

Ärzte in Not

Momentaufnahmen aus einem ganz normalen deutschen Krankenhaus. Im Klinikum Friedrichshafen zeigt sich exemplarisch, was Mediziner auf die Barrikaden treibt – und weshalb es immer schwerer wird, ein »guter Arzt« zu sein

Von Hania Lucza, Geo von 03/2006

Momentaufnahmen aus einem ganz normalen deutschen Krankenhaus. Im Klinikum Friedrichshafen zeigt sich exemplarisch, was Mediziner auf die Barrikaden treibt – und weshalb es immer schwerer wird, ein »guter Arzt« zu sein

Ein Arzt ist tot, unerwartet gestorben, auf der Straße zusammengebrochen. Im Notarztwagen ins Krankenhaus, ins Klinikum Friedrichshafen, wo er selber als Oberarzt der Kinderabteilung sein halbes Leben lang Neugeborene in Brutkästen gelegt, Kleinkinder künstlich ernährt und Heranwachsenden nach schweren Unfällen eine zweite Chance gegeben hat. Dann lag er da, Intensivstation, Lungenembolie, ein Mann mittleren Alters, Vater zweier kleiner Kinder, es war ein Sonntagnachmittag. Alles haben sie versucht. Doch sie konnten ihn nicht retten, seine Kollegen, manche davon seine Freunde, und jetzt stehen sie in der überfüllten Kapelle des Klinikums, im Gang drängen sich Mütter mit ihren Sprösslingen, Schwestern und Pfleger und die ärztlichen Kollegen, manche in Weiß, manche in Grün, in Blau, die Trauerfeier hat soeben begonnen. Fragen des Seelsorgers in die Stille, warum, wohin, Fragen ohne Antworten. Er hat Zeugnis abgelegt für das Gute in der Medizin, sagt der Prediger. Das weiche Schnaufen eines schlafenden Säuglings klingt wie eine Bestätigung. Ein bewegender Moment in der Geschichte der Klinik, die gerade ihr 30-jähriges Bestehen gefeiert hat. Kein ungetrübtes Jubiläum. Bei der Feier mit Ochs am Spieß, der Kinderarzt war noch dabei, hat die Band „Yesterday“ gespielt, als wollte sie alte Zeiten beschwören. Zeiten, als die unerbittliche Logik des Geldes für ein Krankenhaus noch nicht galt. Als der Platz des Arztes noch am Bett des Kranken war, und nicht immer häufiger am Schreibtisch. Als die technischen Grenzen des Handelns noch halbwegs überschaubar waren und der Fortschritt den vielgestaltigen Exorzismus des Todes noch nicht in die heutige Enge ethischer Entscheidungen getrieben hatte. Nicht nur wissenschaftlich kompetent sei er gewesen, sagt nach der Trauerfeier der Chef des Verstorbenen, Udo Radlow, sondern

ReporterFORUM

www.reporter-forum.de

begnadet mit dem Blick für Kranke, idealistisch und rebellisch, ja geradezu kämpferisch, wenn es um seine Patienten ging. Jetzt wird er ganz besonders fehlen, da zu allen alltäglichen Kämpfen noch das Ringen um die Existenz der Kinderklinik beginnt. Denn sie ist gefährdet – aus wirtschaftlichen Gründen. Und nicht nur die Kinderklinik. Wenn es ganz schlimm kommt, steht das Krankenhaus auf dem Spiel, ja, das ganze bisherige System. Und damit auch der traditionelle Arztberuf.

Klinikum Friedrichshafen. Eigentlich ein angenehmer Ort, umgeben von Wäldern, keine zehn Minuten vom Zentrum der knapp 60000 Einwohner zählenden Stadt am Bodensee entfernt. Ein Krankenhaus jenseits der prominenten Universitätskliniken. Modernisierter 1970er-Jahre-Bau, vier Stockwerke, Markisen in Gelborange, die dem Licht hinter den großen Fenstern eine Farbe der Zuversicht geben. Eine große Drehtür, die Menschen ins Foyer befördert – Gesunde mit Sorgen in den Gesichtern, Gebrechliche in Rollstühlen, Patienten mit Verbänden an den Gliedern, Krücken, Morgenmäntel, Rollkoffer. Und alle, die kommen, suchen hier eines: den guten Arzt. Doch genau das, ein guter Arzt zu sein, wird immer schwieriger, sagt Kinderarzt Radlow. Immer mehr gelten Gradmesser, die mit klinischer Heilkunst wenig zu tun haben: Effizienz, Rationalisierung, Wirtschaftlichkeit – und trotzdem bleibt die Pflicht, der Wunsch, auf höchstem Niveau zu behandeln und zu heilen. Noch nie sah sich die Medizin so in die Zange genommen. Die junge Internistin Inga Leins hat bis zuletzt um das Leben ihres Kollegen gerungen. Schließlich starb er unter ihren Händen. Jetzt spricht die 33-Jährige von einem „einschneidenden Ereignis“ in ihrem Leben, in ihrer Laufbahn. Einen Augenblick der Besinnung habe sie erlebt und sich gefragt: Was soll aus mir werden? Sie, die so gern mit Patienten ein Schwätzle in tiefstem Schwäbisch hält, hätte auch sagen können: aus uns. „Operiert euch doch selbst!“, steht auf den Transparenten, die Klinikärzte auf Demonstrationen neuerdings vor sich her tragen – eine so noch nie gesehene Kampfansage der „Sklaven in Weiß“, die bemerkt haben, dass sie im Ringen um ihre Rolle in die Defensive geraten sind. Das Arztsein – ob in der eigenen Praxis oder im Krankenhaus – wird immer mehr zu dem Zwang, die Quadratur des Kreises zu vollbringen und mit weniger Geld mehr zu leisten. Doch es geht nicht nur ums Geld. Wir führen einen Velfrontenkrieg, sagt Inga Leins, und schon ist sie wieder fort, irgendwohin befohlen von ihrem Funkgerät.

