

Vortrag am 09.07.10, Vinzenzhaus Bruchsal

Thema: Welche Bildung und Erziehung „braucht“ der Arzt und das Pflegepersonal?

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Gerne bin ich heute Abend hierher gekommen, um der Einladung von Herrn Kessler zu folgen über das Thema „Welche Bildung und Erziehung brauchen der Arzt und Pflegepersonal“ zu sprechen. Wenn Sie genau hingehört haben, werden Sie merken, dass ich den im Flyer ausgedruckten Titel grammatikalisch korrekt modifiziert habe.

Über diese Thematik zu sprechen fühle ich mich legitimiert durch die Tatsache, dass ich 38 Jahre ärztlich tätig war, davon 35 Jahre als Chirurg und in den letzten 22 Jahren – wie einige von Ihnen wahrscheinlich wissen – war ich Leiter der Chirurgischen Klinik an der Fürst-Stirum-Klinik hier in Bruchsal.

Eigentlich könnte man sich die Beantwortung dieser Frage ganz einfach machen und sagen, der Arzt muss ein abgeschlossenes Medizinstudium haben, das Pflegepersonal ein abgeschlossenes Krankenpflegeexamen und damit sind sie qualifiziert ihren Beruf auszuüben. Aber das wollen Sie heute Abend von mir natürlich nicht hören!

Nun wie soll man den Begriff „Bildung“ definieren. Man tut so etwas heutzutage ja dadurch, dass man den Computer anschaltet und unter Wikipedia nachschaut, was da so alles angeboten wird. Ich will Ihnen aber ersparen, die zahlreichen Definitionen zum Thema Bildung hier zu wiederholen und mich darauf beschränken, dass es hier sicherlich darum geht, zu beschreiben, welche persönlichen Eigenschaften und Qualifikationen Menschen, die beruflich mit Kranken zu tun haben, besitzen müssen.

Bildung ist zu verstehen als die Entfaltung und Entwicklung der geistig-moralischen Werte und Anlagen eines Menschen durch Formung und Erziehung. Erziehung stellt den Prozess dar, wie Bildung letztendlich entsteht. Die Engländer haben es sich da wesentlich einfacher gemacht, sie differenzieren nicht zwischen Bildung und Erziehung sondern sprechen einfach von Education.

Arzt und Pflegepersonal haben es mit kranken Menschen, mit Patienten, zu tun. Patienten sind hilflos, sie sind ängstlich und oft haben sie Schmerzen. Patienten kommen wegen akuter Probleme wie beispielsweise nach einem Unfall, mit einer akuten Blinddarmentzündung oder mit einem geplatzten Magengeschwür in die Klinik oder sie leiden an chronischen Erkrankungen und sind über Jahre und Jahrzehnte hinweg auf ärztliche Hilfe angewiesen. Die meisten Patienten sind medizinische Laien, dies erleichtert oft die Aufgabe des Arztes, stellt aber auch gelegentlich besondere Anforderungen. Patienten haben bösartige Tumorerkrankungen, die Diagnose einer solchen Erkrankung führt zu Todesängsten, gerade hier ist auch das psychische Einfühlungsvermögen des Arztes und des Pflegepersonals besonders gefordert.

Soweit zur Charakterisierung der Menschen, die auf die Hilfe von Arzt und Pflegepersonal angewiesen sind.

Was erwarten wir nun von einem guten Arzt?

Der Arzt soll in seinem Spezialgebiet auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft sein, er soll Vertrauen ausstrahlen, er soll kompetent sein, er sollte die Umgangsformen beherrschen und er muss erfolgreich sein, sonst hat er nämlich bald keine Patienten mehr.

Auch vom Pflegepersonal erwarten die Patienten, dass es seine Aufgaben kompetent, freundlich und hingebungsvoll wahrnimmt.

Ich habe versucht, mit meinem bisher Gesagten das Szenario aufzuzeigen, in dem sich Arzt und Pflegepersonal auf der einen Seite und Patienten auf der anderen Seite begegnen.

