

The background of the book cover is a light, textured surface. It features several dried, brown and yellow leaves scattered across it. A prominent pink sticky note is attached to the left side. Thin, dark, wavy lines, resembling roots or stems, are drawn over the entire scene, creating a delicate, organic pattern.

Lisa Bircher  
Bruno Kissling

# »Ich stelle mir eine Medizin vor ...«

Briefwechsel einer  
jungen Ärztin mit einem  
erfahrenen Hausarzt



**Lisa Bircher  
Bruno Kissling**

# **»Ich stelle mir eine Medizin vor ...«**

**Briefwechsel einer  
jungen Ärztin mit einem  
erfahrenen Hausarzt**

Erste Auflage Herbst 2018  
Alle Rechte vorbehalten  
Copyright © 2018 by rüffer & rub Sachbuchverlag GmbH, Zürich  
info@ruefferundrub.ch | www.ruefferundrub.ch

*Umschlag, S. 6f., 14f., 110f., 128f.:* © Andreas Fahrni: Ausschnitt aus Kunst-Performance/-Installation »pictures in the body«, 2016, art-dialog, Esther Quarroz und Bruno Kissling, Bern

*Porträt Lisa Bircher:* © Lilo Bircher  
*Porträt Bruno Kissling:* © Andreas Fahrni

Schrift: Filo Pro  
Druck und Bindung: CPI – Ebner & Spiegel, Ulm  
Papier: Fly 05, spezialweiß, 115 g/m<sup>2</sup>, 1.2



ISBN 978-3-906304-39-7

---

Vorwort   <i>Monika Reber Feissli</i> .....	08
Einleitung   <i>Lisa Bircher und Bruno Kissling</i> .....	11

---

Erste Begegnung .....	16
20 Sekunden für Empathie .....	22
Der Spitalalltag im Wandel der Zeit .....	39
Über die Grenzen der Medizin .....	52
Mensch-Sein und Arzt-Sein in der Medizin .....	63
Intermezzo .....	76
Menschliche Begleitung und medizinische Therapie .....	81
Körperbilder .....	89
Für eine personenbezogene Medizin .....	104

---

»Das Wirksame ist die Beziehung«: Ein Praxisbesuch bei Bruno Kissling   <i>Vera Thomann</i> .....	112
»Ich will keine Symptome bekämpfen«: Vera Thomann im Gespräch mit Lisa Bircher .....	120

---

<i>Anhang</i> .....	129
Anmerkungen .....	130
Dank .....	134

---

Glossar | → *in den Klappen*

# 20 Sekunden für Empathie

// 26.1.2016 //

✉ **Lieber Bruno** –

Spannend, was du beschreibst vom Beginn deiner Vorstandszeit bei der SGAM – ich fühle mich wirklich manchmal auch so bei meiner Arbeit bei der ASMAV und beim Zentralvorstandstreffen des VSAO. Ich bin aufgeregt, ein kleiner Teil eines großen Ganzen zu sein, in dem wichtige Sachen diskutiert und entschieden werden. Und wie du sagst, diese Connections sind wichtig, um viel einfacher an das ranzukommen, was man will: Plötzlich ist vieles verhandelbar, was vorher unmöglich war. Das ist übrigens für mich auch eine wichtige Lektion aus dem Spitalleben (was man da »by doing« alles lernt, wovon im Studium nie die Rede ist und was auch für das restliche Leben von großem Nutzen ist): Nimm nie ein Nein für ein Nein – alles ist verhandelbar. Verhandeln, eine überlebenswichtige Fähigkeit der Spitalärztin (für ihr eigenes Überleben und das ihrer PatientInnen).

Nun zu einem persönlichen Update: Die letzten zwei Monate waren bewegt für mich, ich habe mich nämlich entschie-

den, meinen Job im Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV, Universitätsspital Lausanne, auf der Inneren Medizin vorzeitig niederzulegen, weil diese Arbeit für mich einfach nicht stimmt. Ich dachte (ein Denkfehler), mit 60% wäre eine gute Balance gefunden, aber ich habe schnell und deutlich gemerkt, wenn die Arbeit an sich nicht stimmt, der Inhalt der Arbeit und die Aufgaben, die mir zufallen, dann geht das für mich nicht. Für mich stimmt in dieser universitären Inneren Medizin einfach die Basis nicht. Wir sind zu weit entfernt von den Patienten, zu sehr beschäftigt mit Untersuchungen und Behandlungen. Und die Art zu arbeiten (ständige Unterbrechungen, ständig schon beim Nächsten und nie bei dem, was man gerade macht) widerspricht einfach jeglicher Arbeitsergonomie und ist eindeutig abträglich für meine Gesundheit. Da werde ich nicht glücklich, und deshalb habe ich für mich beschlossen: Es reicht.