Tage, Nächte, die Atemlosigkeit des Klinik-Alltags: Die junge Ärztin hastet vorbei, die rote Notarztjacke über der Schulter, blass und übernächtigt. Der Sonntag stecke ihr noch in den Knochen. Auch die letzte Nacht war anstrengend, das Übliche. Oberschenkelbruch einer 90-Jährigen, „in dem Alter eine Katastrophe“, Teenager nach

ReporterFORUM

www.reporter-forum.de

Motorradunfall, Hochschwangere mit schweren Blutungen, „liegt schon im OP“. Nur die „Zug-Leiche“ eines Selbstmörders war für Inga Leins ein erstes Mal. Ein ganz normales Krankenhaus eben, eingerichtet für die medizinische Zentralversorgung im schwäbischen Bodenseegebiet, ausgestattet mit allen Disziplinen ärztlicher Kunst. Ein mittleres Haus, 430 Betten, 91 Ärzte, 238 Schwestern und Pfleger, 43 Verwaltungsangestellte, 15000 stationäre, 18000 ambulante Patienten pro Jahr. Und in den roten Zahlen. Wie viele der noch rund 2200 Krankenhäuser Deutschlands, nachdem mehr als 130 in den vergangenen zehn Jahren schließen mussten. So kreisen auch hier die Gespräche immer wieder um die Frage: Was soll aus uns werden? Vom Foyer geht gleich neben Kiosk und Friseur eine Glastür ab. Dahinter Donald Duck und kleine schwarze Raben auf Wände, Fenster und Türen geklebt. Kommen Sie in unsere Abteilung, solange es sie noch gibt, hat Kinderarzt Radlow gesagt, der nicht wie ein Kämpfer wirkt, eher wie ein scheuer Intellektueller, „bei uns herrscht Endzeitstimmung“. Die Kinderstation. Fünf kaum handgroße Brustkörbe in Brutkästen zucken, unermüdlich angetrieben durch die Luft aus der Maschine, Zwillinge und Drillinge, die um ihr winziges Leben ringen. Und nun ist noch ein Säugling angekündigt, eben erst im zweiten Stock in einer Notoperation aus dem Leib seiner Mutter geholt, viel zu früh – „rohes Ei“ nennen sie das hier. Und das gerade jetzt, da die Station schon überfüllt ist – und nach dem Verlust des erfahrenen Oberarztes ohnehin in einer ungunstigen Situation. Im Laufschrift schieben Schwestern einen weißen Metallkasten vor sich her. Drinnen der Säugling, bereits intubiert und beatmet. Er braucht Hochintensivmedizin und spezialisierte Ärzte, und das so schnell wie möglich. Doch wenn es nach dem Urteil von Wirtschaftsprüfern geht, die vom Stadtrat in die Klinik berufen wurden, dann können solche Fälle, weil unökonomisch, hier bald nicht mehr behandelt werden. Chefarzt Radlow hat entschieden, sich der Herausforderung zu stellen, nicht zuletzt im Andenken an den toten Kollegen. In seiner ruhigen Art berichtet er von der Studie der Consultingfirma. „Erlösorientierter Planungsbedarf“ werde in deren Sprache genannt, um was es dabei gehe. Die Zahlen sind ernüchternd, sie legen nahe, die Kinderklinik zu schließen: zu wenig Gewinn, zu viel Aufwand, zu viel Platzbedarf, da Mütter häufig mit einziehen, und vor allem zu viele Mitarbeiter: Neun Ärzte arbeiten hier in Diensten rund um die Uhr, 5,5 dürften es nach Erlöslage nur sein.

Hochkonzentration auf 18 Quadratmetern. Zwei Ärzte, zwei Schwestern geben all ihre Kraft für ein zerbrechliches, 27 Wochen altes Leben. Liegt bei euch noch irgendwo ‘ne Lunge, ruft jemand und tastet nach dem Beatmungsschlauch. Vorbereitung eines Brutkastens. Überwachungsgeräte werden gestapelt, das Dickicht aus Kabeln wird entwirrt. Auf der Waage ein weißes Tuchknäuel, kaum als Mensch zu erkennen,

ReporterFORUM

www.reporter-forum.de

Flecken von Blut. 1460 Gramm brutto, ruft die Schwester und schält das schmierige Etwas aus dem Tuch. Adrian, so heißt der Kleinstmensch, keine zwei Handlängen groß, hat seine neue, wohligwarme Plexiglas-Heimstatt gefunden. Medizinisch ohne Alternative, ökonomisch fragwürdig, wenn das Ganze zählt und nicht der Einzelne. Kostenfaktor Kind. Der Fall Adrian wird 40148,98 Euro verschlingen. Gewiss, räumt Radlow ein, das Wachstumspotenzial der Abteilung sei begrenzt, da die Kinderzahl abnehme. So argumentieren Gesundheitspolitiker, die erwägen, solche Abteilungen zu schließen. Wenn diese Pläne aber Wirklichkeit werden, hält Radlow dagegen, wird es in Deutschland nur noch „Inselpädiatrien“ in ganz großen Häusern geben. Die Eltern müssten von weit her anreisen, um einen Facharzt zu sehen. Notfall-Patienten wie der Kleine und seine Mutter blieben im wahrsten Sinne des Wortes auf der Strecke. Ein weiter Weg vom ärztlichen Eid. Was für eine Niederlage einer Gesellschaft, sagt Radlow, den Wert von Kinderstationen auf Profit zu reduzieren.

Die „schwärende Fäulnis begann mitten im Herzland der Medizin“, interpretiert der amerikanische Friedensnobelpreisträger Bernard Lown die Ursprünge der Misere. Ärzte ließen sich lange Zeit zu sehr durch finanzielle Anreize verführen. Folge: Eine Schar von Superspezialisten für jedes Wehwehchen, eine Vervielfachung sinnloser Prozeduren (Deutschland ist nach Japan Röntgenvizeweltmeister) und die Belastung der Patienten mit einer Fülle unnötiger chirurgischer Eingriffe (Beispiel: die sprunghaft angestiegene Zahl der Entfernung von Gallenblasen) trieb und treibt die Kosten in die Höhe. Pharma- und Medizintechnikindustrie tun das Ihre dazu: mit überteuerten Medikamenten und Geräten in monströser Vielfalt. In Deutschland sind 30000 verschreibungspflichtige Arzneien auf dem Markt, den Schweizern genügen etwa 4300. Das Gesundheitssystem blutet aus, und mit ihm der Berufsstand des Klinikarztes. Geleitet vom wissenschaftlichen Fortschritt ebenso wie von Renditezielen, treibt der medizinisch-industrielle Komplex die Ärzte mit immer neuen Verfahren und Maschinen tiefer und tiefer in eine Klemme – auch wenn es vielfach nicht um bessere Heilung geht, sondern lediglich um mehr Behandlung oder um die Verlängerung des Sterbens. Und das kostet Geld, das an anderer Stelle eingespart werden muss. Wir sind ja nicht naiv, sagt Radlow, wir wissen längst, dass die paradiesischen Zustände vorbei sind. Schon lange wird hier jeder Cent umgedreht. So benutzen wir etwa keine feinen Infusionssysteme für Neugeborene mehr, sondern die billigen, en gros eingekauften Produkte für Erwachsene. Und vor allem: Wir haben die Bettenzahl reduziert und die durchschnittliche Liegezeit auf 4,3 Tage heruntergeschraubt, Frühchen inklusive, die oft Monate bleiben müssen. Leistungsverdichtung pur. Was sollen wir denn noch tun, ohne den Patienten zu schaden? Die Initialzündung für die massive Krise des deutschen

