

2 Als Arzt in der klinischen Medizin arbeiten Sie in einem sehr kontaktintensiven Berufszweig. Alles, wirklich alles dreht sich um den Menschen. Kommunikation im weitesten Sinne stellt damit neben dem ärztlichen Handwerk die wichtigste kurative Aufgabe dar. Diese Grundbedingungen trifft man auch in den chirurgischen Fächern an. Weil der Patient von der chirurgischen Kunst in der Regel nicht nur nichts versteht, sondern sie mit Ausnahme der Hautwunde noch nicht einmal sieht, muss der Chirurg seine Arbeit »übersetzen«.

Die Patienten erwarten von Ihnen also mehr als nur das kundig geführte Messer. Dabei reicht es jedoch nicht aus, die technischen Abläufe laienverständlich zu erläutern. Bildsprache, Stimmung und Suggestion sind untrennbar mit der chirurgischen Kunst verbunden. Eine enge und stabile Arzt-Patienten-Beziehung ist gerade in der Chirurgie von zentraler Bedeutung. Erst diese vertrauensvolle Verbindung erlaubt es dem Patienten, alle Mühsal zu ertragen, einen großen Teil seiner Selbstbestimmung aufzugeben und erhebliche Gefahren ohne Panik durchzustehen. Ohne einen Pakt mit dem Patienten zu schließen, wird man keinen dauerhaften Erfolg haben. Nur das abgehobene Genie kann es sich leisten, sein soziales Umfeld zu vernachlässigen.

Stellen wir uns einmal vor:

Sie nehmen eine 77-jährige Dame mit einem Kolonkarzinom auf. Die Diagnose kommt überraschend, sie hatte zuvor keine Beschwerden. Und sonst: verwitwet, 2 Kinder leben auswärts, kleine Wohnung, kleine Rente. Hochdruck und Cholesterin, die Gebärmutter kam schon in den 80ern raus. Was ist zu tun? Natürlich werden wir das Karzinom entfernen, und zwar gründlich. Wir werden alle chirurgischen Künste anwenden – vor, während und nach der OP. Wir werden über OP-Technik, Fast-Track, Remobilisation, Atemtherapie, Chemotherapie, Nachsorge und Rehabilitation reden. Wir wechseln Pflaster, ziehen Katheter, kontrollieren Laborwerte, hören Peristaltik, entfernen Drainagen und mahnen die Atemtherapie an. Wir sind wirklich gute Technokraten, denn wir verstehen unseren Job!

Und reicht das aus? Nein, denn die Frau hat Angst. Richtige Angst. Für sie geht es ums Leben, für uns um das Bett am Fenster in Zimmer 104. Die OP ist

erst die vierte Hemikolektomie im fünften Weiterbildungsjahr. Das ist aber nicht alles. Die Patientin: Ihr Mann ist tot – die Ehe war eh kein Kracher – die Kinder sind weit weg, noch niemand kam zu Besuch. Und zu Hause wartet keiner ... – doch, der geliebte kleine Hund. Pudelmischling, 13 Jahre, kann schlecht laufen, die Hüfte, wissen Sie. Und jetzt? Jetzt agieren wir als Arzt und nicht nur als Mediziner. Als erstes nehmen wir die Angst. Wir operieren den Krebs nicht nur, wir befreien die Frau davon. »Keine Sorge, wir können das gut, wir kümmern uns darum, das klappt, wir sind ja da. Sehen Sie mal, das geht doch schon ganz toll. Das macht nichts, nehmen Sie sich die Zeit, die Sie brauchen, wir haben keinen Druck.« Und bevor es in die Reha geht, wird der Hund versorgt. Vielleicht hilft die Tochter, die man angerufen hat? Oder der Nachbar oder die Gemeindeschwester? So geht das. Würde man das für sich selbst nicht auch so wollen?

Kommunikation kann natürlich in unterschiedlichen Formen stattfinden: verbal und nonverbal. Verbale Auseinandersetzungen sind wir aus Schule und Studium gewohnt. Der nonverbale Teil wird oft unterschätzt. Haltung, Mimik, Kleidung, Frisur, Gestik oder Geruch senden jederzeit Botschaften, ohne dass wir uns dessen immer bewusst sind. Als Arzt ist man aber nicht mehr allein. Man agiert mit fester Rolle auf einer vorgegebenen Bühne, und das Publikum ist gnadenlos! Erfüllen Sie die Erwartungen nicht, dann werden Sie unbarmherzig abgestraft.

Das nächste Beispiel:

Finanzbeamter, 48 Jahre, spätberufener Tennisspieler, jung geblieben, seit 3 Monaten Kniebeschwerden rechts, Meniskusriss, jetzt Arthroskopie. Sie sind müde, lange Party am Vorabend, musste auch sein, die Anästhesistin war echt süß. Verschlafen, nicht geduscht, unrasiert, zu spät in der Frühbesprechung, Chef hat's gemerkt. Na super, und jetzt dieser Erbsenzähler. Schnell noch eine rauchen, auf geht's.

Wie wird das wohl ablaufen? Sie tragen für den Empfänger so viele schlechte nonverbale Botschaften, das kann mit der besten Rhetorik nicht mehr wettgemacht werden. Der Tag ist sicher gelaufen.

Neben der Kommunikationsform sind auch die unterschiedlichen Kommunikationsebenen wichtig. Eher selten trifft man sich auf der Horizontale gleichberechtigter Gesprächspartner. Im Stationsalltag begegnen Sie viel häufiger einem ungleichen Dialog. Das macht die Gespräche nicht leichter, denn man muss mit viel mehr Augenmaß und Bedacht vorgehen. Vermeiden Sie jederzeit die direkte Variante von oben. »Du sollst nicht ...« funktioniert vielleicht bis zum Alter von 4 Jahren, danach sieht es eher schlecht aus. Und »bitte, bitte, bitte ...« verkehrt die Verhältnisse auch ins Falsche. Ärzte sind gegenüber Patienten keine Bittsteller. Versuchen Sie eher zu appellieren. Präsentieren Sie die Ergebnisse in verständlicher Form, halten Sie geführte Interviews und nehmen Sie die Ihnen anvertrauten Patienten empathisch mit. »Wir« statt »Sie« und »Wir« statt »ich«.