Jetzt mache ich eine Pause. Ich behalte den Job beim VSAO und baue ihn vielleicht aus, bilde mich weiter in der Medizin und anderswo, lege mir einen Garten an und gehe in die Welt. Durchatmen, zur Ruhe kommen, in Kontakt kommen, mit mir,

**Wir sind zu weit entfernt von den Patienten, zu sehr beschäftigt mit zu vielen Untersuchungen und Behandlungen.**

mit meinen Freunden, meiner Familie, der Natur. Weg von den Gedanken, Konzepten, hin zu den Gefühlen und zum Erleben. Vom Kopf zum Herz, das ist der Plan. Ich freue mich! Es fühlt sich genau richtig an. Und ab Januar 2017, Praxisassistentin. Wieder eine neue Welt, die es zu entdecken gilt.

Jetzt hab ich viel von mir erzählt – wie ist es dir mit dem Übergang von der eigenen in die Gruppenpraxis ergangen? Ich

hoffe, du kannst deine neuen Freiheiten genießen. Obwohl, im Moment gibt es sicher noch viel zu tun?

Ich wünsche dir einen ganz schönen Tag und bis bald – *Lisa*

// 28.1.2016 //

✉ *Liebe Lisa* –

Schön, von dir zu hören. Nicht nur schön ist aber, was du schreibst. Es ist bedauerlich, dass du deine Stelle am CHUV quasi fluchtartig verlassen musstest.

Ich hörte in der letzten Zeit von einigen jungen Ärztinnen und Ärzten über die Unerträglichkeit der Arbeit in den Spitälern. Es scheint mir, dass es sich manchmal um mangelnde Klinikführung handelt; dann um ein krasses Missverhältnis zwischen administrativen Aufgaben und effektiver Arbeit mit den PatientInnen – zu Ungunsten der Patientenbetreuung – bei immer kürzeren Hospitalisierungszeiten; manchmal um strukturelle Probleme mit einem völlig ungeeigneten IT-System; manchmal um unerträgliche Arbeitszeiten; oder regelmäßige Eingriffe in die Reihenfolge auf der Diagnoseliste aus merkwürdigen Gründen durch das Tarif-Controlling; manchmal ist es auch die Kollegialität, wobei diese meistens als gut bezeichnet wird. Zeit für die betreute Weiterbildung der Assistentinnen und Assistenten fehlt jedoch sehr oft. Das wurde mir kürzlich auch von einem Chefarzt, den ich damit konfrontiert habe, bestätigt. Auch die Chefinnen und Chefs sind nicht glücklich über die Situation. Die Weiterbildungspflicht lässt die jungen Leute ausharren. Aber es läuft einiges schief, habe ich den Eindruck.

Ich glaube nicht, dass das so sein müsste. Auf allen Ebenen scheinen alle Zwängen zu unterliegen, die durchaus reflektiert werden könnten und müssten. Ich habe den Eindruck, dass es einen erneuten Aufstand<sup>8</sup> der Assistenzärztinnen und -ärzte braucht, der diesmal auf die Qualität der Weiterbildung zielt:

Ich meine die fachliche und menschliche Betreuung der AssistentInnen. Ein solcher Aufstand hätte jedoch tief reichende Konsequenzen für die Spitalstruktur. Das »Keine-Zeit-Haben« auf allen Ebenen ist irgendwie hausgemacht und strukturell verankert. Die Gründe liegen meiner Meinung nach einerseits im monetischen Bereich: Möglichst viele Konsultationen und Untersuchungen sollen im eigenen Haus vorgenommen werden. Andererseits dürften sie aber auch tief in der spezialärztlichen Denkweise verankert sein, ich denke zum Beispiel an unnötige Nachkontrollen. Meistens handelt es sich um starre Algorithmen. In den Berichten werden diese zementiert, beispielsweise mit dem Satz »spezialärztliche Nachkontrolle in einem Jahr« – unabhängig von den Symptomen, in aller Regel auch ohne gesundheitliche Bedeutung für die PatientInnen. Mehr und mehr werden bereits Folgedaten in die Agenden der Spezialambulatorien eingeschrieben. Über diesen Auftrag könnte man sich als Hausarzt natürlich hinwegsetzen; die Patientin, der Patient wurden jedoch selbst bereits mündlich auf die Wichtigkeit dieser Nachsorgeuntersuchung hingewiesen. Sie oder er will das Beste für sich, das ist verständlich. Ein

