

## B. Allgemeine Krankenstationen und Intensivbehandlungseinheiten

HUBERT SPEIDEL, WOLFGANG MEYER

### 1. Kritik der Stationsstruktur und -funktion

Die Organisation einer Krankenstation orientiert sich an den *Ansprüchen* der Diagnostik und Heilung von Krankheiten, der Linderung von Leiden, des Wohlbefindens der Kranken und der ärztlichen ethischen Normen. Diesen Ansprüchen können Krankenstationen aus unterschiedlichen Gründen nicht vollständig nachkommen.

1. Kompetenz, Motivation und situative *Verfassung* von Mitarbeitern unterliegen intra-individuell, interindividuell, interinstitutionell und über die Zeit Schwankungen, die zwar zu beeinflussen, aber nie ganz zu vermeiden sind.
2. Analoges gilt für den *Informationsfluß*, dessen Mängel für die Patienten nachteilig sind. Sie lassen sich durch die Veränderung der unter a) genannten Faktoren wie der im folgenden behandelten strukturellen Probleme prinzipiell beeinflussen.
3. Die *Theorie der Medizin*, welche ihre Institutionen strukturiert, ist eine bio- bzw. mechanomedizinische, ein «engineering model». Ihre Basis sind die klassische Physik (NEWTONS Mechanik und BOLTZMANN'S statistische Thermodynamik) und die Logik kausal-linearer Vorgänge. Ihre Eigenschaf-

ten sind folglich reduktionistisch (Erklärung des Ganzen durch Erforschung der kleinsten Bausteine des Organismus), deterministisch (gleiche Ursachen bedingen gleiche Folgen), unpersönlich (der Körper funktioniert mit Seele gleich gut oder gleich schlecht wie ohne) und ungeschichtlich (Erfahrungen spielen keine Rolle) (ADLER u. HEMMELER, 1990).

Folglich sind die Struktur und Praxis auch in Krankenstationen durch das «engineering model» bestimmt. Taktgefühl, die Berücksichtigung von Privatheit und die Abgegrenztheit von Gesprächen zwischen Arzt und Patient (z. B. Anklopfen, Telefon, Pieper) sind hier keine relevante Kategorie und werden dementsprechend (zu) wenig berücksichtigt. Semiotische Modelle, die nach Sinn und Bedeutung von Verhalten fragen, und systemische Theorie sind hier nicht strukturbildend, wenngleich, sozusagen hinter dem Rücken der offiziellen Struktur, in Gestalt menschlicher Reife und beruflicher Erfahrungen und Meisterschaft der hier Tätigen mehr oder weniger wirksam.

An zwei Feldern sollen die strukturellen Folgen der biomedizinischen Theorie veranschaulicht werden: am Visitenverhalten von Ärzten und an der Struktur der Krankenpflege.

#### a) Visitenforschung

Generell kommt der Patient bei der Visite zu wenig zu Wort. Eine Visite dauert durchschnittlich pro Patient 3,5 Minuten, mit einem Redeanteil des Arztes von 60

Prozent, des Patienten von 30 Prozent und der übrigen Teammitglieder von 10 Prozent. Von den Patientenäußerungen sind 80 Prozent Antworten auf Arztfragen. Elf Arztfragen steht eine Patientenfrage gegenüber. 94 Prozent der Unterbrechungen erfolgen durch den Arzt. Die Themenwahl ist zwei- bis dreimal häufiger an den Prioritäten des Arztes als an denen des Patienten orientiert. Zu 40 Prozent muß der Patient krankheitsbezogene Informationen dem Gespräch indirekt entnehmen. Bei schwerkranken Patienten ist dieser Anteil noch viel höher, mit bis zu 90 Prozent bei Patienten mit infauster Diagnose. Das Kommunikationsinteresse der Patienten wird weitgehend übergangen (vgl. FEHLENBERG et al., 1990; HAFERLACH, 1994).

Vergleichen wir diese exemplarischen Ausschnitte der empirischen Forschungsergebnisse zur Stationsvisite mit dem, was in Kapitel III.A zum ärztlichen Gespräch und dessen Zielen gesagt wurde, so wird unmittelbar deutlich, daß die traditionelle Form der Stationsvisite nicht geeignet ist, die Bedeutung der Subjektivität des Patienten und generell psychosoziale Aspekte, die sich in der selbstbestimmten Rede des Patienten entfalten, zu würdigen, ja man kann sagen, jene verhindert diese systematisch.