Die grundsätzliche Haltung ist trotz aller Individualität von Sender und Empfänger immer die gleiche: Erfolgreiche Ärzte sind ehrlich, mitfühlend und offen. Wir agieren dabei aber nicht selbstaufgebend, stattdessen bleiben die Rollen klar verteilt. Der Arzt zeigt den Weg, aber der Patient muss ihn selber gehen. Doch wir helfen dabei, wir sind Stütze, Rast und Reservedepot.

2.1 Patienten, Angehörige und Kollegen

Jede Form von Kommunikation wird außer durch Inhalt und Situation auch durch den Sender und den Empfänger bestimmt. Zielt man auf Verständnis und Kooperation und nicht auf Konfrontation, liegt es sehr viel näher sich auf den Empfänger einzustellen, als dies umgekehrt von ihm zu verlangen. Da wir im Krankenhaus zudem meist zweckgebunden kommunizieren, ist ein Verlust der Zielorientierung nicht nur sinnlos, sondern unter Umständen sogar kontraproduktiv. Um jederzeit die richtige Einstellung zu unserem Gegenüber zu finden, muss man seinen Gesprächspartner deshalb gut kennen. Wir treffen täglich drei wichtige Gruppierungen: Patienten, Angehörige und Kollegen.

2.1.1 Patienten

Die von Selbsthilfeorganisationen und Patientenbeauftragten allzeit geforderte Kommunikation auf Augenhöhe zwischen dem Patienten und seinem Arzt offenbart sich im medizinischen Alltag schnell als pure Illusion. Selbst bei maximaler Transparenz und Offenheit trifft hier der interessierte Laie auf den Experten. Der Arzt bleibt immer der kundige Berater, der selbst bei einer konsensuellen Entscheidung den richtigen Weg weist, weil der andere ihn nicht kennt. »Frau Doktor, was würden Sie denn machen?«, ist der schlichte Ausdruck des alten paternalistischen Systems, das trotz aller Mündigkeit in großen Teilen immer noch fortbesteht. Schon wegen des fachlichen Vorsprungs treffen Sie sich mit den Patienten so gut wie nie auf einer horizontalen Ebene. Die Überlegenheit auf ärztlicher Seite wird durch die ungleiche Rollenverteilung noch erheblich verstärkt. Einer sucht Hilfe, und der andere kann sie geben.

Um dieses Ungleichgewicht zu mindern, braucht es an erster Stelle Respekt. Nehmen Sie die Patienten zunächst so, wie sie sind. Um Ihre Rolle zu komplettieren, müssen Sie Sicherheit verströmen. Mindern Sie die Angst, bieten Sie Führung in der Not. Damit ist die Grundlage dann gelegt. Der Rest variiert stark je nach der üblichen Erlebniswelt der Patienten. Menschen, die im Berufsleben seit Jahrzehnten daran gewöhnt sind, Aufforderungen oder Befehle zu erhalten, fällt die Integration in den fremdbestimmten Krankenhausalltag oft leichter. Wird der Klinikaufenthalt dagegen als verdiente Rundumversorgung interpretiert, können die Ansprüche sehr schnell die Erwartungen übersteigen. Performer geben oft nur ungern ihre Selbstbestimmung ab. Traditionalisten fügen sich brav in Ihre Rolle, während Hedonisten Krankheit und Heilung gar nicht ernst nehmen.

Sie werden als Arzt angefleht und beschimpft, bewundert und verflucht. Man wird von Ihren Lippen lesen und Sie im nächsten Zimmer auslachen; ein Tag überhäuft Sie mit Forderungen, der nächste mit Geschenken. Wenn Sie die Mechanismen dahinter verstehen, fällt das Wechselbad nicht mehr so schwer. Dann werden Sie es schaffen, dass sich jeder Patient bei Ihnen so fühlt, wie sie oder er es braucht: auf individuelle Art besonders. Dazu noch

ein wichtiger Hinweis: Die anstrengenden Patienten meiden wir gerne – aber das ist gefährlich, denn dann verpassen wir auch deren Komplikationen. Der Querulant von Zimmer 12 liegt dann ganz plötzlich in großer Not auf der Intensivstation.

2.1.2 Angehörige

Die Kontaktfläche mit Angehörigen ist sehr viel kleiner oder auch kürzer. Die Beziehung wird in der Regel auch weniger intensiv sein als zu den Patienten. Sie funktioniert nach eher einfachen Prinzipien. Das macht die Sache einerseits leichter, birgt andererseits aber auch große Gefahren.

Die meisten Angehörigen machen sich Sorgen um ihre erkrankten Verwandten oder Bekannten. Man erwartet von Ihnen als Therapeut, dass Sie diese nehmen, was natürlich am ehesten im Heilungserfolg gelingt. In der Krise schlägt diese Erwartungshaltung dagegen schnell in Empörung um, die Hilflosigkeit wandelt sich zur aggressiven Vorwurfshaltung. Das Vertrauen ist verloren und die Angst siegt. Sätze wie »Sie hatten doch gesagt, das klappt«, »Hier muss jetzt etwas passieren« oder »Nie sieht man einen Arzt« beschreiben eine Kaskade, die auf dem direkten Weg in das Krisengespräch führt. Doch da wollen wir gar nicht hin. Also aufgepasst!

Die Bedürfnisse der Angehörigen sind klar, und sie sind eigentlich leicht zu befriedigen – einmal abgesehen von einzelnen überstiegenen Erwartungen, dass der Arzt 50 Jahre körperlichen Raubbau des Patienten in 3 Tagen Krankenhausbehandlung wettmachen könne. Wir müssen zuerst die Sorgen nehmen. Das gelingt am leichtesten durch eine aktiv vorgetragene Transparenz. »Schön, dass wir uns kennenlernen. Ihre Mutter wird ja morgen operiert. Wir haben alles schon besprochen, aber ich erkläre schnell noch mal, was wir machen«, ist einer ersten Kontaktaufnahme angemessen. Ein kurzer Anruf nach Eingriff oder Intervention oder die zeitnahe Durchsage von wichtigen Untersuchungsergebnissen schafft Vertrauen und Sicherheit. Im Komplikationsfall ist es ganz besonders wichtig, die Führung in der Beziehung zu behalten. »Gut, dass Sie kommen, wir müssen über Ihren Mann sprechen. Wir machen uns Sorgen«, ist sehr viel bes-

ser, als sich im Arztzimmer zu verschanzen. Bieten Sie gerade bei schwierigen Angehörigen Offenheit statt Distanz. Das schlägt vielleicht nicht immer in Dankbarkeit um, aber es erspart unter Umständen viel Ärger und Nerven. Und letztere brauchen Sie in der Chirurgie für ganz andere Dinge.