Wie sollen nun die angehenden Ärzte lernen, all diese großen Erwartungen die an sie gestellt werden, irgendwann zu erfüllen. Der Zugang zum

Medizinstudium ist heute bei immer noch bestehendem Numerus clausus an die Tatsache gebunden, dass der junge Mensch, der sich für den Arztberuf entschieden hat, ein überdurchschnittlich gutes Abitur abgelegt hat. Dies war und ist aus meiner Sicht immer eine sehr unglückliche Situation gewesen, denn – und ich spreche hier aus Erfahrung im Umgang mit jungen Medizinstudenten als akademischer Lehrer - es führt einfach dazu, dass sicherlich viele Abiturienten den Arztberuf wählen, einfach weil sie ein gutes Abitur gemacht haben, was ja per se nichts schlechtes ist, aber nicht weil sie sich unbedingt zu diesem Beruf hingezogen bzw. berufen fühlen.

Auf der anderen Seite gibt es junge Menschen, die – entweder weil sie aus Ärzte-Familien kommen, oder weil sie sich durch ein persönliches Erlebnis (Unfall oder was auch immer) zu diesem Beruf hingezogen fühlen. Diesen bleibt der Zugang verwehrt oder zumindest maximal erschwert, wenn sie nicht die Abiturvoraussetzungen erfüllen. Ich meine und dieses Verfahren wird ja in anderen Ländern auch praktiziert – es wäre besser, die Zulassung zum Medizinstudium von einer speziellen Prüfung, in der auch schon im Rahmen eines Praktikums der Umgang des Kandidaten mit kranken Menschen überprüft wird, abhängig zu machen als nur von einer guten Abiturnote.

Im Studium bekommen die angehenden Ärzte das theoretische Wissen vermittelt, das sie benötigen, um die komplexen Vorgänge, die sich bei Krankheitsverläufen im menschlichen Körper abspielen, zu verstehen. Sie müssen die anatomischen Voraussetzungen des menschlichen Körpers kennenlernen usw.

Das Medizinstudium ist zur Zeit erheblich in der Diskussion, ein Hauptvorwurf ist : Zitat „Die Studenten werden mit Informationen zugeschüttet. Aber Patienten sehen sie im Studium zu häufig nur aus der Ferne“ (Manfred Gross „Studiendekan Charite“). Daher gehen auch schon verschiedene mediz.Fakultäten neue Wege und versuchen das Studium im Rahmen von sogenannten Modellstudiengängen praxisnäher zu gestalten.

Das Studium kann aber viele Dinge nicht vermitteln, die der Arzt später in seinem Leben trotzdem dringend benötigt und nicht zuletzt deshalb ist es ja auch so, dass die eigentliche ärztliche Ausbildung erst nach dem erfolgreich

abgeschlossenen Medizinstudium beginnt, nämlich im Rahmen der sog. Facharztausbildung. Hier wird im Rahmen der spezifischen Anforderungen des erwählten Faches (Chirurgie, Gynäkologie, Anästhesie oder was auch immer) der Arzt mit den Situationen konfrontiert, die er im Laufe seiner weiteren ärztlichen Tätigkeit – wenn er sich für ein jeweiliges medizinisches Fachgebiet entschlossen hat – beherrschen muss. Erlauben Sie mir, dass ich als Chirurg speziell auf die Anforderungen eingehe, die an einen werdenden Chirurgen zu stellen sind.

Als ich im Oktober 1986 als junger Chefarzt die Chirurgische Klinik am Bruchsaler Krankenhaus übernommen habe, hatte ich nach zwei bis drei Wochen ein aus meiner Sicht fast bizarres Erlebnis. Bei einer meiner abendlichen Visiten auf einer großen allgemeinchirurgischen Station kam ich nach der Visite noch mit der alterfahreneren, kurz vor der Pensionierung stehenden Stationschwester ins Gespräch. Nach einigen Minuten brach es aus ihr heraus und sie sagte: „Ja Herr Chefarzt, bei Ihnen isch ja alles a bisserl anders. Sie schwätze jo mit de Patiente“.

Ich war erst etwas verduzt, aber dann als ich über diese Bemerkung nachdachte, wurde mir klar, was die Schwester gemeint hat. Es war wohl damals so üblich, dass die Patienten auf Station einem strengen Regiment unterlagen, welches vom Pflegepersonal ausgeübt wurde, dem sich auch die Stationsärzte, die vom Pflegepersonal teilweise dominiert wurden, zu fügen hatten. Der Patient hatte im Bett zu liegen, er hat den Mund zu halten und das zu machen, was die Schwester anordnet. Und dann kommt da einer daher und fängt an, sich mit den Patienten zu unterhalten und ihnen zuzuhören.