**Ich habe den Eindruck, dass es einen erneuten Aufstand der Assistenzärztinnen und -ärzte braucht, der diesmal auf die Qualität der Weiterbildung zielt: Ich meine die fachliche und menschliche Betreuung der AssistentInnen.**

Abdriften davon würden die Patientin, der Patient als Entzug einer nötigen Maßnahme empfinden. Zumindest bräuchte es einen großen Erklärungsaufwand – und wenn dann trotzdem einmal etwas schief liefe ... In aller Regel hätten diese zeitint-

siven und ressourcenverbrauchenden Nachkontrollen keine Wirkung auf die Gesundheit der PatientInnen. Ob es darüber Forschung gibt, weiß ich nicht. Jedenfalls ist es ein enormer Zeit- und Personalaufwand, verbunden mit großer Hektik, für meistens nicht mehr als eine falsche Sicherheit. Es ist Einsatz von viel Zeit, die anderswo fehlt, z.B. für die persönliche Betreuung der AssistentInnen in Weiterbildung. Für uns Hausärzte ist dies ebenfalls stark spürbar, vor allem durch meistens unendlich lange Wartezeiten bei Neuanmeldungen.

Schön, dass du in deiner sehr interessanten berufspolitischen Tätigkeit an wichtigen Veränderungen mitwirken kannst.

Herzlich – **Bruno**

// 6.2.2016 //

✉ **Lieber Bruno** –

Vielen Dank für deine ausführliche Antwort. Einige Gedanken dazu: Woran liegt sie, die Unerträglichkeit der Arbeit im Spital? Für mich ist es das Gesamtpaket, das aus ganz vielen kleinen und auch größeren Schwierigkeiten besteht, die immer mehr an meinen Nerven gesägt haben.

Wenn ich zurückschaue, kann ich meinen Parcours im CHUV etwa folgendermaßen zusammenfassen: Zu Beginn war es schwer, nach nur einem Monat war ich nahe am Burn-out. Ich habe an mir gezweifelt: Kann ich das? Man kann das wohl Burn-out nennen, oder Anpassungsstörung oder vielleicht auch Lebenskrise. Klar ist, dass hohe Anforderungen auf hohe Ansprüche meinerseits trafen. Auf der einen Seite musste ich tagtäglich medizinisch komplexe und emotional anspruchsvolle Situationen meistern: kompetent und ruhig mit gestressten PatientInnen und Angehörigen sprechen, obwohl ich mich gerade weder kompetent noch ruhig fühlte und noch nichts zu Mittag gegessen hatte; gestresste KollegInnen anrufen, um ih-

nen weitere Arbeit aufzuhalten, und dabei innerhalb der ersten dreißig Sekunden genau jenes Argument vorbringen, das sie davon überzeugt, dass sie mich nicht abwimmeln können; kleinere Aufgaben an genervte SekretärInnen zu delegieren versuchen, was etwa gleich viel Zeit in Anspruch nimmt, wie wenn ich sie schnell selbst erledigen würde. Das alles und noch viel mehr in einem hohen Rhythmus von wechselnden Tätigkeiten mit langen Arbeitstagen und wenig Pausen und mit insgesamt sehr hoher Wahrscheinlichkeit, dass einiges schief läuft. Alle diese Faktoren trafen auf meine liebste Strategie aus Schule und Studium, nämlich alles möglichst gut zu machen, alles im Griff zu haben. Und natürlich bin ich sensibel: Ich habe gemerkt, das läuft nicht gut, diese Patientin ist nicht zufrieden, jener Kollege hat sich aufgeregt. Also hab ich mich noch mehr angestrengt, und die Tage wurden noch länger. Aber es ging halt nicht. Nach nur einem Monat musste ich die Waffen strecken und sagen: Ich kann nicht mehr. Meine herkömmlichen Strategien funktionieren nicht, ich brauche Hilfe.

Ich konnte zum Glück offen darüber sprechen, habe mich nicht geschämt – das war meine Rettung. Mein Umfeld hat gut reagiert, sowohl bei der Arbeit wie privat. Ich wurde kurzzeitig entlastet, und es kam nie zur Arbeitsunfähigkeit. Erst im Nachhinein habe ich gemerkt, wie gut die Chefinnen oder Chefs und OberärztInnen dieses Burn-out-Lied schon kannten. Wie sie bereits bestens wussten, wie es läuft. Von Erstaunen keine Spur. Aber sie haben gut reagiert, das muss ich sagen, ich habe mich gestützt gefühlt.