2.1.3 Kollegen

Die Kommunikation mit den Kollegen spielt sich auf unterschiedlichen Ebenen ab. Wir treffen uns fachlich, kollegial und persönlich. Auf fachlicher Ebene diskutiert man medizinische Sachverhalte. Kollegial verteilen wir die Dienste, die Wochenendvisiten oder die Stationsarbeiten. Ein persönlicher Austausch entwickelt sich sehr schnell durch die Nähe am Arbeitsplatz und eine geteilte Empathie für die Patienten, aber auch durch die Konkurrenzsituation um besondere Ausbildungsplätze oder Operationen. Dazu kommen häufig erhebliche Alters- und Reifeunterschiede. Die Altersspannbreite in der Assistentenschaft kann 15–20 Jahre betragen. Und dann gibt es auch noch die Ober- und Chefärzte, die nicht nur im Alter, sondern auch in der beruflichen und privaten Sozialisation weit vom Neuanfänger entfernt sind. Neben den erheblichen Divergenzen an Erfahrung prallen hier manchmal ganz unterschiedliche Lebenswelten aufeinander. Diese bunte Vermischung führt zu einem ständigen Rollenwechsel, was die Sache sicher nicht immer erleichtert.

Die wichtigsten Grundlagen, um in einem solchen Umfeld erfolgreich zu kommunizieren, sind wahrscheinlich Respekt und Achtsamkeit. Der mittlerweile so häufig missbrauchte Terminus »Respekt« meint damit natürlich nicht die spezielle Form der Unterwerfung, die im Straßenslang so oft benutzt wird. Gemeint ist vielmehr Respekt vor der individuellen Lebenssituation. Dazu gehört die berufliche Erfahrung des anderen genauso wie die Struktur seines persönlichen Umfelds. Am Anfang weiß man über sein Gegenüber schlicht: nichts. Und trotzdem entwickeln wir zügig ein bestimmtes Bild. Dazu führen viele unbewusste und wenige bewusste Erfahrungswerte, und so ziemlich jeder – mit Ausnahme der Vertreter, die wie in einer durchschnittlichen Liebeskomödie damit prahlen,

immer an die Falschen zu geraten – meint dabei auch noch über eine gute Menschenkenntnis zu verfügen.

Doch häufig sind wir in unserem Urteil viel zu schnell. Die Zeit und die Informationen reichen wahrlich nicht aus, das Gegenüber zielsicher und endgültig in eine Schublade zu stopfen. Ihre Kollegen werden Sie noch nach Jahren mit ungeahnten Höhen oder Tiefen überraschen. Spätestens nach 5 Jahren im Krankenhaus haben Sie von ›himmelhochjauchzend‹ bis ›zu Tode betrübt‹ wahrscheinlich alle gängigen Klischees im Umgang mit ihnen durch. Und trotzdem meinen wir bei dem nächsten Kontakt schon wieder, nach 5 Minuten genau Bescheid zu wissen. Das kann natürlich gar nicht klappen. Wenn Sie so agieren, bleiben Sie im Mittelmaß klemmen.

Begegnet man seinem Gegenüber dagegen offen und ganz ohne Ressentiments, dann erleichtert das nicht nur den Start erheblich. Ihr Kontaktpartner wird diese Offenheit wahrnehmen und ganz sicher belohnen. Respekt bedeutet aber auch, dass wir die anderen in ihrem Anderssein akzeptieren. »Die Welt ist bunt und granatenstark«, lautete das zielsichere Urteil von Keanu Reeves in seiner cineastisch etwas unterschätzten Zeitreise durch die Weltgeschichte. Und genau so ist es. Wir leben nicht nur mit Unterschieden, sondern profitieren auch davon. Eine Fußballmannschaft ist auf ihren 11 Positionen unterschiedlich besetzt. Manche spielen vorne, manche hinten, manche in der Mitte, manche rechts, manche links und einer im Tor. Die Qualitäten müssen abweichen. Und im Erfolgsfall beherrschen die Spieler die ihnen zugedachte Position perfekt und ergänzen sich gegenseitig. Aber niemals, wirklich niemals sind sie alle gleich. Dieses Prinzip lässt sich 1:1 auf die Chirurgie übertragen. Da konkurrieren Leder-Slipper mit Birkenstock-Sandalen wie Lippenstift mit Kleie-Paste. Aber alles passt nebeneinander.

Achtsamkeit geht noch einen Schritt weiter. Es ist ein Lebensprinzip, das sich auf alle Gruppen und Gemeinschaften übertragen lässt, in denen wir uns bewegen. Wenn wir richtig gut sind, dann erkennen wir, was unser Handlungspartner braucht und geben es ihm. Wir achten ganz einfach aufmerksam auf die Bedürfnisse des anderen und nehmen uns selbst zurück. Jetzt nicht missverstehen:

Erneut geht es nicht um Unterwerfung, und wir müssen auch nicht alle zum Buddhismus konvertieren, um erfolgreich im Beruf zu sein. Aber es hat ein bisschen mit Demut zu tun, die nach Professor Dr. Markus Bächler aus Heidelberg die wichtigste Eigenschaft des Chirurgen ist. Die Demut gegenüber Heilung und Natur, die Bächler 2010 in Jena gemeint hat, lässt sich auch auf das Miteinander im Kollegenteam übertragen.

Gemeint ist der Respekt vor dem anderen, der über das rein Berufliche hinausgeht. Da wissen wir meist noch weniger. Nach einiger Zeit lässt sich die berufliche Expertise des Gegenübers grob einschätzen. Aber es gibt ja noch etwas dahinter. Der Mensch ist mehr als nur Arbeit. Das »Dahinter« muss uns nicht interessieren – es gibt Abgründe, in die man gar nicht blicken will. Doch für die Zeit der beruflichen Zusammenarbeit müssen wir die Unterscheide akzeptieren.