Sie merken vielleicht, worauf ich hinauswill. Es ist eine unabdingbare Voraussetzung für ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis, dass der Arzt - und wenn er auch noch so sehr im Stress ist - dem Patienten einfach zuhört. Nur dann entsteht Vertrauen und Vertrauen ist die wichtigste Voraussetzung für ein Arzt-Patienten-Verhältnis. Dies müssen die jungen Ärzte lernen und sie können es nur lernen, wenn es ihnen ihr Oberarzt oder Chefarzt entsprechend vorleben.

Im Verhältnis zwischen Patient und Arzt ist nach meiner Erfahrung die erste Begegnung oft sehr entscheidend. Ich habe dies immer wieder so empfunden,

wenn ich beispielsweise im Rahmen der Sprechstunde den Untersuchungsraum betreten habe, in dem ein Patient auf mich wartete. Der erste Blickkontakt, die ersten Worte sind oft entscheidend dafür, wie Arzt und Patient miteinander auskommen und es ist Ihnen sicherlich klar, dass dies natürlich voraussetzt, dass der Arzt dem Patienten gegenüber höflich ist, das beginnt schon damit, dass man an die Tür klopft, dass er sich vorstellt, dass er möglichst keinen Nikotindunst um sich verbreitet und meinen Herren Assistenten habe ich auch immer gesagt, es macht einen sehr guten Eindruck, wenn man sich rasiert. Also Sie sehen schon, worauf ich hinauswill; ein gepflegtes Äußeres schadet in einer solchen Situation in keinsten Weise.

Ich möchte nun im Folgenden auf Probleme eingehen, in denen meines Erachtens der Arzt besonders gefordert ist. Hier beziehe ich mich nun speziell auf Situationen, die ich in meinem Berufsleben als Chirurg als besonders schwierig empfunden habe und die zu bestehen man meines Erachtens erst im Laufe der Zeit mit zunehmender Erfahrung wirklich erlernt.

Sie alle wissen, dass vor jedem operativen Eingriff die ärztliche Aufklärung steht. Hier muss der Patient über die Einzelheiten des Eingriffs informiert werden, er muss vor allem aber auch über potentielle Komplikationsmöglichkeiten und Risiken des Eingriffs informiert werden. Es gibt hierzu strenge juristische Vorgaben, die Aufklärung muss rechtzeitig, also mind. einen Tag oder mehrere Tage vor dem Eingriff erfolgen, der Patient muss im Vollbesitz seiner geistigen und körperlichen Kräfte stehen und das ganze muss minutiös dokumentiert werden. Tun sie das nicht, so stellt der operative Eingriff den Tatbestand der Körperverletzung dar. Hier in dieser Konstellation liegt aber ein großes Problem und zwar ein humanes Problem.

Es ist völlig klar, dass ein Patient, der sowieso schon durch seine Erkrankung (möglicherweise durch seine bösartige Erkrankung) maximal belastet ist, durch eine solche Aufklärung nun nicht noch weiter geschockt werden darf. Mit anderen Worten, sie müssen als Arzt so viel Einfühlungsvermögen entwickeln, dass sie wissen, was sie ihrem Patienten an Aufklärung zumuten können. Das kann man nicht lernen, das erfordert Erfahrung und Intuition.

Ich habe es oft so gehalten, dass ich ganz bewusst die Aufklärung in ein eher ermutigendes Gespräch umgewandelt habe, um den Patienten zu dem Eingriff zu motivieren, der sowieso unumgänglich war und ich bin damit immer gut gefahren. Juristisch habe ich hier sicherlich manchmal nicht korrekt gehandelt, aber ich bin Gott sei Dank in meinem ganzen Leben als Chirurg nach über 100.000 Eingriffen, für die ich verantwortlich war, nie wegen eines Aufklärungsproblems vor den Kadi gekommen.

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass ich es mehrfach erlebt habe, dass gerade Juristen, in dem Moment, als sie selbst Patienten waren, bewusst eine Aufklärung nicht gewünscht haben und dies auch schriftlich dokumentiert haben.

All dies bezieht sich natürlich nur auf den elektiven Eingriff; in der Notfallsituation gelten andere Regeln, dies sei hier nur am Rande erwähnt.

