätzlich etwas ändern?

**CHB:** Nicht von allein. Bei meinen Recherchen habe ich vielmehr häufig gehört, dass gerade die jungen Ärztinnen besonders barsch und zum Teil verletzend auf den Gesprächsbedarf ihrer Patienten reagiert haben. Vielleicht meinen sich die Frauen, die ja oft die Kommunikativen sind, noch mehr abschotten zu müssen. Auch bei den Ärztinnen gilt es also, die Fähigkeiten zum Gespräch schon in der Ausbildung zu fördern und sie als Stärke zu erkennen.

**JFR:** Sehr geehrte Frau Dr. Berndt, ich danke Ihnen ganz herzlich für dieses Interview. Es dient hoffentlich als Anreiz für weitere Diskussionen und vielleicht sogar als ein Beitrag zur Standortbestimmung in der gesamtgesellschaftlichen Diskussion, wo wir stehen, was gut ist und was falsch läuft und, vor allem, wohin die Reise gehen sollen.