Dann sind wir ganz weit vorne.

Checkliste »Kommunikation«

- Agieren Sie für Ihre Patienten als Ratgeber und Lotse.
- Pflegen Sie offene Kommunikationsformen.
- Respektieren Sie die Individualität Ihrer Kollegen.

2.2 Hausarzt- und Überweisermanagement

Die Bedeutung von Hausärzten und Krankenhauszuweisern ist so »outstanding«, dass sie besondere Beachtung verdient. Die Grundlage dieser Sonderrolle ist schnell geklärt: Es geht um die Existenzgrundlage des chirurgischen Handelns, den Nachschub an Patienten. Und der kommt über die Zuweiser, das muss auch dem Berufsanfänger schnell bewusst werden. Jede Klinik bezieht ihre Patienten aus einem Pool von Hausärzten in ihrem Einzugsgebiet. Kurze Bemerkung am Rande: Auch wenn letztere Formulierung sehr merkantil erscheinen mag – wir betrachten Patienten nicht als Ware, die akquiriert werden muss. Doch neben dem Bedürf-

2 nis zu helfen steht im deutschen Gesundheitswesen die wirtschaftliche Realität, sein eigenes Gehalt und am besten auch das von ein paar anderen zu erwirtschaften. Nichts kommt von nichts, willkommen im Wettbewerb!

Je nach Region ist die Konkurrenz mit anderen Krankenhäusern mehr oder weniger stark ausgeprägt. Sieht man von Notfällen ab, die über die Ambulanzen ihren Weg in die Abteilungen finden, aber dank ihres sehr begrenzten Erlösfaktors zur Finanzierung der Gesamtstruktur niemals ausreichen, ist es das Vertrauen der Einweiser in eine Klinik, welches über die Anzahl an möglichen Patienten entscheidet. Natürlich spielt auch das Renommee einer Klinik beim Einweisungsverhalten der niedergelassenen Kollegen eine Rolle.

Die Bestätigung des entgegengebrachten Vertrauens erfolgt durch gute Arbeit und entsprechende Kommunikation und ist für eine dauerhafte Bindung der Kollegen an eine Abteilung entscheidend. Der junge Assistenzarzt profitiert neben den guten Belegzahlen dabei auch ganz direkt von einer starken Einweisungsbilanz: Ohne durchgeführte Operationen kann keine chirurgische Ausbildung stattfinden – keine Patienten, keine Operationen, keine Assistenzen, keine eigenen Eingriffe, kein Spaß.

Wechseln wir einmal den Standpunkt: Als Hausarzt riskiert man bei der Überweisung seiner Patienten eine ganze Menge. Durch die enge Beziehung zum Stammkunden bedeutet jeder ungünstige Verlauf auch einen Vertrauensverlust. »Wer hat dich denn dahin geschickt, also wirklich!« oder »Dein Arzt hat dir ja nicht grade die beste Empfehlung gegeben!«, so etwa lauten oft die unfairen Bemerkungen unglücklichen Patienten gegenüber, deren Verlauf nicht die ideale Karrierekurve von Sebastian Vettel imitiert, sondern eher an den späten Michael Schumacher erinnert. Der Hausarzt fungiert im Medizinsystem neben seiner medizinischen Kompetenz auch als Wegweiser und Lotse. Und wenn der in die falsche Richtung weist, dann hat er seine Aufgabe nicht erfüllt. Das kann die stabilste Arzt-Patienten-Beziehung tief erschüttern. Dabei muss der Tipp gar nicht falsch gewesen sein. Die meisten Behandlungen scheitern ja nicht am schlechten Therapeuten, sondern an der Natur. Macht nichts, da gibt es immer einen Kollegen, der

es besser weiß. »Bei mir wär das nicht passiert«, und schon geht es los.

Es ist daher wichtig, das Verhältnis zu den einweisenden Kollegen zu pflegen und den Vertrauensvorschluss zu rechtfertigen. Die Grundlage einer stabilen Beziehung mit den Zuweisern ist die medizinische Qualität. Es muss schon laufen, sonst wird es auf die Dauer mit der Zusammenarbeit nichts werden. Dazu kommt aber auch eine angemessene Kommunikationsform. Respekt und Achtsamkeit sind hier erneut die Schlüsselbegriffe. Jede Überheblichkeit junger Klinikärzte ist da unangemessen und kontraproduktiv.

Einige Kleinigkeiten können helfen, dieses durchaus als sensibel zu bezeichnende Verhältnis zu pflegen und zu erhalten. Der Aufbau von sozialen Netzwerken mit den einweisenden Ärzten und Hausärzten schafft eine kommunikative Basis, von der eine Abteilung profitiert. Es ist nicht nur medizinisch, sondern auch taktisch klug, den Hausarzt in Entscheidungsprozesse zu integrieren. Wird ein Patient notfallmäßig in der Ambulanz vorgestellt, so erfüllt ein Anruf beim Hausarzt mehrere Funktionen. Neben dem Informationsgewinn über den Kranken erfolgt automatisch auch eine Rückmeldung an den niedergelassenen Kollegen. Wir wissen mehr über unseren neuen Patienten, und der Hausarzt ist gut informiert, wenn am nächsten Tag die verzweifelten Angehörigen in der Praxis stehen. Eine klassische Win-win-Situation.

Eine möglichst detaillierte Kenntnis der Befunde durch den Assistenzarzt ist dabei unabdingbar. Unter Umständen kennen sich Patient und Hausarzt seit Jahren. Da kann man mit schnoddrigem Halbwissen nur wenig glänzen. Übrigens spricht hier der Nachwuchskünstler aus der Klinik mit dem arrivierten Routinier von der Straße – also bloß kleine Brötchen backen! Niemand hat auf den Backfisch gewartet, der mit dem Studium gerade seine berufliche Pubertät abgeschlossen hat und jetzt auszieht, den anderen die Welt zu erklären.