Wir alle wissen, wo Menschen arbeiten und handeln passieren auch Fehler, unabhängig davon liegt es in der Natur des Homo sapiens, dass Krankheitsverläufe nicht nach Schema F verlaufen, sondern immer sehr individuell sein können und es gehört zum Krankheitsverlauf, dass auch unerwartete Komplikationen auftreten, die nicht unbedingt etwas damit zu tun haben, dass ein Behandlungsfehler vorliegt. Aber wenn solche Situationen da sind, muss man wissen, wie geht man damit um.

Zum einen ist es natürlich erforderlich, dass man als Arzt alles Erdenkliche tut, um die Komplikation zu beseitigen, dies ist in der Chirurgie oft mit erneuten Operationen verbunden und Sie können sich vorstellen, wie schwer es einem Chirurgen fällt, nach einem Eingriff den man nach bestem Wissen und Gewissen durchgeführt hat, nach einigen Tagen sich entscheiden zu müssen, einen Bauch erneut zu eröffnen. Ich möchte mal einen Vergleich bringen: Das ist so als wenn Sie einen Pullover gestrickt haben und kurz bevor Sie fertig sind, ziehen Sie alle Maschen wieder auf und fangen von vorne an. Nur...der Mensch und Patient ist kein Pullover.....

Aber ich habe meinen Mitarbeitern immer versucht klar zu machen, dass man als Chirurg erst dann wirklich erfolgreich ist, wenn man auch die immer wieder

auftretenden und unabdingbaren Komplikationen beherrscht. Dazu gehört es eben auch, dass man in einer solchen Situation, wo ein Re-Eingriff erforderlich ist, sich zügig dazu entscheidet. Es gibt eine einfache Regel: Wenn man anfängt drüber nachzudenken und zu diskutieren, ob man einen Bauch noch mal aufmachen soll, dann hätte man es besser schon getan.

Die zweite Regel lautet: An einem unnötigen Re-Eingriff ist noch kein Patient verstorben, aber viele Patienten haben nicht überlebt, weil ein nötiger Re-Eingriff nicht oder zu spät durchgeführt wurde.

Also, das ist das eine, sie müssen das Problem managen und dann kommt das andere Problem und das bezieht sich jetzt wieder auf das Arzt-Patienten-Verhältnis. Sie müssen dem Patienten natürlich auch erklären, was passiert ist und nicht nur dem Patienten, sondern in der Regel auch der besorgten Mutter, Ehefrau oder anderen Angehörigen und nicht zuletzt auch dem einweisenden Arzt. Hier tut man gut daran, sich für ein solches Gespräch Zeit zu nehmen und ein solches Gespräch mit aller Offenheit durchzuführen. Nichts wäre falscher als Komplikationen - vor allen Dingen wenn sie möglicherweise Folge einer falschen Entscheidung oder eines fehlerhaften Vorgehens gewesen sind - zu vertuschen, zu verheimlichen und den Beteiligten zu verschweigen. Ich habe immer die Erfahrung gemacht, dass sich Offenheit in solchen Fällen als richtig erweist. Probleme bis hin zu Kunstfehlervorwürfen entstehen immer dann, wenn das Verhältnis zwischen Arzt und Patient gestört ist.

In diesem Zusammenhang habe ich es immer wieder erlebt, dass Patienten, bei denen man besonders schwierige und komplizierte Krankheitsverläufe durchgestanden hat, wenn schließlich alles dann doch gut gegangen ist, sich als besonders dankbar erwiesen haben und einem über viele Jahre hinweg regelhaft an Weihnachten und zum Geburtstage mit Dankesbriefen oder sonstigen kleinen Geschenken bedenken.

Aber auch hier kann ich wieder nur betonen, das kann man einem Arzt im Studium nicht vermitteln, das kann er erst im Laufe seiner weiteren klinischen Ausbildung erlernen und er kann es nur lernen, wenn es ihm sein Chef und sein Oberarzt tagtäglich vorleben, wie man in einer solchen Situation mit dem Patienten umgeht.

Lassen Sie mich im Weiteren auf spezielle Probleme eingehen, die den ärztlichen Beruf - und natürlich auch den des Pflegepersonals - heutzutage meines Erachtens massiv belasten. Stichwort: Bürokratismus.

Als ich junger Assistent war, bestand unsere einzige administrative Tätigkeit in der Klinik darin, dass wir bei Aufnahme des Patienten ein Zettelchen auszufüllen hatten, auf dem die Diagnose stand und die voraussichtliche Verweildauer in der Klinik.

Beispiel:

Diagnose: Leistenbruch

Voraussichtliche Verweildauer: Zwei Wochen.