Danach ging es aufwärts, langsam, und es wurde mir klar: Ja, ich kann das, ich kann in diesem System funktionieren – und vieles, was schief läuft, liegt nicht an mir. Ich kann in dem System funktionieren, wenn ich denn will. Und jetzt, nachdem ich im November nach sechs Monaten in der Palliativmedizin

wieder auf die Innere Medizin zurückgekommen bin, hab ich die Antwort bekommen, und sie ist mehr als klar: Das will ich nicht. Ich bin zufrieden mit meiner Entscheidung zu gehen. Aber genau genommen hatte ich gar keine Wahl, die körperliche und die emotionelle Reaktion waren so stark, ich konnte sie nicht ignorieren. Ich war wütend, dass uns das zugemutet wird. Ich kann es einfach nicht mehr ernst nehmen: auf der einen Seite die höchsten Anforderungen an die Qualität unserer Arbeit, auf der anderen Seite das ständige Sich-sagen-lassen-Müssen, man sei zu wenig effizient, zu langsam. Irgendetwas geht nicht auf.

Ein Beispiel: Wir nehmen beim Projekt *Progress!* teil, einem Pilotprogramm der Stiftung Patientensicherheit<sup>9</sup> für sichere Medikation an Schnittstellen. Dabei müssen wir einen systematischen Medikamentenabgleich für jeden Patienten über 65 Jahren durchführen, der neu in unsere Station eintritt; minutiös, mit mehreren Quellen und im Gespräch mit dem Patienten. Geschätzte Dauer pro Patient: 30–45 Minuten. Die Chefs sagen: »Ja, wir wissen, dass das mühsam ist, aber die Direktion hat uns das auferlegt, wir haben keine Wahl. Wir haben das Geld, um euch die Überzeit zu bezahlen.« Unsere Chefs wissen, dass wir sowieso systematisch Überzeit machen. Sie haben es eigenhändig in einer Studie erhoben und publiziert:<sup>10</sup> An 66 Schichten, vor allem Tag- und einigen Abendschichten, wurde während der ganzen Schicht (mittels Erfassung auf iPad durch StudentInnen) ausgewertet, was die Assistenzärztin, der Assistenzarzt gerade tun und wie lange. Die durchschnittliche Dauer der Tagschichten betrug 11,6 Stunden. Das bedeutet 1,6 Stunden Überzeit pro Tag.

Die Unerträglichkeit der Arbeit im Spital, woran liegt sie also? Die Dauer der Arbeitstage ist eine Sache, vor allem aber hat sie zu tun mit der Frage nach dem Sinn der Arbeit. Damit

hängt auch die Qualität zusammen: Leisten wir gute Arbeit? Macht das Sinn, was wir machen? Machen wir Medizin um der Medizin willen oder um der Menschen willen?

Bei meinen Chefs habe ich manchmal das Gefühl, sie wollen einfach zu viel. Du sprichst von der Weiterbildung. Die medizinisch-fachliche Weiterbildung wird bei uns großgeschrieben, sie ist inhaltlich hervorragend, und es gibt reichlich davon: Wir haben jeden Tag ein bis zwei Weiterbildungsgefäße à

### **Machen wir Medizin um der Medizin willen oder um der Menschen willen?**

30–60 Minuten, zusätzlich zweimal pro Woche die Grande Visite (Chefvisite). Jeder Chef- und auch jeder Oberarzt sind bereit, dir noch im größten Stress einen Sachverhalt ausführlich zu erklären. Was das Menschliche betrifft: Wir werden sehr anständig behandelt, unsere Chefs sind ehrlich darauf bedacht, uns etwas zu lehren, und achten darauf, dass etwas aus uns wird. Deshalb bin ich nicht sicher, ob es einen Aufstand für die Weiterbildung braucht.

Doch vielleicht braucht es trotzdem einen Aufstand, aber in einem anderen Sinn: Unsere Stellen sind einfach keine richtigen Weiterbildungsstellen. Also doch, es sind Weiterbildungsstellen, aber dies zusätzlich zu einem 100%-Pensum. Konkret heißt das z.B. für einen Dienstag:

8.00–8.15 Uhr: Morgenübergabe

8.15–8.45 Uhr (oder 9.00 Uhr): Teaching Round

9.15–10.30 Uhr: die erste Hälfte der Visite

10.30–11.30 Uhr (oder 12.00 Uhr): Chefvisite

Anschließend bis 13.00: Rest der Visite

14.00–14.30 Uhr: Röntgenrapport



14.30–14.45 Uhr: *Colloque social* [7]

Besprechung mit der Oberärztin, 30–45 Minuten

16.00–16.30 Uhr: *Kardex-Visite* [7]

Wegen des strikten Zeitplans fällt es zum Beispiel schwer, Telefonate zu den Bürozeiten zu machen, einen Eintritt zu machen, eine Familie zu sehen, einen Patienten zu entlassen. Ja und dann, am Ende des Tages, wenn ich schon fast ohnmächtig bin vor Erschöpfung, noch Verlaufseinträge und Briefe zu schreiben.