Nochmals ein Seitenwechsel: Wir sitzen jetzt in der Praxis. Jeden Tag geht es um das wirtschaftliche Überleben und nicht um die Golfstunde. Wie Don Quichotte kämpfen wir gegen die Windmühlen – die von Bürokratie, Lobbyismus und Punkterverfall. Da klingelt plötzlich das Telefon, und jetzt geht's los. Da wird eben kurz erklärt, wie es richtig

ist: »Der Patient, den Sie eingewiesen haben, der hat ja ganz 'was anderes. Das war schnell klar, und jetzt mal her mit den Infos, so geht das ja nicht, der wird jetzt mal richtig behandelt.« Das ist natürlich völlig unangemessen, und man muss sich nicht wundern, wenn Don Quichotte sein Begehrt vom Kampf gegen die Riesen ganz schnell auf die Jagd von jungem Rotwild schwenkt. Diese zarte Beziehung ist beruflich wie privat schneller beendet als man glaubt, und mit Zuweisungen ist es dann natürlich vorbei.

Statt linkisch zu schulmeistern verhält man sich also defensiv und freundlich: »Guten Tag, mein Name ist Sasse vom Krankenhaus Marienberg. Ich betreue als Stationsarzt Ihre Patientin Frau Berger. Wir brauchen noch ein paar Informationen, vielleicht könnten Sie uns helfen?«, bitten wir die erfahrenen Kollegen um Mithilfe. Mit ganz wenig Demut und etwas mehr Höflichkeit lassen sich erneut viele Punkte machen.

Bedenkt man die enge Bindung der niedergelassenen Kollegen zu ihren Patienten, so wird die Bedeutung eines solchen Feedbacks klar. Gerade bei komplexen Verläufen sollte der Hausarzt über den Zustand des Patienten informiert werden. Kurz vor der Entlassung aus dem Krankenhaus wird bei längeren Aufenthalten eine telefonische Kurzzusammenfassung von Geschehnissen und durchgeführten Maßnahmen als Vorgriff auf den Entlassungsbrief als sehr professionell gewertet. Auch die Mitteilung von Todesfällen und schweren Komplikationen sollte zum Standard gehören. Transparenz kann in diesem Rahmen nicht hoch genug eingestuft werden.

Damit dabei kein Missverständnis aufkommt: Wir suchen nicht krampfhaft nach Fehlern, die wir kommunizieren wollen. Wir pflegen nicht die altstalinistische Selbstanklage. Und wir suchen auch nicht nach Fehlern, um die Welt vor den bösen Ärzten zu retten. Diesen Populismus überlassen wir schlecht recherchiertem Sensationsjournalismus. Wir agieren auf der richtigen Seite, denn wir wollen wirklich helfen. Aber das bedeutet auch, dass wir offen zu den schlechten Verläufen stehen.

In diesem Kontext darf auch der Wert guter Arztbriefe nicht unterschätzt werden. Generell gilt es, dem Hausarzt eine präzise und prägnante Zusammenfassung des stationären Aufenthalts zu lie-

fern. In Anbetracht der allzeit begrenzten zeitlichen Ressourcen liegt die Konzentration aufs Wesentliche nahe. Wirklich kein Mensch will Arztbriefe lesen, die über eine Seite hinausgehen. Weniger ist mehr – schreiben Sie kurz, knackig und eindeutig. Der Hausarzt fühlt sich bei der Lektüre eines solchen Briefes mit wenigen Sätzen über die wichtigen Details informiert. Wenn es sich nicht mit den Standards einer Klinik überwirft, ist es zusätzlich ratsam, alle beteiligten Ärzte über den Verlauf eines stationären Aufenthalts zu informieren. Wählen Sie im Zweifel immer den großen Verteiler. Dies trägt fast nebenbei zur Ausbildung von Netzwerken bei und unterstützt das externe Marketing. »Tue Gutes, und rede darüber«, ist das Prinzip. Aber Vorsicht: Es muss schon gut sein – und zwar beides, die Arbeit und der Brief. Ihre schlechten Leistungen bleiben Ihrer Umgebung ebenso in Erinnerung wie Ihre Heldentaten.

Checkliste »Hausarzt- und Überweisermanagement«

- Ein gutes Verhältnis zu Hausärzten und Einweisern ist essenziell für die Auftragslage.
- Gezielte und überlegte Kommunikation unterstützt die Beziehung zu den Zuweisern.
- Höflichkeit und respektvoller Umgang gelten gerade für die/den junge/n Assistenzärztin/arzt. Wir arbeiten in einem konservativen Beruf.
- Die Bildung von Netzwerken kann durch verschiedene Maßnahmen unterstützt werden: Dazu zählt auch die Integration der niedergelassenen Kollegen in Verläufe und Entscheidungen.
- Entlassungsbriefe fassen fokussiert die relevanten Informationen eines stationären Aufenthalts zusammen.
- Der breite Verteiler von Entlassungsbriefen schafft Transparenz und bindet ein.

Zum Schluss noch ein wichtiger Hinweis. Die Bedeutung einer professionellen Zuweisepolitik kann gar nicht überschätzt werden. Die Kollegen

da draußen fungieren trotz der Informationschwemme in den Medien für den Patienten als Lotse im Gesundheitssystem. Wen fragt man, wenn man nicht weiß wohin: eine Person, die sich auskennt und der man vertraut. Wer soll das bei uns sein? Im Zweifel der Hausarzt. Im idealisierten medizinischen Sinn ist das auch gut so. Die Patienten brauchen einen Wegweiser und Advokaten. Die Hausärzte fungieren also vielfach als Mittler, aber niemals als Makler. Der Makler kassiert für den Hinweis, für die Kundenbeziehung oder für den Vertragsabschluss Geld. Gibt es nicht in der Medizin? Sollte es nicht geben! Mit Zuweisungsprämien verbessern wir vielleicht die Zuweisungsrate, aber ganz sicher verletzen wir Gesetze. Wir diskreditieren dazu auch unseren Stand, und schließlich veraten wir unseren Auftrag. Wer viel leistet in der Medizin, wer überragend gut ist, der soll auch viel verdienen. Aber unser grundsätzlicher Auftrag in der Gesellschaft ist ein anderer. Wir sollen primär helfen. Wer diese Maxime verlässt, verlässt die ethische Grundlage des Arztseins. Halten Sie Ihr Gewissen rein. Man muss jeden Morgen in den Spiegel schauen und dann mit den eigenen Kindern frühstücken. Und für ganz Unverbesserliche: Die 100-Euro-Prämie zieht nur so lange, bis ein Konkurrent 150,- zahlt. Diese Spirale endet nie.