So war das damals! Sollte der Patient aus irgendeinem Grund nach zwei Wochen immer noch in der Klinik sein, kam das nächste Zettelchen und wir mussten eine kurze Notiz machen, warum der Patient noch da ist und wie lange es vermutlich noch dauern wird. Das war es dann!

Heute verbringt ein Stationsarzt jeden Tag Stunden am Computer, um Krankheitsverläufe zu dokumentieren und alle möglichen Daten einzugeben, die vielleicht irgendjemanden mal interessieren, meistens aber landen sie auf Datenfriedhöfen. Hierdurch steht immer weniger Zeit zur Verfügung, um sich der eigentlichen Aufgabe hinzugeben, nämlich sich um den Patienten zu kümmern. Dies führt zu Frustration und Verdruss und das hat man ja auch kürzlich wieder mitgekriegt, als die Klinikärzte gestreikt haben. Auch wenn ich selber kein Anhänger von Ärztestreiks bin, habe ich auf der anderen Seite vollstes Verständnis dafür, dass die heutige Ärztegeneration nicht mehr bereit ist, diese Situation zu akzeptieren.

Hier muss ganz entschieden dafür gesorgt werden, dass all die lästigen bürokratischen Dokumentationsaufgaben von nicht ärztlichem Personal übernommen werden, das dafür speziell geschult ist, sonst werden wir in absehbarer Zeit ein echtes Ärztemangel-Problem bekommen bzw. eigentlich haben wir es ja schon.

Ein weiteres großes Problem aus meiner Sicht stellt die heutige Arbeitszeitregelung dar, die dermaßen unflexibel ist, dass eben gerade – und ich

spreche jetzt hier wieder aus meiner Erfahrung als leitender Chirurg – die Kontinuität in der Patientenbetreuung kaum noch zu gewährleisten ist.

Während man früher nach einem Bereitschaftsdienst am nächsten Tag in der Klinik geblieben ist und weiter gearbeitet hat, müssen die Ärzte heute nach einem Bereitschaftsdienst nach Hause gehen, auch wenn sie einen ruhigen Dienst hatten und nicht die ganze Nacht im OP standen. Dass man auch früher schon nach einer durchgearbeiteten Nacht von seinem Chef nach Hause geschickt wurde, darf ich in diesem Zusammenhang nur beiläufig erwähnen. Die Folge dieser Tatsache ist, dass der Arzt an diesem Tag auf seiner Station nicht mehr auftaucht, dass er den Patienten, den er am Vortag operiert hat, selber nicht mehr sieht, was in mehrfacher Hinsicht nicht gut ist.

Da heutzutage die Verweildauer der Patienten in der Klinik dramatisch verkürzt wurde, zum einen weil moderne OP-Verfahren dies ermöglichen, zum anderen, weil auf Grund des neuen Abrechnungssystems, des sog. DRG-Systems alle Beteiligten Interesse daran haben, Patienten möglichst rasch wieder aus der Klinik zu entlassen, führt all dies dazu, dass eine kontinuierliche Betreuung des Patienten durch „seinen“ Arzt kaum möglich ist.

Diese Entwicklung wird aber kaum rückgängig zu machen sein, aber ich halte das Ganze für eine ausgesprochen schlechte Entwicklung.

Herr Kessler hat mich gebeten, auch Punkte und Erfahrungen anzusprechen, die ich im Speziellen in meiner Position als Leiter einer großen Klinik erlebt habe und ich will dies gerne tun.

Ich habe als Klinikchef immer sehr großen Wert darauf gelegt, ein gutes Verhältnis mit den niedergelassenen Kollegen zu haben und ich halte dies in mehrfacher Hinsicht für außerordentlich wichtig. Zum einen, weil die niedergelassenen Kollegen diejenigen sind, die ihre Patienten maßgeblich beeinflussen, in welches Krankenhaus sie gehen sollen und es ist völlig klar, dass allein deshalb schon die Pflege dieser Kontakte sehr wichtig, auch für den Erfolg einer Klinik sind. Zum anderen – und dies habe ich schon mehrfach angesprochen – halte ich es einfach für einen wichtigen Akt der Kollegialität, den Niedergelassenen, der seinen Patienten oft schon seit vielen Jahren kennt, ständig mit Informationen zu versorgen, wie es dem Patienten, der jetzt in der