Und dann sagt mir mein Oberarzt: »Also, die Visite geht von 9.15 bis 11.00 Uhr, das sind 105 Minuten. Du hast zehn Patienten, fünf Minuten kannst du abziehen für Unvorhergesehenes, dir bleiben zehn Minuten pro Patient, das muss reichen. Du musst effizient sein. Sonst ist es kein Wunder, wenn du abends immer länger bleiben musst.«

Zehn Minuten pro Patient: für alte Patienten, die ihr Hörgerät und ihre Brille zuerst noch suchen müssen; für verwirrte, fremdsprachige, verängstigte Patienten; für neu eingetretene

### I 20 Sekunden für Empathie, oder wie?

Patienten, deren Dossier ich noch nicht gelesen habe; für Patienten, bei denen Komplikationen auftreten; und um sich mit den Pflegefachpersonen zu besprechen; die Laborwerte und Medikamente durchzusehen; mit dem Patienten zu sprechen und ihn zu untersuchen; die Verordnungen zu machen und um empathisch zu sein! Das hat er mir sogar gesagt, der Oberarzt! 20 Sekunden für Empathie, oder wie?

Irgendetwas stimmt da einfach nicht. Ich habe aufgehört, mich auf der Visite zu stressen, und ich finde, das bewährt sich gut. Sie ist schließlich das Herz meiner Arbeit. Stressen, damit

ich schneller am Computer sitzen kann? Das sehe ich nicht ein. Klar muss man priorisieren. Aber wir sind in Weiterbildung, wir können nicht von Anfang an das Wichtige vom Unwichtigen trennen wie mit zwanzig Jahren Berufserfahrung. Wir tun unser Bestes, aber es geht nun mal länger.

Weniger ist mehr, möchte ich manchmal schreien, aber eben: Weniger gibt oft mehr zu tun, zuerst. Mit einem unheilbar Krebskranken zu besprechen, wo er steht, wie er seine Krankheit in Bezug auf sein Leben einordnet, was er von der Medizin erwartet und was ihm für seine letzte Lebensphase wichtig ist, das geht länger, als zu sagen: Wir machen jetzt noch eine Drittlinien-Chemo (die weiß nicht wie viele Franken kostet im Monat). Es ist eine Investition, die man macht, präsent beim Patienten zu sein, ihm ohne Telefonunterbruch zuzuhören. Auf die Dauer zahlt sie sich aus. Und ich bin überzeugt, die Gesundheitskosten könnten herunterkommen. Aber es ist echte Arbeit, diese Gespräche zu führen. Sie muss deshalb aufgewertet werden. Melanie Sears betont beispielsweise, dass ÄrztInnen ihren PatientInnen kaum empathisch zuhören, weil sie Angst haben, es könnte zu viel Zeit brauchen.<sup>11</sup> In einem Gesundheitssystem, in dem diese Aussage zutrifft – und so wie ich es erlebe, ist es bei uns so –, ist etwas ganz Grundsätzliches verkehrt, wurde der Kern unseres Metiers nicht richtig verstanden. Wir haben da zu sein und den Patienten beizustehen, zuzuhören, als Berater, als Begleiter. Dass so viel Wert auf technische Medizin gelegt wird und auf das Machen (das passt natürlich gut zu unserem Zeitgeist), ist meines Erachtens ein großer Fehler.

Jetzt hab ich dir mein Herz ausgeschüttet, aber das gibt dir einen Eindruck vom Spitalleben, wie ich es jeden Tag erlebe.

Ich bin gespannt, was du dazu meinst.

Herzlich – *Lisa*

// 7.2.2016 //

✉ **Liebe Lisa –**

Vielen Dank für dein nächtliches Mail.

Ich schreibe dir meine Antwort schon heute. Es ist Sonntag, schlechtes Wetter, und ich habe gerade etwas Zeit übrig. Ich schätze deine Erlebnisberichte, kritischen Reflexionen und deine emotionale Offenheit außerordentlich. Wir haben uns nun schon einige Mails geschrieben, haben uns sehr persönliche Gedanken zu unserer jeweilige Arbeits- und Lebenssituation mitgeteilt. Du stehst am Anfang deines ärztlichen Lebens, ich am Ende eines langen Arztlebens, das ich mit einem Neubeginn zu Ende führe.