#### b) Struktur der Pflege

Die heutzutage übliche Art der Krankenpflege ist die *Funktionspflege*, bei der Schwestern und Pfleger nicht die jeweils umfassende Verantwortung für Patienten erhalten, sondern bestimmte Arbeitsabläufe bei einer größeren Zahl oder allen Patienten einer Station vollziehen. Diese Form der Pflege ist das Kind der Industrialisierung und geht letztlich auf die geniale Erfindung von Henry FORD zurück, der bekanntlich entdeckte, daß der eng begrenzte Funktionsbezug zum entstehenden Automobil zu hoher Effektivität und Effizienz und vor allem zur Aufhebung der Individualität (auch) beim Automobil führte: Alle Automobile eines Typs waren gleich gut, was den Käufer naturgemäß freuen mußte. Daß dieses Modell inzwischen überholt ist, hat sich zwar in der Automobilindustrie, aber noch nicht in der Medizin herumgesprochen, wie überhaupt der Konservatismus der Mediziner im Hinblick auf Kommunikation und theoretische Positionen unausrottbar scheint. Das Bonmot «Die Physiker glauben inzwischen wieder an Gott, die Mediziner noch an die Physiker» gilt auch hier: Die japanische Automobilindustrie hat unter Nutzung von Kommunikationstheorie und -praxis die damit zusammenhängende Intelligenz ihrer Arbeiter zu nutzen gelernt. Die Medizin verschenkt mit der Funktionspflege Intelligenz, Motivation und Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte und die Zufriedenheit von Patienten mit der Pflege.

*Fallbeispiel:* Ein 82jähriger Patient ist zu Hause über eine Schwelle gestolpert und hat sich einen Oberschenkelhals gebrochen. Auf der chirurgischen Station erzählt er gern und voller Stolz, z. B. Besuchern und Zimmernachbarn, daß er seinen Haushalt selbst besorgt und nach langer Wittwenschaft eine erheblich jüngere Freundin hat. Wer sich bei ihm nur fünf Minuten ans Bett setzte, hätte dies wissen können. Die Schwestern aber wußten es nicht, weil sie sich, freundlich und gut geschult, jeweils nur kurz und in stetem Wechsel im Zimmer aufhielten, um das Bett herzurichten, Blutdruck zu messen, das Essen zu bringen und abzuholen usw. Eines Tages kam es zu einem kurzen Wortwechsel zwischen ihm und einer Schwester, der darin endete, daß der Patient höchst unwillig der Schwester mitteilte, er wolle sie nicht mehr sehen. Der Patient hatte mit dem technischen Problem gekämpft, den fahrbaren kleinen Esstisch nicht nahe genug zu sich heranziehen zu können, um sich ohne Pannen die Speisen zum Munde zu führen. Schon hier zeigte sich die Grenze der pflegerischen Fürsorge: Eine große Serviette hätte die Distanz überbrücken können. Für den um die Erhaltung seiner (Ich-)Funktionen kämpfenden alten Mann war es aber eine unerträgliche Kränkung, die Spuren der Speisereste auf seinem Klinikhemd sehen zu müssen. Man kann sich leicht vorstellen, daß er diesen Anblick seiner ihn besuchenden Freundin nicht bieten durfte; er mußte ihr ja beweisen, daß er kein dekrepider Pflegefall, sondern ein attraktiver Partner sei. So war seine Frage an die Schwester deutlich von dem auf sie verschobenen Groll unterlegt, ob sie nicht die Speisen wenigstens mundgerecht zerkleinern könne. Die Schwester, die gelernt hatte, daß gerade alte Patienten möglichst zur Selbständigkeit angeregt werden sollten, verschmolz diesen Kanon mit ihrem möglicherweise unbewußten Zorn auf dieses Exemplar ihr bekannter «ewig unzufriedener» Patienten in der Gegenfrage, ob er im Heim lebe. Sie hatte damit treffsicher die optimale, nämlich die auf seinen Narzißmus gerichtete Waffe in einem Disput genutzt, so daß dem Patienten nur noch der Kontaktabbruch übrig blieb.

An diesem Beispiel läßt sich mehreres zeigen: daß auch Schwestern Ventile für ihre anderweitig ohne Supervision nicht zu verarbeitenden Aggressionen benötigen; wie gut BALINT-Gruppenarbeit (vgl. Kap. III.B) für den Stationsbetrieb und das Wohlbefinden von Patienten und Pflegepersonal wäre; vor allem aber: Die Funktionspflege hat einen großen psychosozialen Informationsverlust zur Folge, der nicht durch die Stations- und Übergabebesprechungen aufgefangen werden kann, der aber beträchtliche Folgen für die Qualität der Pflege hat. Sie hindert Pfleger