Klinikwesens lieferte ein Gesetz von 2002. Es regelt die Kostenberechnung der Krankenhäuser über so genannte Fallpauschalen. Früher bekamen die Kliniken ihr Geld nach Länge der Verweildauer, weshalb sie Patienten auch gern mal über das Wochenende dabehielten. Nun hat jede Krankheit einen festen Preis, egal, wie lange der Kranke liegt. Jeder neue Fall bringt Geld. Also müssen immer mehr Menschen – angesichts der Überalterung nehmen die Patientenzahlen zu – immer schneller durch immer weniger Betten geschleust werden. Krankenhäuser, die nicht danach handeln, haben keine Chance. Eine heilsame Kur für das System ist vonnöten, aber muss es dafür umgestürzt werden? Ja, sagen Wirtschaftsberater der Bundesregierung, der Wettbewerb solle die Verwerfungen in der Kliniklandschaft glätten – mit einem Umsatz von fast 65 Milliarden Euro und gut einer Million Beschäftigter ist sie einer der größten Dienstleistungssektoren Deutschlands. 47,6 Milliarden stammen aus den Kassen der gesetzlichen Krankenversicherungen, die damit rund ein Drittel ihrer Gelder für Klinikbehandlungen ausgeben. Trotz steigender Patientenzahlen sind die Etats der Häuser seit Jahren „gedeckelt“, um die Beiträge der Versicherten stabil zu halten. Verlierer dabei sind vor allem die „teuren“ chronisch Kranken wie Diabetiker, Krebspatienten, Rheumatiker oder jene, die lange liegen müssen, wie der kleine Adrian. Wenn er es halbwegs schaffen sollte, wird er schnell nach Hause geschickt werden. Um Wochen früher, als noch vor kurzem üblich.

Der Winzling Adrian macht Probleme. Atemlosalarm der Überwachungsgeräte. Rufe nach Kochsalzlösung, Elektroden. Blutzucker 56, pH 7,22; immer noch zu sauer. Nabelkatheter legen, wir brauchen einen Zugang. Zwischen den kindlichen Leisten voll gelblicher Käseschmiere suchen sie mit Pinzetten nach der Nabelarterie, die noch vor Stunden zur Mutter reichte. Jetzt sollen künstliche Nahrung und Medikamente über sie fließen. Zwei Ärzte vor dem Brutkasten, Körper und Köpfe gebeugt, die Handschuhhände tief durch die Löcher der Überlebenshöhle gereckt. Drinnen im hellen Licht wie ein Blauaderäffchen das Menschlein, in der Lunge Schläuche der Beatmungsmaschine, Speichelblasen schillern am Mund. Manchmal muss man die Kinder quälen, um sie zu retten. Adrian kämpft. Und mit ihm das Team an seinem Brutkasten. Lange Minuten. Und immer wieder schlüpft das Nabelgewebe vor den hauchdünnen Schnäbeln der Pinzetten zurück. Die Oberärztin übernimmt. Stützt das Kinn auf den Brutkasten. Der kleine Bauch zuckt unter ihren Fingern. Skalpell. Gewebe anschneiden, Arterie freilegen. Ein Blutstropfen tritt aus dem kleinen Körper. Vergeblicher Versuch. Schweiß auf der Stirn. Die Ärztin stöhnt. Wieder ist das weiche Gewebe zurückgewichen. Adrians Arterie verweigert sich allen Bemühungen. Die Kinderärzte müssen sich mit der zweiten Wahl zufrieden geben, der Vene. Am nächsten

ReporterFORUM

www.reporter-forum.de

Tag wollen sie einen neuen Versuch unternehmen. Das Kind muss sich erst stabilisieren. Die Ärztin schält die wärmende Klarsichtfolie vom kleinen Kopf, die am Haarflaum klebt, verkrustet mit Mutterblut. Tut mir leid, sagt sie und tätschelt den Bauch. Dann wirft sie ihre Handschuhe weg. Draußen wartet Adrians Vater mit hängenden Armen. Sie müssen Vertrauen haben zu Ihrem Kind, sagt die Oberärztin. Und macht ein Polaroid von Adrian – für die Mutter, die sich von der Operation erholt. Auch hier in Friedrichshafen haben sich private Krankenhausbetreiber vorgestellt. Ihr Rezept: Sie schließen entsprechend der Nachfrage unrentable Abteilungen und gründen neue, lukrativere Stationen, Hüft- oder Kniezentren etwa – spezialisiert auf die von den Kassen gut bezahlten Routineeingriffe. „Rosinenpicken“ nennt das Detlev Jäger, der ärztliche Direktor des Klinikums Friedrichshafen. Auch die Gemeindevertreter befahl ein „Unbehagen“, wie Oberbürgermeister Josef Büchelmeier es ausdrückt. Am Profit orientierte Konzerne müssten eben Kosten-Nutzen-Kalkulationen betreiben und den Renditeerwartungen ihrer Kapitalgeber nachkommen – am liebsten zweistellig. Kann ein Krankenhaus das auf Dauer leisten?, fragt Büchelmeier. Und: Ist es denn dafür da? Deshalb hat man sich in Friedrichshafen, anders als in der Nachbarstadt Lindau, gegen den Verkauf und für eine abgefederte Variante entschieden. Ich will den eigenen Leuten noch ins Gesicht sehen können, sagt der OB. Seit Juli 2005 arbeitet die Klinik als GmbH, rechtlich ein privatwirtschaftliches Unternehmen, Eigentümer bleibt aber die Gemeinde. Wir wollen keine gnadenlose Gewinnmaximierung, versichert Büchelmeier. Gesundheit sei nun mal keine Ware, die in Fabriken produziert werde. Doch auch wir sind keine Romantiker, fügt Büchelmeier hinzu, auch wir können uns kein Hätschelkrankenhaus leisten, auch wir wollen raus aus den roten Zahlen.