2.3 Fehler- und Konfliktmanagement

Die Behandlung von Fehlern und Konflikten erfordert besonderes Fingerspitzengefühl. Der schmale Pfad ist sicher nichts für Anfänger, vielmehr ist hier professionelles Konfliktmanagement gefragt. Doch auch in den ersten 100 Tagen lässt sich nicht jede Konfliktsituation meiden. Da hier so viel Fehlerpotenzial schlummert, ist man als Berufsstarter besser vorbereitet, wenn man sich frühzeitig schon einmal mit diesem Thema befasst.

Fehler und Konflikte entstehen im arbeits- und kontaktreichen Krankenhausalltag regelmäßig. Auch im unermüdlichen Bemühen um eine perfekte Behandlung wird nicht immer alles gut gehen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden wir uns nicht annähernd den Qualitätsstandards industrieller Fertigungen nähern. Wie auch – wir behandeln

keine Gegenstände, sondern Menschen, und wir sind selbst Menschen. Diese Einsicht soll keinesfalls die Bemühungen um Qualitätsverbesserungen mindern. Manche Entscheidungsbäume oder Sicherheitsmaßnahmen im Krankenhaus muten wirklich noch mittelalterlich an. Aber Menschen machen Fehler. Wenn eine Fehlerquote von 0 % also nicht zu erreichen ist, benötigen wir eine Strategie im Umgang mit Fehlern. Da die Fehlerquote bei Berufsanfängern – auch statistisch nachgewiesen – höher ist als bei erfahrenen Ärzten, kann man hier gar nicht früh genug geschult werden.

Laien beschränken ärztliche Konflikte allein auf Fehler im medizinischen Handeln. Es wird die falsche Diagnose gestellt, das falsche Präparat fehlerhaft dosiert oder die Operationstechnik nicht richtig angewandt. Klingt alles ziemlich simpel. Es handelt sich um die gängigen Schlagzeilenfehler, die durch die Balkenpresse ziehen. Hier ist richtig und falsch scheinbar klar verteilt, und zwar viel schneller, als es die Realität erlaubt. Die detaillierte Aufarbeitung vermeintlicher Behandlungsfehler ist erheblich komplizierter, und nur selten lassen sich die aufkommenden Fragen alle mit einem einfachen Ja oder Nein beantworten. Das erklärt auch die Länge der meisten Verfahren vor Ärztekammern oder Gerichten, die übrigens in weit überwiegender Zahl zugunsten der behandelnden Ärzte ausgehen.

Neben den echten Fehlern erlebt man im Krankenhaus aber eine viel größere Zahl an Konflikten, die gar nichts mit Fehlbehandlungen zu tun haben. Diese nichtmedizinischen Streitigkeiten sind für den Patienten weit weniger gefährlich als für Sie, denn sie kosten Ihre Kraft und Ihre Reputation.

Damit man als Neueinsteiger im komplexen Management von vermeintlichen und echten Fehlern und den daraus resultierenden Konflikten nicht zwischen die Fronten gerät, gibt es ein paar einfache Regeln.

1. Als erstes hält man sich raus! Sie sind als Anfänger weder in der Lage noch in der Stellung, aktives Fehlermanagement zu betreiben. Das gilt auch für den Fall, dass Sie unbezwingbar davon überzeugt sind, als einziger Arzt des ganzen Hauses den Fall und seinen Verlauf zu durchblicken. Die sehr komplexen Anforderungen an Handeln und Kommunikation fallen

gar nicht in Ihre Verantwortung. Statt sich also zum Mittler oder gar Richter aufzuschwingen, verweisen Sie freundlich auf den nächsten Vorgesetzten. Es ist kein Ausdruck von Schwäche, diesen Rückzug auch mitten in einem Gespräch anzutreten. Viel wichtiger erscheint es, die eigenen Grenzen zu kennen. »Wenn man keine Ahnung hat, soll man lieber die Klappe halten«, klingt brüsk, fasst aber alles korrekt zusammen.

Ein Beispiel: Ein Patient erleidet unter medikamentöser Antikoagulation wegen einer kardiologischen Grunderkrankung eine Divertikelblutung. Die Blutung sistiert spontan und führt bei anamnestisch auch schon aufgetretener Divertikulitis zu einer früh-elektiven Operationsindikation. Am Wochenende vor dem Eingriff kommt es erneut zur Blutung, der Patient wird erfolgreich an einem Samstag versorgt. Der weitere Verlauf ist unkompliziert. Wenige Tage nach dem Eingriff erkundigt sich der engagierte, bis dahin sehr zufriedene Sohn nach dem Grund für die vorgezogene Operation. »Tja, da haben unsere Kollegen in der Inneren wohl die Gerinnung entgleisen lassen«, ist der extrem fachmännische Kommentar des Jungstationsarztes.

Ups! So was gibt eine glatte »6«. Tatsächlich ist nämlich gar kein Fehler passiert, denn die Gerinnungshemmung war ja indiziert, die Handlung auf die erneute Blutung korrekt und der Verlauf auch noch unkompliziert. Durch den unvorsichtigen Kommentar des Jungspunds wird der ganze Erfolg zum Fehler? Absurd.

2. Wir meiden öffentliche Selbstanklagen. »Oh je, ich war's, ich war's«, legen wir am besten schon in der Grundschule ab. Aber wer ein solches Verhalten gar nicht lassen kann, der sollte sich zumindest die richtige Bühne suchen. Der Konfliktfall ist es sicher nicht. Viele Anfänger verwechseln Transparenz mit Selbstbezeichnung, doch es handelt sich um grundverschiedene Dinge. Die Patienten und nach entsprechender Ermächtigung auch ihre Angehörigen oder Vertrauenspersonen haben Anspruch auf eine offene Darstellung der personenbezogenen Abläufe und eine transparente Einsicht in die Unterlagen. Das ist ein Grundrecht. Der Eigenanteil an einer unglücklichen Patientenkarriere muss dagegen nicht

auf dem Silbertablett präsentiert werden. Sie sind nicht verpflichtet, sich selbst zu schaden. Nun meinen Sie in einen Konflikt zwischen Wahrheit und Selbstschutz zu geraten. Die Lösung ist aber auch hier einfach. Sie outen sich nicht in der Öffentlichkeit, sondern bei einer Vertrauensperson, die im einfachsten Fall Ihr Oberarzt oder Ihr Chef ist. Nichts wird dabei verschwiegen. Das weitere Management obliegt dann den »Großen«.