und Schwestern an der Entwicklung ihrer vollen menschlichen und fachlichen Kompetenz; sie erhält das zwischen Ärzten und Pflegepersonal bestehende hierarchische Gefälle bzw. verstärkt es; sie ist bei Pflegern und Schwestern zu Recht unbeliebt (STUHR u. HAAG, 1989) und einer der Faktoren für die Unzufriedenheit und die Abwanderungsbewegung von Krankenschwestern, die eigentlich dazu aufgerufen wären, ein psychosoziales Feld als pflegerische Gegenwelt gegen die technikzentrierte der Ärzte zu etablieren, daran aber gehindert sind und sich, wenn sie standhalten, mit diesem technischen Medizinverständnis identifizieren. Als ob es noch nötig gewesen wäre, dieser aus der Sicht eines umfassenden, d.h. psychosomatischen und systemischen Verständnisses von Krankenversorgung verfehlten Entwicklung den Stempel aufzudrücken, legte das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 die tägliche Redezeit des Pflegepersonals pro Patient auf 4,42 Minuten, bei sterbenden Patienten auf 9,35 Minuten fest. Es läßt sich leicht vergegenwärtigen, wieviel Redezeit übrig bleibt, wenn die Pflegekräfte ihre täglichen Standardfragen absolviert haben. Es ist ein Dokument der sprachlosen, an physikalisch-chemischen Kategorien orientierten Medizin. Bei den notwendigen Pflegesatzverhandlungen wurden die psychosozialen Leistungen einfach vergessen.

## 2. Epidemiologische Argumente

Zwischen den empirischen Befunden zur Bedeutung psychosomatischer bzw. psychosozialer Gesichtspunkte für die Versorgung von Patienten auf Allgemeinstationen und deren Umsetzung in die Versorgungsrealität klafft eine große Lücke (vgl. Kap. V.A).

Alle ernstzunehmenden empirischen Untersuchungen weisen *hohe Prozentsätze psychosomatisch Kranker* auf Allgemeinstationen aus. Je nach Methodik und Situation schwanken sie zwischen 30 und 60 Prozent. Auf internistischen Stationen sind die Prozentsätze besonders hoch und auf mindestens 50 Prozent zu veranschlagen (KÖHLE u. JORASCHKY, 1990; SCHMELING-KLUDAS u. WEDLER, 1993). Die somit vordringliche Verwirklichung des in der Station psy-

chosomatisch «patientenzentriert» arbeitenden Arztes (BALINT, 1965; ENGELHARDT, 1971) ist weitgehend uneingelöst und wird von der o.g. Ausrichtung praktisch verhindert. In gut ausgebauten Zentren mit einem ausreichend ausgestatteten psychosomatischen Service werden immerhin 10 Prozent der Patienten konsiliarisch gesehen, bei weniger guter Zusammenarbeit 4 Prozent, an vielen Orten ohne psychosomatische Institutionen gar nicht. Epidemiologische und medizinsoziologische Argumente bestätigen also, daß die traditionelle medizinisch-klinische Versorgungsstruktur einschließlich deren Konsiliarverhalten dem Behandlungsauftrag nur unvollständig gerecht wird.

## 3. Die psychosomatische Versorgung auf Allgemeinstationen

Die unübersehbaren strukturellen Mängel der stationären Versorgung sind kein Grund zur Resignation. Vielmehr lassen sich kurzfristig (ärztliches Verhalten und Erleben in der Arzt-Patienten-Beziehung) und längerfristig (organisatorische Innovationen) Veränderungen im Sinne der Evolution von einer organ- zu einer patientenzentrierten Medizin erzielen. Einige der Prinzipien, die dem Arzt auf den Allgemeinstationen hilfreich sind, wurden bereits in den Kapiteln III.A und V.A dargestellt.

*a) Die emotionale Disposition des Patienten*  
Entgegen der o.g. medizinischen Dogmatik, aber auch entgegen den erosiven Kräften der alltäglichen und oft überanstrengenden Routine sollte sich der Arzt bei jedem neuen Patienten darüber Rechenschaft geben, daß dieser beim Eintritt ins Krankenhaus in der Regel einer großen Belastung seiner Wahrnehmungs-, Anpassungs- und Erlebnisweisen unterzogen ist. Auf ihn kommen grobenteils unkalkulierbare Ereignisse und Erfahrungen zu; er ahnt, weiß oder erwartet dies, und seine Erwartungen basieren häufig nicht auf erlebten Realitäten. Der Patient kommt in der Regel in eine ihm unvertraute Umgebung; er gibt mit der Kleidung die Insignien seiner bürgerlichen Würde ab und damit auch deren sicherheitsspendende Ressourcen. Er regreidiert also auf eine abhängige, quasi infantile innere Position und äußere Rolle.