Klinik ist, gerade geht. Selbstverständlich gehört zu diesem kollegialen Verhältnis aber auch – und das kann durchaus einmal zu schwierigen Situationen führen – dass sie als Klinikchef einen Kollegen draußen an der Front – wenn ich das mal so sagen darf – informieren müssen, dass er seinen Patienten vielleicht doch schon etwas früher in die Klinik hätte schicken sollen und nicht erst über allzu lange Zeit zu Hause mit einer inadäquaten Therapie zu betreuen. Dies ist natürlich immer eine sehr delikate Situation und das müssen sie als Chef dann selber machen und können es nicht irgendeinem nachgeordneten Assistenten überlassen. Aber auch hier habe ich immer die Erfahrung gemacht, wenn man dies mit dem nötigen Takt angeht, dann wird man auch in einer solchen Situation nach einer entsprechenden Aussprache keine Konfrontation geschaffen haben.

In diesem Zusammenhang ist es auch sehr sehr wichtig, dass man als Arzt sich immer an die Regel hält gegenüber einem Patienten sich nicht negativ über vor- oder nachbehandelnde Kollegen zu äußern. Dies ist eigentlich selbstverständlich und gilt natürlich auch für andere Lebensbereiche, wenn man der Meinung ist, dass irgendwo etwas nicht so gelaufen ist, wie es laufen sollte, sollte man dies immer direkt mit dem Beteiligten Ansprechen, aber nicht vor Dritten hier diskriminierende Äußerungen tätigen.

Lassen Sie mich zum Schluss noch auf ein anderes Problem eingehen, welches auch immer wieder zu Diskussionen führt, nämlich die Problematik des Privatpatienten.

Wie Sie alle wissen, gibt es in unserem System die gesetzliche Krankenversicherung und es gibt den Patientenkreis, der sich privat versichert, dies bedeutet, dass er in der Klinik Wahlleistungen beanspruchen kann, er kann sich den Arzt seines Vertrauens auswählen, der ihn behandeln soll, er kann 1-Bett oder 2-Bett-Zimmer beantragen, usw. Von bestimmten Meinungsmachern in unserer Gesellschaft wird immer wieder die Behauptung vertreten, dass dies auch zu einer Ungleichbehandlung führen würde dahingehend, dass Privatpatienten besser behandelt würden als AOK-Versicherte. Diesem Vorurteil möchte ich an dieser Stelle in aller Form deutlich widersprechen, zumindest was meine persönlichen Erfahrungen in knapp 40 Jahren ärztlicher Tätigkeit angehen. Sowohl in den Kliniken in denen ich meine Ausbildung absolviert habe, als auch in der von mir geleiteten Klinik war es immer so, dass

Patienten völlig unabhängig von ihrem Versichertenstatus immer von dem Operateur operiert worden sind, der für den jeweiligen Eingriff kompetent war. Oder um es konkret zu sagen, ich habe als Chefarzt immer wieder vor dem Problem gestanden, dass irgendwo ein Patient, der gesetzlich versichert und in einer schwierigen Situation war – beispielsweise Krebs der Bauchspeicheldrüse – und am selben Tag auch Patienten da waren, die eben von mir operiert werden wollten, aber mit völlig banalen Dingen. Wenn sich vom zeitlichen her beides nicht vereinbaren ließ, habe ich in solchen Fällen mit dem Patienten gesprochen, habe ihm erklärt, dass mein Stellvertreter oder ein anderer erfahrener Oberarzt diesen „Bagatell-Eingriff“ auch schon ein paar Hundertmal gemacht hat und ihn sicherlich genauso gut beherrscht wie ich und habe dabei nie erlebt, dass die Patienten dafür nicht Verständnis hatten und ich selber habe an diesem Tag dann den gesetzlich Versicherten mit seiner schwierigen Operation operiert und ich denke, das ist eigentlich selbstverständlich.

Damit sind wir gleich bei einem anderen Problem das auch hier angesprochen werden soll und die Qualifikation des Arztes und in dem Fall des Chirurgen und des Operateurs angeht und man erlebt es immer wieder, dass Patienten zu einem kommen, die eine bestimmte OP benötigen, die man selber nicht beherrscht und die man selber nur selten gemacht hat. Es gehört meines Erachtens auch hier zum ethischen Verhalten des betreffenden Arztes, dass man dann die Größe besitzt und dem Patienten sagt: „Lieber Mann, auch wenn Du noch so gerne von mir operiert werden möchtest, ich kenne da einen, der kann das viel besser. Ich rufe den an und schicke dich dorthin. Dort bist du in besten Händen“.