In deinen Zeilen schlägt eine sehr große Hektik durch. Ich suche in deinem Tagesprogramm nach zeitlichen Nischen für die menschliche Betreuung der PatientInnen. Du musst sie irgendwo zusammenstellen. Es entstehen Überstunden, die dir als ineffizientes Arbeiten angelastet werden. In meinem Brief möchte ich auf zwei Themen eingehen. Zuerst auf die Krankenvisite mit ihren deutlichen Unterschieden zwischen der

**Du stehst am Anfang deines ärztlichen Lebens, ich am Ende eines langen Arztlebens, das ich mit einem Neubeginn zu Ende führe.**

täglichen Visite durch den Abteilungsarzt und den periodischen Oberarzt- und Chefarztvisiten. Danach auf den Medikamentenabgleich beim Spitalaustritt.

Ich muss gestehen, dass ich seit 1982 nicht mehr in einem Spital gearbeitet habe. Ich weiß also nicht persönlich, wie es heute im Spital abläuft. Indirekt nehme ich jedoch aus meiner hausärztlichen Warte einiges wahr, sei es aus Gesprächen mit

meinen Patienten und ihren Angehörigen oder aus Gesprächen mit jungen Kolleginnen und Kollegen, die im Spital arbeiten. Ich weiß, dass heute vieles anders ist. Die Spitalverweildauer ist ungleich kürzer als zu meiner Zeit. Meistens beträgt sie nur drei bis vier Tage. Und sie ist bei den meist *polymorbiden* [7] Patienten von einer sehr hohen medizinisch-technischen Untersuchungsdichte geprägt. Aufgrund der organisatorischen Abläufe sind meistens mehrere Ärztinnen und Ärzte nacheinander oder nebeneinander für einen Patienten zuständig. Von Familienangehörigen höre ich oft, dass es nicht möglich sei, mit dem verantwortlichen Arzt zu sprechen. Sie kennen nicht einmal seinen Namen. Die Patienten berichten nach dem Spitalaufenthalt, dass immer ein anderer Arzt vorbeigekommen und alles wieder von vorne abgefragt worden sei. Der Austrittsbericht muss, wie mir manchmal scheint, vom letzverantwortlichen Arzt geschrieben worden sein. Vielleicht kannte dieser den Patienten und dessen Verlauf am wenigsten gut. Sicherheitshalber hat er per copy and paste alle Informationen in den Bericht verpackt. Trotz dieser enormen Herausforderungen sind die Patientinnen und Patienten in aller Regel sehr zufrieden. Das bedeutet nicht, dass ich nicht kritisch hinschauen will.

Nach dieser Kontextualisierung komme ich nun zur Krankenvisite. Diese stellt den täglichen Kontakt zwischen dem betreuendem Arzt und dem Patienten dar. Ich möchte diese Begegnung auf ihre unterschiedlichen medizinisch-technischen und menschlichen Aspekte ausloten. Die Visiten, so war es zumindest früher, sind geprägt von medizinisch-technischen Aufgaben. Ich meine damit die Beurteilung des Krankheitsverlaufs. Die Ärztin fragt den Patienten nach seinem subjektiven Befinden. Sie fragt die begleitende Pflegefachperson nach ihren Beobachtungen. Sie untersucht den Patienten. Aus die-

sen subjektiven und objektiven Befunden schließt sie auf den Verlauf der Krankheit. Falls nötig, verordnet sie Folgeuntersuchungen, die den Heilungsverlauf überwachen. Oder sie verordnet zusätzliche diagnostische Untersuchungen, falls die Krankheit nicht erwartungsgemäß verläuft. Dies sind unerlässliche Elemente, um die Krankheit des Patienten in Feedbackloops zu erfassen und zu behandeln. An den Visiten nehmen immer mehrere in die Behandlung involvierte Personen teil. An der täglichen Abteilungsvisite sind dies normalerweise die betreuende Stationsärztin, die wie du in Weiterbildung ist, und mindestens eine Pflegefachperson. Hier besteht noch eine relativ große menschliche und körperliche Nähe zum Patienten. Die anwesenden Personen sind dem Patienten persönlich bekannt. Sie befassen sich direkt mit ihm, befragen ihn, sprechen mit ihm – auch über sein persönliches Krankheitserleben und seine Lebenssituation – hören ihm zu, berühren, untersuchen und pflegen ihn. Dadurch dürften sie ihm einigermaßen vertraut sein. Die medizinisch-technischen und menschlichen Aspekte halten sich in etwa die Waage.