Dazu gehört auch, daß er, analog unvertrauten Situationen der Kindheit, die Personen, denen er sich anvertraut hat, idealisiert und/oder fürchtet. Er hat unter Umständen existenzielle Furcht vor einer erschreckenden Diagnose, er erwartet schmerzhaft Maßnahmen, die irreversible Zerstörung seiner körperlichen Integrität; sein Schamgefühl wird verletzt werden. Er erlebt im Verlauf wechselnde Zustände von Angst, Unsicherheit, Bedrohung, Belastung, Kränkung, Enttäuschung, Wut (vgl. das o. g. Fallbeispiel). Entsprechend seiner individualitäts- und situationsbedingten regressiven Verfassung und Infantilisierung hat er oft unausgesprochene, unbewußte Erwartungen, wie ein Kind geliebt, versorgt und gepflegt zu werden. Gegen diese Gefühle kann sich wiederum Stolz entwickeln, der zu einer distanzierten Haltung führt. Die in ihrer Architektur, ihrer Einrichtung, ihren Geräuschen und Gerüchen fremde, unvertraute Klinikatmosphäre befremdet, verunsichert und ängstigt den regredierenden Patienten. Alle diese teilweise unvermeidbaren inneren Zustände und die daraus resultierenden Verhaltensweisen können die Kooperation zwischen ihm und dem Stationsteam stark beeinflussen. Diese Befindlichkeiten sind wichtige intervenierende Faktoren, die mit einem «engineering model» nicht erfaßbar sind.

*b) Das Verhalten des Arztes und die Arzt-Patienten-Beziehung*

Alle diese emotionalen Dispositionen des Patienten müssen vom Arzt prinzipiell in Rechnung gestellt werden, und zwar nicht nur im Interesse eines würdigen und angemessenen Reagierens auf den Patienten, sondern auch zur Verbesserung der Behandlung durch Beachtung möglicher Störfaktoren, die zum Teil in dem Begriff der Compliance subsumiert sind. Das heißt zunächst, daß der Arzt unbeschadet seines spezifischen diagnostischen Interesses den Patienten als Individuum würdigen, freundlich empfangen und alle von ihm ausgehenden Zeichen wie Kleidung und deren Stil, Gepflegtheit, Gesten, Mimik, Geruch, Ausdrucksweise, Themenwahl, Interaktionen mit Dritten (andere Mitglieder des Stationsteams) wahrnehmen, auf sich wirken lassen und nach Möglichkeit aus seinen Wahrneh-

mungen, insbesondere aber seinen gefühlsmäßigen Reaktionen (u. a. Gegenübertragung, vgl. Kap. III.A bis III.C) diagnostische Schlüsse auf die Persönlichkeit und ihre situative Befindlichkeit ziehen können soll.

Sein Respekt vor dem Patienten muß sich in einer angemessenen Mischung aus Sachlichkeit, Takt, Interesse für die Äußerungen des Patienten und die von ihm angegebenen körperlichen Beschwerden ausdrücken. Ein besonders heikler Punkt ist insofern die Überschreitung der sonst üblichen und gewohnten körperlichen Distanz zwischen Menschen, die kein Liebesverhältnis haben. Für den Patienten sind dies Momente der Unlust, der Angst vor Schmerz, des Verlustes der Kontrolle über sich, des Gefühls der Erniedrigung angesichts offengelegter körperlicher Mängel oder aber des Wunsches nach Verführung. Für den Arzt sind dies Risiken der routinebedingten Indolenz angesichts dieser situationstypischen Grenzüberschreitung. Mangelnde Empathie, die auch durch eigene Unsicherheiten und spezifische Gegenübertragungsgefühle aggressiver oder erotischer Natur bedingt sein kann, gefährdet das Arbeitsbündnis, auf das sich Arzt und Patient vertragsgemäß geeinigt haben.

Gegen diese Gefährdung der konstruktiven Zusammenarbeit hat der Arzt anspruchsvollere (Selbstwahrnehmungsaspekte, Empathie) und einfachere (gewohnheitsmäßige Haltungen und Einstellungen) Mittel zur Verfügung. Sein gepflegtes, neutrales Äußeres, höfliche, respektvolle Umgangsformen ohne kumpelhafte, abwertende oder flirtende Entgleisungen, die Vermeidung von unangemessenen Scherzen, d. h. insbesondere von solchen, deren Wirkung er nicht abschätzen kann, sind keine zureichenden, aber wichtige Voraussetzungen. Dem Patienten wirklich zuzuhören, auf seine Äußerungen interessiert einzugehen, ihm jeden Untersuchungsschritt und jede geplante Maßnahme hinreichend genau zu erklären und vorauszusagen, den Fragen des Patienten nicht auszuweichen, sondern wahrheitsgemäß, aber mit genauer Dosierung zu beantworten, dies sind schlichte, aber oft vernachlässigte Prinzipien. Zwischenergebnisse und endgültige Ergebnisse sollten dem Patienten erläutert werden, und bei allen

Handlungen sollte der Arzt Zeichen von Ungeduld und Zeitmangel vermeiden.