Ich haben dies immer wieder mal getan und habe dabei immer den Eindruck gehabt, dass die Patienten dafür außerordentlich dankbar waren.

Ein anderer Aspekt ,der im Arzt Patientenverhältnis von Bedeutung ist ,soll hier auch noch angesprochen werden. Ich habe es besonders zu Beginn meiner ärztlichen Tätigkeit immer als besonders belastend empfunden , wenn es um besonders tragische Krankheitsverläufe ging ,beispielsweise der junge Vater und Ehemann ,der ein inoperables Carcinom hat. Wie soll man hier ärztliche Hilfe anbieten, wenn man selbst durch die ganze Geschichte so erschüttert ist ,dass man nicht mehr klar denken und entscheiden kann. Ähnliches gilt für die Behandlung von guten Freunden oder Bekannten oder wenn Sie einen besonders wichtigen oder prominenten Patienten operieren müssen.

Worauf ich hinaus möchte ist folgendes .Sie müssen als Arzt lernen , in solchen Situationen alle diese emotionalen Aspekte zu verdrängen damit Sie Ihren Patienten unbelastet und kritisch distanziert optimal behandeln können.Das klingt sehr einfach ,kann aber extrem schwierig sein!

Abschließend möchte ich noch einen letzten Punkt ansprechen, der auch immer wieder zu Problemen in einer Klinik führen kann und der einen Arzt in echte Schwierigkeiten und Konflikte bringen kann. Nämlich die Situation, dass sie entscheiden müssen, ob sie einen bestimmten, vielleicht lebensrettenden Eingriff bei einem Patienten machen, der eigentlich gar nicht mehr leben möchte. Wie Sie alle wissen, werden die Menschen heutzutage immer älter und wir sind in der Klinik zunehmend mit Patienten konfrontiert, die 90, 95 oder gar 100 Jahre alt sind. Und dann kommen sie beispielsweise mit einer Schenkelhalsfraktur und zahlreichen Begleiterkrankungen und sie müssen entscheiden, soll man diesen Menschen jetzt noch operieren mit allen daraus resultierenden Belastungen. Kompliziert wird das Ganze dann, wenn der Patient selber, beispielsweise weil er dement ist oder so nicht mehr für sich entscheiden kann und sie müssen das Ganze dann mit Angehörigen besprechen usw.

Auch hier gibt es keine Patentrezepte. Ich habe alles erlebt, wir haben Hundertjährige mit Tumorerkrankungen operiert und sie haben die Klinik gesund verlassen und waren dankbar, wir haben aber auf der anderen Seite auch greise Menschen, von denen wir gewusst haben, nur eine OP kann vielleicht ihr Leben verlängern bewusst nicht operiert, weil wir den Eindruck hatten, sie sind froh, dass ihr Leben nun endlich ein Ende hat und dann gibt man ihnen Schmerzmittel und lässt sie gnädig einschlafen.

Auch hier kann ich nur wiederholen, diese Situationen kann man nicht im Studium erlernen, sondern erst im Laufe eines Berufslebens und deswegen und das ist auch das Faszinierende am Arztberuf, lernt man hier tagtäglich immer wieder neu dazu.

Lassen Sie mich abschließend ein Resümee meiner Ausführungen ziehen:

Ich bin weiterhin der Meinung, dass der Beruf des Arztes einer der schönsten Berufe ist, die es geben kann. Dies gilt im übertragenen Sinne auch für den Beruf des Krankenpflegers oder der Krankenschwester. Es gibt nichts schöneres, als kranken Menschen zu helfen und sie im günstigsten Falle auch

wieder gesund zu machen. Voraussetzung hierfür ist, dass man im Rahmen des Studiums bzw. der Pflegeausbildung ein solides fachliches theoretisches Wissen erhält. Auf der Basis dieses theoretischen Gerüsts muss im Rahmen der praktischen Ausbildung - beim Arzt der Facharztausbildung, beim Pflegepersonal die berufliche Tätigkeit am Patienten - das spezielle Rüstzeug erworben werden, um kompetent, Vertrauen ausstrahlend und erfolgreich kranken Menschen zu helfen.

Hier noch die Genfer Deklaration des Weltärztebundes

Ich danke Ihnen!