An den Oberarztvisiten erweitert sich der Kreis durch eine bereits etwas erfahrenere Arztperson auf einer höheren Hierarchiestufe. Der Oberarzt und der Patient kennen sich in der Regel kaum. Die Assistenzärztin berichtet dem Oberarzt über

**Das Gespräch wird nicht mit dem Patienten geführt, sondern über ihn (hinweg).**

den Krankheitsverlauf, die von ihr erhobenen körperlichen Befunde und persönlichen Details über den Patienten, so weit sie für die aktuelle Krankheit von gewisser Bedeutung sein könnten. Vielleicht überprüft der Oberarzt einen von der As-

sistenzärztin geschilderten körperlichen Befund, insbesondere dann, wenn die Assistenzärztin in ihrer Beurteilung nicht ganz sicher ist. Der Fokus der Oberarztvisite dürfte mehr auf die Krankheit gerichtet sein als auf den Kranken. Beim »clinical reasoning« am Krankenbett, wie du es nennst, handelt es sich um einen Gedankenaustausch und ein Teaching über die Krankheit des Patienten. Das persönliche Kranksein mit den damit verbundenen Ängsten und Nöten dürfte kaum Platz finden. Das Gespräch wird nicht mit dem Patienten geführt, sondern über ihn (hinweg). Die Fachausdrücke, die der Patient aufschnappt, dürften ihn, zusammen mit den von ihm wahrgenommenen nonverbalen Ausdrucksweisen, wohl eher verängstigen als beruhigen. Der medizinisch-technische Aspekt überwiegt den menschlichen.

Die Chefarztvisite ist eine Prozession durch die Spitalzimmer. Mit der Chefärztin und dem behandelnden Abteilungsarzt an der Spitze eines Gefolges von durchaus mehr als zehn Personen aus den verschiedensten Bereichen, die sich während der Hospitalisierung um die PatientInnen kümmern, und Studierenden. Sie alle scharen sich um das Bett des Kranken. »Rösslispiel« nannten wir dieses einmal wöchentliche Großereignis damals spöttisch. Der Patient kommt während der technischen Stippvisite kaum zu Wort. Er wird zum Objekt. Alles, was medizinisch wichtig ist, rapportiert der Abteilungsarzt der Chefärztin in zusammengefasster Kurzform. Der medizinisch-technische Gehalt überwiegt schwer. Der menschliche Kontakt zum Patienten beschränkt sich auf ein aufmunterndes Wort vom Chefarzt oder eine beruhigende Berührung durch die rapportierende Assistenzärztin.

Dass du das Bedürfnis hast, neben den offiziellen Visiten, Rapporten, Teaching Sessions und Aufnahmen von neuen Patienten dem dir anvertrauten kranken Menschen all diese

krankheitsbezogenen medizinisch-technischen Dinge in einem ruhigen Gespräch zu »übersetzen«, allenfalls im Beisein seiner Familie, kann ich sehr gut verstehen. Nur so kannst du mit dem Kranken besprechen, wie die Behandlung weitergeführt werden kann, welche Möglichkeiten für ihn sinnvoll sind, zu seinem Lebenskontext und zu seiner Lebensphilosophie passen, welche Maßnahmen zu Hause getroffen werden müssen, damit der vorgesehene Behandlungsplan zu Hause nahtlos weitergeführt werden kann, unter Einbezug des Hausarztes und allenfalls der Spitex. Ich verstehe umgekehrt deinen Stress, wenn du dafür keinen Zeitraum findest.

Nun zum Medikamentenabgleich: Dieser ist von sehr großer Bedeutung, ganz besonders auch vor dem Spitalaustritt. Und er ist, wie du sagst, zeitintensiv. Der Zeitbedarf richtet sich nicht nach der Effizienz der Assistenzärztin, sondern nach dem Tempo des Patienten oder seiner Betreuenden. Oft handelt es sich um ältere Menschen. Deren Aufnahmefähigkeit ist natürlicherweise verlangsamt oder wegen einer beginnenden Demenz beeinträchtigt. Die Aufregung rund um Krankheit und Spital verschlechtert die Aufmerksamkeit zusätzlich. Ohne das nötige Zeitfenster und eine ruhige Stimmung macht die ganze Maßnahme keinen Sinn. Zudem ist vor allem bei polymorbiden Menschen idealerweise die Anwesenheit eines nahen Familienmitglieds nötig. Ich erlebe als Hausarzt, dass diese Arbeit beim Spitalaustritt oft mangelhaft gemacht wird. Vermutlich aus Gründen fehlender Zeit oder weil sie nicht von einer genügend geschulten oder mit den Problemen des Patienten vertrauten Person vorgenommen wird. Der Medikamentenabgleich kann meiner Ansicht nach nur von einer Arztperson vorgenommen werden. Alle Medikamente, die sich zu Hause befinden, gehören auf den Tisch gelegt. Dies mit gutem Grund, denn Menschen jeden Bildungsgrades können