Bei aller Beachtung von Verhaltens- und Einstellungsprinzipien ist aber jeder Schematismus zu vermeiden. So ist beispielsweise zu beachten, daß das *Informationsbedürfnis* von Patienten unterschiedlich ist. Eher zwanghafte Menschen haben ein größeres Bedürfnis, die Situation jeweils zu kontrollieren. Dementsprechend groß ist ihr Informationsbedürfnis, während eher hysterisch organisierte Persönlichkeiten dazu tendieren, sich dem Arzt unkontrolliert anzuvertrauen. Depressive Patienten wiederum begründen ihr Desinteresse an detaillierter Information mit ihrer fatalistischen Erwartung. Es wäre aber problematisch, weil zu schematisch, sich nur an solchen typologischen Kategorien zu orientieren. Das Verständnis für die Bedürfnisse der Patienten entwickelt sich in der Interaktion selbst. Es erschöpft sich nicht in den genannten Konstellationen. Eine besondere Herausforderung stellen beispielsweise hypochondrische Patienten dar, die ohnehin häufiger stationär aufgenommen werden, als es ihrem körperlichen Zustand entspräche. Schon deshalb, aber auch wegen ihres unstillbaren Bedarfs an Untersuchungen und Vergewisserungen riskieren sie negative *Gegengefühle* und aggressive Haltungen des behandelnden Arztes und stellen für diesen eine große Herausforderung dar. Viele Ärzte neigen gegenüber solchen Patienten dazu, ihre abweisenden Gefühle dadurch zu vermeiden, daß sie dem Untersuchungsbedürfnis einfach nachgeben. Andere werden unwirsch und riskieren dadurch die Beziehung. Beide Modalitäten sind ungünstig. Ein flexibler Umgang mit dem Patienten, der eine objektiv unnötige Untersuchung im Interesse der Erhaltung der Arzt-Patienten-Beziehung zwar hin und wieder erlaubt, sie aber mit der Vorhersage des erwarteten Ergebnisses verbindet und daran das Gespräch über die Haltung des Patienten anknüpft, also die psychische Ebene fokussiert und dabei auch insofern den Patienten ernst nimmt, sind konstruktive Verhaltensweisen, die durch geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, besonders BALINT-Gruppen (vgl. Kap. III.B), erlernbar sind. Das Anschreien alter Patienten in der Vorannahme, sie seien schwerhörig,

sollte auf diejenigen beschränkt werden, die sich wirklich als schwerhörig erweisen.

Auch Patienten mit einer tödlichen Erkrankung sind für die Mitglieder des Stations-teams oft besonders schwierig. Die Ergebnisse empirischer Untersuchungen, wonach Patienten umso weniger vom Personal aufgesucht werden, je infauster die Prognose ist, sprechen für sich. Sie sind für Ärzte wie Pflegepersonal besonders schwierig, weil sie die Mitglieder des Stations-teams hilflos machen: an ihnen scheitert schließlich die medizinische Kompetenz. Eine typische Reaktion der Ärzte auf dieses situationsgemäß besonders häufige Beziehungsmuster ist die Leugnung der Aporie: Ärzte neigen dann zu einem unsinnigen Polypragmatismus.

*Fallbeispiel:* Ein auch für den Laien sichtbar moribunder Patient mit einem fortgeschrittenen metastasierten und «austherapierten» Leberkarzinom war entsprechend verbreitetem Verhalten noch in die Innere Klinik eingeliefert worden. Beim ersten Besuch der Ehefrau berichtet der zuständige Stationsarzt: «In Ihren Mann haben wir inzwischen einen halben Volkswagen gesteckt.» An diesem Satz und den ihm zugrundeliegenden ärztlichen Maßnahmen ist alles falsch: die Verschwendung von Geld, die Hilflosigkeit des Arztes in einer Situation, die von ihm menschlichen Rang und Würde verlangt hätte, die Tröstung einer Frau, die dieser Art von Trost nicht bedurft hätte, weil sie wußte, daß ihr Mann sterben werde, die Verleugnung der Hilflosigkeit in Gestalt von materiellem Agieren, die Ersetzung des Gesprächs mit einem Sterbenden durch materielle Maßnahmen, die Orientierung an einem mechanistischen Modell (Henry Ford und die Folgen: «Volkswagen», s. o.) und insbesondere der aus Unsicherheit entstandene Mangel an Takt in Gestalt eines unpassenden Vergleiches. Das Beispiel mag abstoßend sein; es ist aber alltäglich.