Das Krankenhaus, ein Organismus, der manchmal wirkt wie eine Maschine, obwohl er es nicht ist. Ein Organismus, der Qual und Rettung kennt, Macht und Ohnmacht, Segen und Fluch. Wie stärkt man das Immunsystem eines solchen Organismus? Ist Fasten die richtige Medizin? Oder gar der radikale Schnitt, mit dem unrentable Abteilungen wie vergiftete Gliedmaßen amputiert werden? In Friedrichshafen soll Johannes Weindel die Antworten darauf geben, als neuer Geschäftsführer und damit Klinikchef das Krankenhaus im Wald wieder auf Vordermann bringen. Der 50-Jährige gilt den einen als „Messias“, als „Abwickler“ den anderen. Der ehemalige Intensivpfleger, jetzt „Betriebswirt durch und durch“, nennt Patienten gern „Kunden“ und spricht unaufgeregt von Rationalisierung, Effizienz, Einsparungen. Aber auch er sieht, wie viele seiner Kollegen, in der völligen Privatisierung „keinen Königsweg“ für Kliniken. Je nach Träger und Profiterwartung würden die Ärzte und Schwestern in privaten Häusern häufig „ausgepowert“. Warum genügen sechs Prozent Umsatzrendite nicht, fragt sich

ReporterFORUM

www.reporter-forum.de

Weindel, wie er sie bei seinem letzten „Sanierungsfall“, dem Diakoniekrankenhaus Schwäbisch Hall, erwirtschaftet hat? Und das, obwohl er den Assistenzärzten eine Überstundenpauschale von mehreren hundert Euro zahlen und Stationssekretärinnen anstellen konnte, die den Medizinern zumindest einen Teil der Bürokratie abnehmen. Öffentliche Häuser können genauso gut funktionieren wie private, davon ist Weindel überzeugt. Aber wir müssen von den Privaten lernen, lautet seine Devise. Das bedeutet etwa: Kooperationen mit anderen Kliniken, die Einbindung niedergelassener Ärzte in die Versorgung, das Hereinholen von Praxen ins Krankenhaus, eine straffere Organisation und das Zurückfahren ausufernder Diagnostik. Unser Vorteil, sagt der Geschäftsführer: Wir müssen keine Konzernzentralen befriedigen, wir können 100 Prozent unserer Gewinne wieder ins Haus investieren. Und die Kinderabteilung? Das letzte Wort sei noch nicht gesprochen, versichert Weindel.

Auf der Station müht sich gerade eine Ärztin durch Stapel von Papier. Etwa 40 Prozent der Arbeitszeit verbringt das medizinische Personal am Schreibtisch. Wir werden es nicht mehr schaffen, wenn die Stelle des verstorbenen Kollegen nicht wieder besetzt wird. Und: Er war ein Vorbild, er hat immer erklärt, wir hätten den schönsten Part in der Medizin, weil wir vor unseren kleinen Patienten niederknien müssen. Das lehre uns, gute Ärzte zu sein. Davon träumt im ersten Stock, Innere Medizin, auch Katrin Scherer, 28, seit 20 Monaten Assistenzärztin. Fachärztin will sie werden, Internistin, weil auf diesem Gebiet das Spektrum so faszinierend weit sei. Doch erst muss Scherer, wie nach einem ungeschriebenen Gesetz jeder junge Mediziner, durch die „Hölle“. Nur so lerne man sein Handwerk richtig, sagt der ärztliche Direktor Detlev Jäger. Auch er sei da durch. Die Hölle heißt: Bereitschaftsdienst. Also verantwortlich sein für etwa 100 Patienten auf der Station plus alle Neuzugänge in der Nacht. Allein. Und dies, wenn man Pech hat, ein-, zweimal die Woche. Am Ende habe man oft 30 Stunden am Stück nicht geschlafen, sagt Katrin Scherer, fühle sich high wie beim Tauchen in tiefen Gewässern. Es ist Samstagabend. Das Wetter ist umgeschlagen. Die Lichter der Sturmwarnung zucken über dem See. Guten Abend. Scherer, ich bin die diensthabende Ärztin: 28-mal wird Katrin Scherer mit diesem Satz in den folgenden Stunden auf Patienten zugehen, ihnen die Hand geben, sie untersuchen, aufnehmen oder wieder nach Hause schicken. Mindestens 56-mal wird sie die Treppen hinauf- und hinunterlaufen oder den Fahrstuhl nehmen – die Ambulanz für Patienten, die selbstständig kommen, befindet sich im Parterre, „liegend Kranke“ bringen Notärzte zu Scherer in den ersten Stock. Und ebenso oft wird der Piepser ihren Dienst parzellieren. Bereitschaft – meist Arbeit im Akkord, Medizinmaschine. Jung, mit weißen Zähnen und glänzendem Haar steht Katrin Scherer da, Piepser und Stethoskop in der ausgebeulten Kitteltasche. Vor