Das nächste Beispiel: Eine Patientin erhält im Rahmen einer Darmoperation eine Single-shot-Antibiose mit den Präparaten A und B. Die Frau reagiert allergisch mit einem Stammexanthem. Im Verlauf kommt es zu einem Harnwegsinfekt, der durch eine kurze Antibiose saniert werden soll. Die Diensthabende entscheidet sich für Präparat A, das auch indiziert ist, aber leider erneut zu einem Stammexanthem führt. Die Patientin wird sofort antiallergisch behandelt. Der Fall wird am nächsten Morgen den Vorgesetzten gemeldet, die die weitere Kommunikation mit der Patientin übernehmen.

3. Man enthält sich jeder vorschnellen moralischen Empörung. Stressgespräche werden leicht persönlich. Da werden einfach so viele Emotionen transportiert, dass die Sachinhalte fast unbemerkt, aber rasant in den Hintergrund treten. Die Patienten und ihre Angehörigen empfinden Angst und Widerwillen. Niemand hatte sich die Krankheit ausgesucht, und dann musste operiert werden, und jetzt auch noch das!

»Da muss man doch was machen, so geht das nicht weiter«, zieht es durch die Familie. Genau heute kommt die Tochter von auswärts, und jetzt wird durchgegriffen. Medizinisch ist bis dato eigentlich noch nichts Schlimmes passiert. Der alte Herr ist zu Hause gestürzt – Schenkelhals – sicher versorgt. Aber jetzt treten die vielen Defizite zutage, die alle schon vorher bestanden, aber irgendwie immer noch kaschiert wurden. Der Mann steht nicht auf und ist phasenweise desorientiert. Eine Flasche Wasser hat er nach der Nachtschwester geworfen und den Dauerkatheter geblockt aus der Blase gerissen. Das blutet ordentlich. Und nun pflanzt sich auch noch eine Lungenentzündung obendrauf. Der Mann wird gar nicht gesund, sondern pflegebedürftig. Dabei hat der Vater bislang doch immer alles

noch selbst geregelt. Kümmert sich hier denn gar keiner? Die Tochter schiebt die Brille ins Haar und bittet energisch um ein Gespräch. Wir sind ganz willig. Aber dann zieht sie die Augenbraue hoch und fängt an, uns den Kopf zu waschen. Na, darauf haben wir gerade gewartet. Wir arbeiten hier aufopferungsvoll, 7 Dienste im Monat, der neue Oberarzt ist ein Erbsenzähler und der Chef ist schrecklich. Und jetzt das! So geht es aber nicht, und schon befinden wir uns mitten in einer Schlacht von Anwurf und Verteidigung.

Was wird dabei herauskommen? Wahrscheinlich nichts Gutes. Es ist viel cleverer, Gespräche dieser Art durchgehend defensiv zu bestreiten. Bleiben Sie nüchtern, erläutern Sie die Sachlage, und nehmen Sie nichts persönlich. Es ist doch auch gar nicht so gemeint. Sie stehen dort nur pars pro toto als Repräsentant der Klinik. Na, dann handeln Sie auch so!

Natürlich sind Sie auch hier nie allein. Viele Kliniken nutzen feste Einrichtungen wie eine Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz (M&M-Konferenz) oder ein Critical Incident Reporting System (CIRS), um unerwünschte Ereignisse institutionalisiert aufzuarbeiten. Neben der kritischen Diskussion des Vorgefallenen dienen solche Konferenzen und Meldesysteme auch der persönlichen Entlastung. Denn Fehler erzeugen auch Schuldgefühle. Die eigenen Kerben im Colt gehen niemals spurlos an einem vorbei und lassen sich viel leichter in einer wohlmeinenden Gesellschaft ertragen.

Für den zugeneigten Charakter der Fehlerbehandlung benötigt man eine Fehlerkultur. Dieser etwas abgeschmackte Begriff umschreibt nicht nur die eingesetzten Instrumente, sondern auch die Grundhaltung. Zu Beginn werden Sie in diesem System keine allzu große Rolle spielen. Meiden Sie jedoch von Anfang an jede Form von Missgunst und Häme. Das sind nicht nur verachtenswerte Gefühlsregungen. Man vergisst im angestauten Kollegenfrust auch schnell, dass es um Menschen geht. Und wenn auch das nicht hilft, dann rettet Sie vielleicht der Schmerz, dass Sie selbst früher oder später ebenfalls dran sein werden, vor peinlicher Schadenfreude. Irgendwann trifft es jeden. Viel hängt hier an der Institution, in der Sie arbeiten, und an ihren Mitarbeitern. Wir lernen am Modell, aber wir sind trotzdem keine Kinder mehr. Einem schlech-

ten Beispiel muss man nicht folgen, man kann sich entscheiden.

Wenn trotzdem alles aus dem Ruder gelaufen ist, darf man nicht schweigen. Konflikte sollten immer aktiv gemanagt werden. Das aktive Handeln schützt vor dem Abdriften in Spekulation und Vorwürfe. Und auch wenn Sie als Anfänger im Verlauf der Krise nicht das Ruder in der Hand führen, Ihre Klinik behält den weiteren Ablauf selbst in der Hand. Schließen Sie Ihre Vorgesetzten deshalb nicht aus dem Konflikt aus. Oft reicht ein einfacher Hinweis, manchmal muss man erzählen, selten wirklich beichten. Nur so bekommt man Verbündete. Und eins ist dabei immer verboten: Lügen. Die haben auch wirklich kurze Beine, am Ende kommt immer alles raus.

Checkliste »Fehler- und Konfliktmanagement«

- Übernehmen Sie nur Verantwortung, die Sie auch tragen können.
- Kommunizieren und handeln Sie im Konfliktfall defensiv. Suchen Sie Rat und Schutz bei Ihren Kollegen und Vorgesetzten.
- Handeln Sie als Repräsentant der Klinik.