An dem folgenden Bericht eines Klinikarztes soll nicht nur gezeigt werden, welche Möglichkeiten angemessenen Umgangs Ärzten offenstehen, sondern auch, daß mit dem Tod des Patienten die ärztliche Aufgabe nicht beendet ist.

*Fallbeispiel:* Ein 58jähriger Patient erleidet nach vierwöchiger Therapie wegen eines Herz hinterwandinfarktes auf der internistischen Station eine Rhythmusstörung. Als ich in seinem Zimmer eintreffe, liegt er zyanotisch mit einem Atemstillstand neben dem Bett. Nach Mund-zu-Mund-Beatmung und Herzdruckmassage intubiere ich den Patienten und versorge ihn über einen Venenweg mit der ersten Medi-

kation. Fast alle Schwestern der Schicht sind um das Bett versammelt, jede hat ihre vorher eingeübte Aufgabe. Unter Beatmung und Herzdruckmassage fahren wir den Patienten auf die Intensivstation, wo wir nach einer Stunde ohne Erlangung von mechanischen Herzreaktionen die Reanimation abbrechen.

Der Weg zurück zur Station kommt mir wie eine Prozession vor. Ich fühle mich wie ein Leichenträger, zu Beginn des mir endlos erscheinenden Weges auch als Leichenmacher. Wieder vor der Station angekommen, frage ich mich, was die anderen Patienten, besonders der Mitpatient des Verstorbenen denken? Erleichtert sehe ich einen leeren Gang, und wir schieben den Toten in ein freies Einzelzimmer.

Spontan versammeln sich alle Mitarbeiter der Station im Schwesternzimmer. Jemand bringt schweigend Kaffee, ein anderer schließt die Tür. Ich bin gekränkt über die nicht erfolgreiche Reanimation und zugleich stolz auf mein Schwesternteam. Einige sprechen es aus: «Ich hätte es nie gedacht, daß gerade er stirbt, er wollte doch nächste Woche entlassen werden.» Und: «Es war eine gute Reanimation, wir haben diesmal nichts vergessen.» Alle teilen sich in der nächsten halben Stunde so oder ähnlich ihre Betroffenheit mit. Als die Klingel wieder ertönt und eine Schwester nach der anderen aufsteht, werde ich daran erinnert, die Ehefrau des Verstorbenen zu benachrichtigen. Ich gehe in mein Zimmer und telefoniere: «Ich rufe wegen Ihres Mannes an, ich möchte Sie bitten, jetzt zu mir auf die Station zu kommen.» Sie unterbricht: «Ist etwas Schlimmes passiert?» «Ja, bitte nehmen Sie sich ein Taxi und fahren zu mir, ich erwarte Sie.»

Eine Viertelstunde später sitzt eine zirka 50jährige Frau in meinem Zimmer. Ich beginne: «Es fällt mir schwer, dies jetzt auszusprechen, ich bin selbst noch ergriffen von dem, was in der letzten Stunde hier geschehen ist.» Still blickt die Frau mich an. «Doktor, sagen Sie nicht, es ist was passiert!» «Doch, Ihr Mann ist vor einer halben Stunde plötzlich gestorben.» Die Frau springt auf: «Sie machen Scherze, Doktor – gestern haben wir noch über die Entlassung gesprochen.» Ich antworte: «Vor einer Stunde hat Ihr Mann eine Herzrhythmusstörung bekommen, das Herz blieb stehen, trotz aller Bemühungen haben wir es nicht mehr zum Schlagen bekommen.» Wie starr sitzt die Frau da, dann wird sie bleich, sie sagt, daß ihr übel und schwindelig werde. Ich will sie stützen, sie drängt meine Arme zurück. Die nächsten zehn Minuten liegt sie mit abgewandtem Gesicht auf meiner Untersuchungsfläche. Mir kommen Bilder unserer Trauerprozession; im Geiste sehe ich die Ehefrau mich und die Schwestern beschimpfen.

Dann bemerke ich, wie sie mich wieder anblickt, ich gehe auf sie zu und frage: «Wollen Sie noch einmal zu Ihrem Mann, ich komme mit Ihnen.» Sie nickt. Wir betreten das Zimmer mit dem Verstorbenen, die Frau geht auf das Bett zu, sie zögert, umfaßt den Toten und sagt: «Sag, daß das nicht wahr ist.» Dies wiederholt sie mehrfach in den nächsten fünf Minuten,

wie beschwörend schlägt sie dabei mit den Händen auf den Brustkorb des Toten: «Sag doch was.» Nach einer ganzen Zeit zu mir gewandt: «Er ist nicht tot!» Ich daraufhin: «Sein Herz steht still.» Jetzt legt die Frau ihre Hand auf die Brust des Toten und hält inne. Ich sage: «Fühlen Sie, daß sich der Brustkorb nicht mehr bewegt. Er atmet nicht mehr. Er ist tot.» Nachdem sie dies getan hat, beginnt sie zu weinen und legt ihren Kopf auf die Brust des Toten: «O Gott, wie konnte das geschehen.»