ReporterFORUM

www.reporter-forum.de

ihr ein älterer Herr, beide Hände gegen seine Brust gestemmt. Bleich ist er. Sodbrennen und Druck hat er. Hier. Scherer horcht in den Brustkorb hinein. Lauscht der gepressten Stimme des Patienten. Zuhören, das schwierigste Instrument im Repertoire des Arztes. Nein, sagt die Ärztin, Sie dürfen nicht heim. Wir wollen Sie nicht beunruhigen, aber wir müssen ausschließen, dass es etwas Schlimmes ist. EKG, Blutentnahme, sofort ins Labor. Ich lege meine Hand dafür ins Feuer, dass der einen stillen Herzinfarkt hatte, sagt Scherer leise. Da ruft der Piepser sie nach unten in die Ambulanz. Eine Patientin mit fiebrigen Augen, Abszess im Analkanal, große Mengen Eiter. Riecht nach Morbus Crohn. Welche Antibiotika die Patientin genommen habe? Die Schwester durchwühlt den Waschbeutel der Frau. Zeigt der Ärztin ein Präparat. Piepser. Zum Telefon. Dort heißt es: Frau Doktor, schauen Sie sich bitte die Pneumonie an. Ich kann mich doch nicht teilen, entgegnet Scherer. Im zweiten Stock kämpft eine weißhaarige Patientin mit schwerer Atemnot. Muss auf die Intensivstation, eine Lungenentzündung kann in diesem Alter tödlich sein. Dort werden Sie besser versorgt, schreit Scherer der schwerhörigen Dame ins Ohr und streicht ihr beruhigend über die Stirn. Rennt zum Telefon. War das letzte freie Bett auf der Intensiv. Wenn jetzt ein 40-Jähriger mit Herzinfarkt kommt, müssen wir entscheiden, wen wir retten. Die alte Dame oder ihn. Wie im Katastrophenfall. Piepser. Wenn man alles im Griff hat, sagt Scherer, kann es großen Spaß machen. Dann spürt sie die Attraktionen des Arztberufes: die Spannung, die aus der Herausforderung kommt, die Freude am Helfen, das Gefühl, etwas Großartiges zu tun. Gibt es einen sinnvolleren Beruf, fragt Scherers Kollegin Inga Leins. In der Ambulanz krümmt sich ein Mann. Pilzvergiftung. Magenspülung. Frau Doktor, ruft eine Schwester, die Patientin hier wartet schon länger. Eine junge Frau, tränennasses Taschentuch. Scherer reicht ihr die Hand. Helfen Sie mir, es tut so weh. Blut im Urin. Blasenentzündung? Bauch abtasten – Berührung, das älteste und wirksamste Mittel ärztlichen Handelns, mit den Händen eindringen in die Intimität eines anderen. Piepser. Nie kann man eine Arbeit gut zu Ende bringen, sagt Scherer. Schreiben im Stehen, Krankenakten anlegen. EKG und Laborergebnisse auswerten. Piepser. Hände desinfizieren. Es wartet ein Mann mit geschwollenem Gesicht. Allergie. Müssen wir anschauen, es droht immer ein Schock. Auf dem Weg schnell einen Schokoriegel essen.

Mit etwa 3000 Euro brutto im Monat muss sich Katrin Scherer begnügen – nach sechs Jahren Studium. Weitere sechs Jahre sind es bis zum spezialisierten Facharzt. Die einzige Möglichkeit, mehr zu verdienen: möglichst viele Nacht- und Notdienste schieben für ein paar hundert Euro extra. Die Kliniken nutzen das aus. Katrin Scherer ist eine von fast 150000 Krankenhausärzten, deren Traumberuf mitunter zum

ReporterFORUM

www.reporter-forum.de

„Jobtrauma“ verkomme. So drückt das Frank Ulrich Montgomery aus, Vorsitzender des Marburger Bundes. Die Gewerkschaft der Klinikärzte will, dass die Grundgehälter um 30 Prozent erhöht werden – vor allem bei jüngeren Ärzten. Illusorisch, sagen die Finanzchefs der Kliniken. Doch sie müssen sich etwas einfallen lassen. Denn ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs sieht vor, dass auch Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit gelten. Also kein unbezahlter Bereitschaftsdienst-Marathon mehr? Erst einmal bleibt alles beim Alten: Die Umsetzung des Gesetzes wurde vom Bundesrat auf Anfang 2007 verschoben. Aber wenn sich nicht schnell etwas ändert, wird den deutschen Kliniken der Nachwuchs ausgehen. Die Ärzteblätter stehen voller Anzeigen aus Skandinavien, Frankreich, England. Dort reißen sie sich um deutsche Mediziner, weil deren Ausbildung noch immer als exzellent gilt. Schon heute sind 5000 Arztstellen an den Kliniken in Deutschland unbesetzt. Gleichzeitig arbeiten bereits 6300 deutsche Klinikärzte im Ausland, wo die Gehälter bedeutend höher sind. Ein weiteres Alarmsignal: Nach aufwendigem Studium kneift mittlerweile jeder dritte Mediziner vor der „Hölle“ und nimmt stattdessen einen Job in Pharmaindustrie oder Verwaltung an. Ärztemangel auch in Friedrichshafen: Mehr als zehn Assistenzärzte haben 2005 gekündigt, viele sind in andere Branchen abgewandert.

Schreie aus Zimmer 14. Frau Glöckner, verstehen Sie mich? Katrin Scherer ruft. Die alte Frau wehrt sich, ballt die Fäuste. Schwerer Schlaganfall. Zwei Polizisten fahren einen Rollstuhl in den Gang. Ein Mann sitzt darin mit hängendem Kopf, auf dem Schoß Teddybär und Pilotenkoffer. Kundschaft, sagt Inga Leins, in dieser Nacht wieder in der roten Jacke des Notarztes: Den haben wir am Bahnhof neben den Gleisen gefunden. Augenuntersuchung. Schnaps oder Tabletten?, fragt Scherer. Wollten Sie sich umbringen? Der Mann knurrt wie ein Tier, als die Polizisten seinen Koffer durchwühlen. Piepser. Scherer rennt zum Telefon. Ich habe jetzt keine Zeit. Kniert wieder. Reden Sie mit mir. Wie viel Alkohol? Piepser. Scherer muss zu einem anderen Fall. Trifft auf dem Weg die Kinderärztin: Sie will noch mal nach Adrian schauen. Im Treppenhaus die Schreie einer Gebärenden aus dem Kreißsaal im dritten Stock. Eine Frau in der Aufnahme übergibt sich. Wie lange ist die Regel überfällig? Zwölf Tage? Sie sind schwanger, das ist alles. Diese „Banalfälle“ sind am schlimmsten, sagt die Diensthabende, die rauben dir die letzte Zeit und den letzten Nerv. Die kommen nachts mit juckendem Ekzem und einer vermessenen Anspruchshaltung, während oben die Schwerstkranken liegen. Wer nicht aufpasst, dem geht das Gefühl für die Patienten verloren. Zuerst werden alle grau und dann irgendwann zum Feind. Ideale schwinden. Es nützt nichts mehr, Jahre Dreck zu fressen, um Facharzt zu werden und sich niederzulassen, sagen die jungen Ärzte. Praxisübernahmen sind kaum noch möglich.