ihre Medikamente kaum je zuverlässig benennen, die Stärke ohnehin nicht, geschweige denn den Namen der Herstellerfirma. Viele Substanzen, die sie ohne Verordnung einnehmen, betrachten sie nicht als Medikamente und erwähnen sie nicht. Als Hausarzt beobachte ich immer wieder, dass Patienten nach der Spitalentlassung verwirrt sind wegen der Medikamentenverordnung. Dies führt nicht selten zu Notfallkonsultationen, vorzüglich am späten Freitagnachmittag. Es liegt dann ein Sammelsurium von Medikamenten in unterschiedlichsten Verpackungen auf dem Tisch. Dabei werde ich oft selbst davon überrascht, dass ein Medikament, das ich zu einem vorherigen Zeitpunkt verordnet hatte, in unterschiedlichen Verpackungen oder sogar mit verschiedenen Stärken und Namen vorliegt und ich das nicht gewusst hatte. Dies ist möglich, weil die Apotheker nach ihrem Gutdünken Generika für einen Wirkstoff über den Ladentisch reichen dürfen. Dies ist bereits eine vorbestehende Quelle von Verwirrung mit einem Risiko für Falscheinahmen. Vom Spital wird ein vorbestehendes Generikum nun vielleicht als Originalpräparat mit anderem Namen verordnet. Wegen des bevorstehenden Wochenendes hat das Spital dem Patienten von allen verordneten Medikamenten vorsorglich einige Tabletten in einem angeschriebenen Plastiksäckchen mitgegeben. Am Montag wird er das dazu passende Rezept in der Apotheke einlösen können. Zu seiner Information hat er beim Austritt neben dem Rezept auch eine neue Medikamentendosierkarte erhalten. Diese sieht dem Rezept sehr ähnlich. Nun liegen zwei Medikamentenanleitungen auf meinem Tisch, eine altvertraute, von mir vor dem Spitalertritt erstellte und eine neue vom Spital. Logischerweise stimmen diese nicht überein. Dazu kommt: Manche Medikamente mit gleichem Wirkstoff heißen anders. Zudem können sie vielleicht eine andere Stärke haben, mit Auswirkung

auf die Zahl der einzunehmenden Tabletten. Auch sind sie nicht mehr in der vertrauten Reihenfolge aufgelistet. Dasselbe wiederholt sich bei einem polymorbiden Patienten für viele weitere Medikamente. Unter den Papieren liegt auch ein Kurzaustrittsbericht. Dieser enthält für mich als nachbetreuender Hausarzt hilfreiche Informationen über den Verlauf im Spital und die vorgeschlagene Nachbehandlung. Die dort geschriebene Medikamentenliste entspricht jedoch vielleicht nicht genau den Angaben auf der Medikamentendosierkarte und dem Rezept. Nun habe ich auch als Arzt ein Problem – es herrscht die totale Verwirrung. Es braucht umfassendes Wissen, um für den Patienten klare Verhältnisse und klare Entscheidungen zu schaffen. Das heillose Durcheinander erzeugt außerdem ein hohes Gesundheitsrisiko für den Patienten: Nicht selten habe ich erlebt, dass ein verunsicherter Patient erst zwei Wochen nach Spitalaustritt in die Sprechstunde kam und inzwischen zu Hause einfach wieder die alten Medikamente seines Doktors und nicht die vom Spital eingenommen hatte – in der Dosis, unter der sich sein Gesundheitszustand destabilisiert hatte und er ins Spital eingeliefert werden musste.

Ich stimme dir uneingeschränkt zu, dass diese Arbeit nicht einfach zwischendurch und von irgendwem gemacht werden kann. Sie muss ein fester Bestandteil bei der Patientenbetreuung sein und mit einer genügend großen Zeitreserve versehen werden. Die *Progress!*-Studie dürfte dies bestätigen.

Ich freue mich auf deine Antwort.

Herzlich – **Bruno**