Ich schiebe der Frau einen Stuhl hin und sage, daß sie bleiben könne, solange sie wolle. Danach verlasse ich das Zimmer, eine Schwester bleibt bei ihr. Eine halbe Stunde später klopft die Frau an meine Tür und erfragt Einzelheiten des Herzstillstandes und des Reanimationsversuchs. Im Gehen sagt sie leise: «Danke.» Ich benachrichtige den Hausarzt über den Tod des Patienten und die Reaktionen der Ehefrau. Mit dem Mitpatienten des Verstorbenen gehe ich nach einem längeren Gespräch ebenfalls zu dem Toten. Er verabschiedet sich (MEYER, 1986).

#### 4. Stationsstruktur, Fort- und Weiterbildung

Die Vermeidung von Verhaltensfehlern und die Realisierung eines guten Arbeitsbündnisses bzw. einer der Situation angemessenen Arzt-Patienten-Beziehung ist nicht nur unter dem Aspekt interindividueller Beziehungen zu betrachten. Die Struktur der Station, ihr Arbeitsklima, das positive oder negative Vorbild der verantwortlichen Persönlichkeiten beeinflussen die hier tätigen Personen. Eine im Sinne integrierter psychosomatischer, d. h. patientengerechter Medizin gut organisierte Station müßte eine ständige Institution haben, in der Ärzte und Pflegepersonal möglichst unter *Supervision* eines externen Experten die (psychosozialen) Probleme der Patienten und die Beziehung zwischen Team und Patient im Sinne einer BALINT-Gruppenarbeit (vgl. Kap. III.B) diskutieren. An diesen Treffen müßten auch die jeweils für die Station verantwortlichen Ärzte teilnehmen. Besondere Beachtung verdienen die Nachtwachen, die als Vertrauenspersonen für die Patienten oft eine große Rolle spielen. Ein psychosomatischer *Liaisondienst* (vgl. Kap. V.A) müßte diese Strukturen ergänzen.

Eine meist grob vernachlässigte Dimension patientengerechter Krankenhauskultur ist die Ästhetik der Stationen. Welche Farben die Wände haben, welche

Bilder an den Wänden hängen, welches und wieviel Licht woher kommt, wie laut das Pflegepersonal geht, spricht, mit Geschirr klappert, das alles sind wichtige Elemente guter Krankenhausbehandlung und -pflege. Das gemeinsame Nachdenken über diese Aspekte sollte, auch wenn Krankenhausarchitekten und planende Ärzte die schlimmsten Fehler in der Regel schon gemacht haben, nie aufhören.

Als stationsübergreifende Institution haben die *Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen* der Teammitglieder eine wichtige Bedeutung. Ein großer Fortschritt ist die Verankerung der psychosomatischen Grundversorgung in den Facharztweiterbildungen (vgl. Kap. III.B), wengleich diese vorläufig nur in wenigen Fällen (Allgemeinärzte, Gynäkologen, Kinderärzte) umgesetzt ist. Sie wird für die Krankenversorgung in den Stationen nur relevant werden, wenn die psychosozialen Denk- und Handlungskategorien ernstgenommen und umgesetzt werden. In vielen Fällen werden die Zusatzbezeichnungen «Psychotherapie» und «Psychoanalyse», die auch von Klinikärzten unterschiedlicher Fachrichtung erworben werden können, einen günstigen Effekt auf die Stationstätigkeit haben. Dies ist vor allem auch von dem Facharzt «Psychotherapeutische Medizin» zu erwarten. Wer ihn erwerben will, muß ein Jahr in einer Inneren Klinik tätig sein. Von diesen Ärzten darf erhofft werden, daß sie ihr psychotherapeutisches Interesse in der Stationsarbeit aktivieren.

## 5. Intensivmedizinische Stationen, Wachstationen, Dialyseeinheiten

Intensivmedizinische Behandlungen sind wegen der vitalen Gefährdung der dort liegenden Patienten mit hohem technischem Aufwand, der metabolischen und Vitalfunktionenkontrolle sowie intensiver Pflege verbunden. Die Mortalitätsraten sind höher als auf anderen Stationen. Sie liegen durchschnittlich bei 15–35 Prozent, in einzelnen Patientengruppen wie solchen, die der Beatmung und der Hämodialyse bedürfen, bei 80 Prozent.