ReporterFORUM

www.reporter-forum.de

Oberarzt werden, als Facharzt die Zwischenstufe der Klinikhierarchie erklimmen – unter den herrschenden Arbeitsbedingungen kaum noch erträglich. Und es irgendwann bis zum Chefarzt bringen, einer Position, in der man dank seiner Privatpatienten noch sehr gut verdienen kann, etwa 20000 Euro brutto im Monat – fast aussichtslos. Die Chefärzte. Als es noch die Ärzteschwemme gab, haben nicht wenige von ihnen ein autoritäres Hierarchiesystem gepflegt. Erst der Ärztemangel hat auch Assistenten ein Druckmittel an die Hand gegeben. Aber selbst wenn sie nun auf die Straße gehen, um zu demonstrieren: Sie können nicht sicher sein, dass die Öffentlichkeit sie nicht alle miteinander in den Topf der Großverdiener schmeißt. Und das zehrt an ihnen. Wer weiß schon, dass in einer Klinik kaum einer an das Gehalt eines tüchtigen niedergelassenen Zahnarztes herankommt? Ein angemessenes Grundgehalt für alle Ärzte, gestaffelt nach Alter und Funktion, steht in weiter Ferne. Und Worte wie „geldgeile Rotarier-Medizin“ sind von Assistenten zu hören. Eine Elite der Nation, die besten Abiturienten, die leistungsorientierten, naturwissenschaftlich geprägten Funktionierer, die Numerus clausus, schwere Prüfungen, endlose Praktika, jahrelanges Wandern von Job zu Job, unzählige Überstunden hinter sich haben – sie leben jetzt mit dem Gefühl, dass sie Einkommen, Prestige, Freizeit, Zukunft verlieren. Und Würde.

Im Fahrstuhl lehnt sich Katrin Scherer an die Wand und schließt die Augen. Es ist 23 Uhr, Scherers Gesicht wirkt angestrengt, ist alles andere als das Gesicht einer Halbgöttin in Weiß. Bis zwei Uhr wird es so weitergehen. Dann Hoffnung auf Schlaf, zwei Stunden vielleicht, im spartanischen Bereitschaftszimmer, der Piepser neben der Liege. Und dann kommen die Gedanken. Fehler. Jeder macht sie. Vor allem, wenn er müde ist. Einem Mann mit starken Bauchschmerzen eine Schmerzmittelspritze verpassen und mit ansehen, wie der Patient das Bewusstsein verliert. Entsetzt feststellen: Medikament verwechselt, stattdessen starkes Schlafmittel verabreicht. Ging noch mal gut, aber das vergisst man nie, sagt ein älterer Kollege. Jeder hat hier so seine Geschichten. Einen Herzinfarkt nicht erkannt, oder genauer gesagt: in der Überbelastung nicht erkennen wollen, obwohl man ein schlechtes Gefühl hatte. Also Qualitätskontrolle. Durch die Industrialisierung der medizinischen Behandlung auf allen Ebenen verändern sich ärztliches Handeln und Selbstverständnis. Standards, Leitlinien, Algorithmen sollen die Arbeit der Ärzte überschaubar machen, Krankheiten und Therapiefolgen müssen genau aufgelistet werden. Bürokratie in Weiß. Die so genannte evidenzbasierte Medizin verspricht, den Wildwuchs der Behandlungsmethoden zu beenden und nur noch die wirksamste und dabei natürlich billigste Therapie gelten zu lassen. Sinnkrise oder Fortschritt? Einerseits spricht nichts gegen das Ziel größerer Sicherheit für die Patienten, andererseits: Wo nur kalkulierbare Tätigkeiten zählen, ist

ReporterFORUM

www.reporter-forum.de

die Heilkunst auf dem Weg, sich in Handwerk zu verwandeln; mehr und mehr verlieren Ärzte ihre Entscheidungssouveränität, überlassen sie Diagnosen und Therapien ganz den Expertensystemen. Statt Zuwendung zum Patienten bleiben ihnen nur noch gut dokumentierte Verrichtungen. Statt Einsatz bis zum Letzten bleiben ihnen vielleicht nur Qualitätskontrolle und Medizin nach Rezept. Das trifft Praxisärzte ebenso wie Kliniker. Den Niedergelassenen zahlt die Kasse pro Arztgespräch ein mickriges Honorar. In den Kliniken tauchen Gespräche mit Patienten gar nicht mehr als Posten in den Abrechnungen auf. Wir sind keine Helden, sagt die junge Internistin Inga Leins, aber wir sind auch keine gefühllosen Technokraten. Alle Qualitätssicherung werde ohne den Geist des hippokratischen Eides ohnehin nichts helfen, also ohne den Fürsorgegedanken, ohne die Bereitschaft, fremde Sorgen zu eigenen zu machen. So wie sie der Kollege zeige, der in seiner Freizeit stundenlang herumtelefoniert, um einen Alkoholiker in einer Entzugsklinik unterzubringen. Oder der Anästhesist, der immer wieder still am Bett einer Patientin steht, weil er sich immer noch nicht erklären kann, wie eine banale Wunde am Arm aus der rüstigen 88-Jährigen ein dahinvegetierendes Etwas gemacht hat. Der all die sichtbaren und unsichtbaren Zeichen auszuloten versucht, mit denen Ärzte und Kranke miteinander kommunizieren. Ein Feingefühl, ein Blick, ein Gespür. Eine Qualität, die man nicht wirklich messen kann – und auch nicht abrechnen. Ebensowenig wie das Gute im guten Arzt. Dieser, so Christoph Bücheler, Anästhesist auf der Intensivstation, sollte vor allem eines können: Gegensätze aushalten, knallhart zupacken und manchmal passiv bleiben. Auch Nichtstun kann Handeln sein. Psychologen nennen das „Schwingungsfähigkeit“. Auch das braucht Kraft, muss ausgehalten werden.