2.4 Positionsfindung im Team

Chirurgen sind keine Einzelkämpfer, sondern agieren immer im Team. So wie operative Erfolge immer eine Leistung der ganzen Mannschaft sind, so fängt die gleiche Mannschaft auch den Misserfolg auf. Man ist nie allein. Als Einsteiger trifft man deshalb immer auf formierte Gruppen, die die einzelnen Positionen bereits abgestimmt und die Beziehungen definiert haben.

Sich in diesem Team zu etablieren, stellt an den Berufsanfänger eine weitere, besondere Herausforderung dar. Der tatsächliche Start ins Berufsleben mit den vielen, teils auch drastischen Eindrücken weicht nämlich meist deutlich von den zuvor gehegten Erwartungen ab. Doch trotz der vielen neuen Eindrücke, die gerade am Anfang täglich auf uns einprasseln, ist die zeitnahe Positionsfindung

im Team von großer Bedeutung für den weiteren Berufsweg. Dabei muss man das eigene Vorankommen in den größeren Kontext des Gruppenziels setzen. Gelingt dies für die Institution Krankenhaus noch relativ leicht, so fällt die Akzeptanz von konkurrierenden Zielen bei den Kollegen schon deutlich schwerer. Die anderen wollen auch etwas vom Kuchen. Es hilft also nichts, außer sich selbst als Teil der Gruppe zu erkennen und zu akzeptieren, dass alle Mitglieder ein natürliches Interesse an der persönlichen Weiterentwicklung haben.

Man kann das eigene Profil aber durch Leistung schärfen, ohne dass der Wettbewerbsgedanke zu stark dominiert. Der Umgang mit gleichgestellten Assistenzärzten vereinfacht sich erheblich, wenn man die gemeinsame Tätigkeit als Teamarbeit wahrnimmt und nicht zwanghaft die Abgrenzung sucht. Für das weitere Vorankommen ist es unabdingbar, die sozialen Kompetenzen gleichwertig zu den manuellen und intellektuellen Fähigkeiten zu entwickeln. Egozentrik bringt in der Chirurgie nicht nach vorne.

Damit das Ganze auch bloß nicht zu einfach wird, unterscheiden sich im Team Chirurgie verschiedene Gruppen und Subgruppierungen, die sich zum Teil auch noch variabel zusammensetzen. Und zudem wechseln die Mitglieder manchmal ihre individuelle Position. Auch die Gewichtung der einzelnen Kollektive ist unterschiedlich. In diesem Wechselspiel kann man als Berufsanfänger den eigenen Stellenwert gar nicht unterschätzen. Man startet im Netzwerk nämlich bei Null.

2.4.1 Charakteristika eines Teams

Der Begriff Teambildung beschreibt grob umrissen die Formierung einer Kleingruppe, die dann die Lösung komplexer Aufgaben anstrebt. Zielgerichtetes Handeln stellt deshalb die Kernaufgabe eines Teams dar. Diese Grundsätze lassen sich sehr einprägsam in einfachen Alltagsbeispielen darstellen.

Eine Fußballmannschaft besteht in der Regel aus 15–16 Mitgliedern. Davon stehen 11 auf dem Feld, und die übrigen bilden die Reserve. Bis zum letzten Platz auf der Ersatzbank arbeiten alle Spieler am gleichen Ziel, nämlich möglichst oft zu siegen. Dabei stellen Position und Gegner oft unterschied-

liche und zum Teil sogar widersprüchliche Anforderungen. Die einzelnen Spielpositionen werden nach jeweiliger Stärke der Mitglieder besetzt. Im Idealfall gelingt es der Teamleitung auch noch, einen Teamgeist zu etablieren, der es erlaubt, Formschwächen oder Überforderungen untereinander auszugleichen. Das stabile Team gewinnt die Meisterschaft. Wir brauchen also engagierte Leute, die etwas können, die ehrgeizig Gruppen- und Einzelziele verfolgen und sich dabei nicht zu schade sind, dem schwachen Mitspieler bei Bedarf zu helfen oder bei Bedarf Hilfe anzunehmen. Ist doch ganz einfach, oder?

Die Aktivitäten in einer Fußballmannschaft repräsentieren perfekt die grundsätzlichen Funktionsabläufe in einem sozialen Netzwerk und spiegeln damit wahrscheinlich sogar das Leben selbst. Ganz sicher lassen sie sich aber auf die chirurgische Tätigkeit im Stationsalltag oder im Operationssaal übertragen. Betrachtet man die enge Verzahnung von gründlicher Vorbereitung, exakter Ausführung des Eingriffs und sicherer peri- und postoperative Leitung, wird die Bedeutung von Teamarbeit und -charakter sofort evident. Nur in enger Zusammenarbeit der ganzen Mannschaft gelingt am Ende die erfolgreiche Behandlung. Und dabei zählt jedes Mitglied. Es ist ein geradezu langweiliger Irrtum, dass der Heilungserfolg allein an der unübertroffenen Kunst des Operators hängt, so wie ein Fußballmatch nicht allein vom Mittelstürmer gewonnen wird. Solche Mär dient nur den Gelüsten ruhsüchtiger Kleingärtner und ihrer Claqueure. Natürlich spielt es eine Rolle, wer die Tore schießt, denn die gewinnen das Spiel. Doch keiner trifft ohne Torwart, den grätschenden Innenverteidiger, den Wasserträger im Mittelfeld, den genialen Ideengeber, den Flankengott und nicht mal ohne den, der den Ball aufpumpt. Klingt profan, ist aber wahr: Der Star ist die Mannschaft. Sehr deutlich wird das, wenn hochgeschätzte Spieler die Mannschaft wechseln und im neuen Team deutlich schlechter unterwegs sind. Oder wenn vermeintliche Mitläufer ein Team verlassen und danach das Gefüge überraschend Risse bekommt. Genau so ist es in der Chirurgie. Es braucht den Operateur wie die OP-Pflegekraft, den Assistenten wie die Schwester, die PJ'lerin, den Physiotherapeuten, den Famulus und sogar die Anästhesie! Erst dann läuft alles glatt.

Survival-Guide Chirurgie

Die ersten 100 Tage

Schröder, W.; Krones, C.J. (Hrsg.)

2013, XV, 281 S., Softcover

ISBN: 978-3-642-25177-1