So wie an jenem Sonntag, als der Kinderarzt verstarb. Inga Leins ist wieder zum Dienst eingeteilt, zweiter Stock, Intensivstation, 24 Stunden. Drei der vier vergangenen Wochenenden hat sie gearbeitet. Sonnenschein über dem See. Am besten, sie schaut nicht auf die Uhr. Vor ihr die Monitore, Lebensdaten aller Patienten. Alle Schwerkranken, die an diesem Tag in ihrer Obhut sind, scheinen versorgt zu sein. Vier Schwestern und Pfleger tun ihre Arbeit. Dann das Telefon. Ein Patient unter Reanimation ist auf dem Weg. Die Schiebetür geht auf. Das übliche Szenario. Ein Sanitäter drückt mit aller Kraft auf den Brustkorb des Mannes auf der Trage. Ein anderer schiebt. Der Notarzt läuft neben dran. Als sie in dessen Gesicht schaut, weiß Inga Leins sofort, dass etwas anders ist. Eine Mischung aus Entsetzen und Traurigkeit. Normalerweise lächeln wenigstens die Augen des Sanitäters, wenn er sie sieht. Ich bring dir einen Kollegen, ruft er. Da hat sie ihn schon erkannt, wegen des grauen Bartes – „unser Urgestein aus der Kinderabteilung“, wie sie ihn im Haus oft liebevoll nennen.

ReporterFORUM

www.reporter-forum.de

Der Notarzt spult Basisinformationen ab: auf der Straße gefunden, auf dem Bauch liegend. Kammerflimmern. Elektroschock. Anhaltende Nulllinie. Das heißt, sein Herz steht still. Ich konnte ihn nicht wieder zurückholen. Die Stimme des Mannes ist rau. Geh raus, sagt Inga Leins. Patient und Notarzt kennen sich gut, haben zusammen auf der Kinderabteilung gearbeitet. Waren immer mit viel Herzblut dabei – das überträgt sich. Ein Pfleger übernimmt den Druck auf den Brustkorb. Der Patient blass, spitz, von der Trage ins Bett. Eins, zwei, drei. Ein eingespielter Tanz. Sie hält den Kopf. Schwestern und Pfleger, zwei auf jeder Seite. Die Ärztin übernimmt, drückt mit aller Gewalt rhythmisch auf den Brustkorb, einer holt Medikamente, einer zieht sie auf, einer kontrolliert die Beatmung, einer säubert den Körper. Feines Herzflimmern auf dem Monitor. Elektroschock. Patient bäumt sich auf. Nulllinie, Herz schlägt nicht. Ein anderer Pfleger übernimmt. Druck. Lunge abhören. Ultraschallgerät. Das Herz zeigt kein Zucken. Noch mal Adrenalin, alle drei Minuten. Blick auf die Uhr. 25 Minuten ohne Kreislauf. Sauerstoffmangel. Verdacht auf Lungenembolie, Blutgerinnsel in den Lungengefäßen. Sollen wir die auflösen? Die Ärztin läuft raus. Telefon. Chefarzt ist zu Hause und sagt: Ja. Ich komme. Wieder ans Bett. Medikament in die Vene. Druck, Druck. Die Gesichter der Schwestern werden starr. Noch zehn Minuten, und dann hören wir auf, sagt die Ärztin. Druck. Druck. Der Kampf gegen den Tod, der immer ein wenig auch der eigene ist. Immer wieder der Blick auf die Uhr an der Wand. Endlos. Überwältigende Verantwortung – für eine einfache, schlecht bezahlte Angestellte. Kein Abteilungsleiter in irgendeiner Verwaltung, kein Chef eines Betriebes und auch keiner der fürstlich bezahlten Spitzenmanager muss so etwas je schultern. Und dann: Wir hören auf. Inga Leins schaltet das Beatmungsgerät aus. Leere, Stille. Sie lassen die Arme hängen. Wenn man jemanden kennt, dann verändert sich die Perspektive, dann zerfällt der größte Schutzwall im Routinebetrieb: die Gnade der Anonymität. Leises Rauschen der Klimaanlage. Radiogemurmel aus der Teeküche. Inga Leins geht hinaus und nimmt den Notarzt in die Arme. Er hätte das nicht gewollt, sagt sie, als Apalliker mit Hirnschaden an die Decke zu starren. Das ist schlimmer als der Tod. Ich habe es nicht übers Herz gebracht, schon draußen aufzuhören, sagt der Notarzt, seine Frau war doch dabei.

Wenn es etwas gibt, das alle hier vereint, dann ist es eine Art immerwährender Schuld, das Gefühl, nie genug oder vielleicht zu viel getan zu haben. Immer bleibt eine Restunsicherheit. Diese Empfindung des verdrängten Versagens lässt sie ihre alltägliche Leistung banalisieren und neutralisieren. Das ist der große Graubereich, an dem jede noch so gute Gesundheitsreform vorbeizieht, -regelt und -deckelt. Dort, wo die Not der Ärzte nicht zu beziffern ist. Die Not des Gewissens, der Entscheidung, des moralischen

ReporterFORUM

www.reporter-forum.de

Handelns. Die nimmt ihnen niemand ab. Wir brauchen Hilfe, wir müssen uns eingestehen, dass auch wir bedürftig sind, sagt Christoph Bücheler, der Anästhesist. Besonders da, wo sich Gesichter über Nahtote beugen, wo Ärzte gezwungen sind, nicht nur gegen, sondern auch manchmal für den Tod zu kämpfen. Bitte unterbrechen Sie mich, wenn Sie etwas nicht verstehen. Das Wort hat der Oberarzt der Anästhesie in der Intensivstation. Er richtet es an die Mitglieder der Ethikkommission, die auf seinen Wunsch zusammengekommen sind. Die zwei Seelsorger des Hauses, der Pflegeausbilder der Schwesternschule, der ärztliche Direktor, der Chefarzt der Chirurgie, eine Schwester von einer anderen Station. Der Oberarzt hat sie einberufen, um Hilfe zu holen. Wir selber sind zu eng dran, sagt er. Es besteht Handlungsdruck. Diagnosen haben sich angesammelt, wir brauchen eine gemeinsame Empfehlung. Die Kommissionsmitglieder stehen um ein Intensivbett. Darin ein alter, bewusstloser Mann im Gewirr der Maschinen. Der Oberarzt fasst zusammen: Gefäßpatient, 86 Jahre, bewusstlos. Vor zwölf Jahren Herzinfarkt. Jetzt Oberschenkelfraktur. Magen-Darm-Blutung. OP musste abgebrochen werden, da Patient instabil. Lunge, Herz, Niere arbeiten nicht mehr selbstständig. Multiorganversagen. Verschlechtert sich laufend. Ein Fuß bereits amputiert, hat den Körper vergiftet. Gefäßverschluss am anderen Bein. Blau an den Endgliedern. Amputation der Finger steht bevor. Prognose: sehr schlecht. Seine Töchter wollen kein weiteres Leid. Ich schlage vor, dem Krankheitsbild seinen Lauf zu lassen, schließt der Anästhesist. Es heißt im Klartext, den Filter des Dialysegeräts nicht mehr auszuwechseln. Die kleine Maschine erlaubt jene Blutreinigung, die Schwerstkranke nach einem Nierenausfall noch lange am Leben erhalten kann. Auch so ein Fortschritt, der auf der einen Seite Leben rettet und auf der anderen Leiden verlängert. Ohne die Dialyse rund um die Uhr wäre der Patient längst verstorben. Manchmal muss ein guter Arzt seine Patienten sterben lassen, sagt Inga Leins. Aber es gibt eine Kluft zwischen den Generationen. Bei den jüngeren Ärzten hat sich eine Bewusstseinsveränderung vollzogen. Das Allmachtsgehebe ist endgültig vorbei. Wir haben mehr Respekt vor dem Tod, sagt sie. Wir denken: Leben – nicht um jeden Preis. Ältere Kollegen haben noch gelernt: Leben um jeden Preis. Doch wir brauchen Hilfe, sagt Inga Leins. Ethikkommissionen, Richter, Patientenverfügungen, aufgeklärte Angehörige und viele Diskussionen. Wir brauchen die Gesellschaft, die sich einig wird, wie wir vorzugehen haben. Die Welt da draußen darf uns mit den Entscheidungen nicht allein lassen. In Deutschland sterben 800000 Menschen im Jahr, sagt die junge Ärztin, 400000 von ihnen im Krankenhaus. Der Chefarzt der Chirurgie hat dem Anästhesisten ernst und schweigsam zugehört. Der alte Mann im Bett ist sein Patient. Das Einzige, was wir noch machen können, sagt er, ist, das Volumen zu erhöhen. Vielleicht verbessert die Flüssigkeitszufuhr die Durchblutung. Das sollten wir noch mal probieren.

ReporterFORUM

www.reporter-forum.de

Nach meiner Meinung ist das Volumenkonzept ausgeschöpft, entgegnet der Anästhesist. Was soll das auch bringen? Es wird ihn nicht retten. Der Chirurg schweigt. Und hört die Seelsorgerin sagen: Haben die Töchter denn nicht entschieden, dass sie das Leiden nicht verlängern wollen? Ich würde nicht wollen, dass meinem Vater das passiert. Der Chirurg: Aber wir sollten es versuchen. Die anderen schauen einander hilflos an. Im Kaffeeraum sagt eine Schwester leise: Mein Gott, der arme Mann, der verwest doch schon. Kampf unter Kollegen. Kampf für einen Tod. Das alltägliche Drama. Wer setzt sich durch? Chirurgen würden ein Krankheitsbild oft gar nicht genau kennen, für sie gelte im OP der Einsatz bis zum Letzten, sagt der Anästhesist, die Aktion, das Handeln, das sei ihre Rolle in diesem Spiel. Wahrscheinlich müssen Chirurgen so sein, gibt er zu, offensiv, aggressiv. Sonst könnten sie ihre tägliche, oft Leben rettende Arbeit an offenen Leibern gar nicht leisten. Der behandelnde Chirurg hat das letzte Wort. Doch am Steuerpult, wenn es darum geht, Leben zu verlängern oder zu beenden, stehen die Anästhesisten. Sie sind es, die mit ihrem Wissen und ihren technischen Möglichkeiten bei schwerstkranken Patienten unglaublich lange das Sterben aufhalten können. Oder eben nicht. Wir geben für eine Stunde mehr Volumen, ordnet der Anästhesist an, länger nicht. Dann habe ich meine Pflicht gegenüber dem Chefarzt getan. Danach lassen wir der Krankheit ihren Lauf, wir wechseln den Filter des Dialysegeräts nicht mehr aus. Ein erträglicher Kompromiss. Der Patient wird ruhig einschlafen. Wir können ihn nicht retten. Wir müssen maßvoll handeln, erklärt der Anästhesist sein Verhalten. Wir müssen nicht immer die ganze Hochleistungsmedizin abspulen, wie es unten bei den Kindern gemacht wird, die noch ein ganzes Leben vor sich haben. Dort unten im Parterre steht Kinderarzt Radlow am Bett des Säuglings, dem seine Mutter den Namen Adrian gegeben hat. Der Winzling atmet selbstständig. Er wird es schaffen. Wir hier haben den schönsten Part in der Medizin, sagt der Arzt. Die meisten unserer Patienten verlassen uns geheilt. Er lacht und gibt dem kleinen Körper im Brutkasten einen Schubs. Manchmal muss man Adrian noch ans Atmen erinnern. An diesem Tag hat Radlow mit dem neuen Geschäftsführer gesprochen. Hat eine gute Nachricht erhalten. Die Kinderklinik wird nicht geschlossen, sogar ausgebaut: Eine psychosomatische Abteilung für junge Menschen soll dazukommen. Ein Arzt ist tot. Ein neuer soll ihm folgen, die Oberarztstelle wieder besetzt werden. Doch wir werden es nicht leicht haben, sagt Radlow, überhaupt noch einen Nachfolger zu finden.

Hania Luczak, GEO-Redakteurin und promovierte Biochemikerin, und der Fotograf Andreas Reeg, 34, haben Wochen mit den Menschen im Klinikum Friedrichshafen verbracht. Ihr Dank und Respekt gilt den Ärzten, Schwestern und Pflägern, ohne deren Offenheit und Unterstützung diese Reportage nicht hätte entstehen können.

Reporter**FORUM**

www.reporter-forum.de