Patienten auf solchen Stationen befinden sich auch in einem psychisch prekären Zustand. Soweit sie nicht bewußtlos bzw. be-

wußtseinseingengt sind und ggf. an einem hirnrorganischen Durchgangssyndrom leiden, sind sie oft voller Angst oder tief depressiv. Die psychischen Veränderungen der Patienten sind wegen der physischen Grenzsituation als eigenständiger Risikofaktor *quoad vitam* anzusehen, z. B. weil Angst die ohnehin gefährdete Kreislauf- und Stoffwechselsituation noch weiter verschlechtern kann (SPEIDEL et al., 1978, 1979).

Die höchsten Raten an psychotischen Episoden finden sich in kardiochirurgischen Intensivstationen (SPEIDEL et al., 1978, 1979). Besonders schwere und häufige nichtpsychotische Angstzustände finden sich bei Herzinfarktpatienten (GAUS u. KÖHLE, 1990).

Zwar sind die gute Organisation und der hohe apparative Aufwand selbst schon für manche Patienten, aber auch für die Ärzte ein bedeutender Sicherheitsfaktor (FREYBERGER, 1976). Darüberhinaus bedürfen Patienten auf Intensivstationen besonders gründlicher psychotherapeutischer Betreuung im weitesten Sinne, und dies scheint sogar die Mortalität zu senken (CASSEM u. HACKETT, 1971). Bei Patienten mit einer gefährdeten Orientierung sind häufig wiederholte Besuche im Sinne einer supportiven Psychotherapie (FREYBERGER u. SPEIDEL, 1977) sowie einfache Orientierungshilfen wie Uhr und Kalender gegenüber dem Bett (MEFFERT et al., 1978) besonders wichtig. Ihre Bedeutung liegt z. B. darin, daß delirante Symptome in Intensivstationen ohne natürliches Licht, d. h. ohne optische Kontrollmöglichkeiten doppelt so häufig sind wie in solchen mit optischem Kontakt zur Außenwelt (WILSON, 1972). Gerade Patienten mit einer reduzierten Orientierungsfähigkeit bedürfen also einer laufenden kognitiven Kontrollmöglichkeit. Selbst Gesprächskontakte mit nur wissenschaftlicher Zielsetzung können auf kardio-chirurgischen Intensivstationen die Psychose rate senken (HELLER et al., 1970; MEFFERT et al., 1990). Patienten, bei denen Angst, Depression und Rückzug die leitenden psychischen Symptome sind, brauchen u. a. supportive Maßnahmen (s. o.), die auch vom Pflegepersonal geleistet werden können (GURTHRIE, 1973), d. h. sie benötigen häufige, kurze Kontakte, in denen sie das Interesse an ihrer Situation, Ermutigung und Unterstützung erleben können. Bei Schwerkranken sind auch Berührungen von spezieller Bedeutung im Sinne einer «Brücke zum Leben» (Äußerung einer alten, schwerkranken Kollegin). Nach allen Erkenntnissen muß in Anwesenheit des Patienten immer so geredet werden, als ob er es verstehe, auch wenn er bewußtlos scheint, und auch mit «Bewußtlosen» sollte gesprochen werden.

Im Widerspruch hierzu steht die Neigung des Personals von Intensivstationen, sich auf die

mechanischen Prozeduren zurückzuziehen. Deshalb beklagen sich nachträglich befragte Patienten besonders über Informations- und Kommunikationsdefizite (KLAPP, 1984), und sie hätten sich mehr Unterstützung gewünscht (FRANK et al., 1972). Die Intensivstationen sind somit diejenigen Stationen, bei denen die Notwendigkeit psychosomatischer Kompetenz der Ärzte und des Pflegepersonals besonders evident ist, aber in der Realität besonders vermißt wird. Es darf vermutet werden, daß die hohe Fluktuation des Personals auf diesen Stationen – Ausdruck schlechter Bekömmlichkeit der dortigen Arbeitsbedingungen – vor allem auf diese Diskrepanz zurückgeführt werden muß, die für das Personal selbst nachteilig ist.

Das Personal der Intensivstationen ist verschiedenen *Extrembelastungen* ausgesetzt: der hohen Mortalitätsrate, der Konfrontation mit Schwerkranken, der Kontaktbehinderung (z. B. bei beatmeten Patienten), den zum Teil schweren körperlichen Veränderungen, der permanenten Kontrolle von Körperfunktionen als lähmende Routine, der Furcht vor tödlichen Fehlern bei den oft notwendigen raschen Maßnahmen und vor Verletzungen der Patienten bei der Reanimation (GAUS u. KÖHLE, 1990). Besonders belastend ist der Umgang mit Hirntoten.

Im psychischen Sinne alleingelassen und insofern, wie auch hinsichtlich der Arbeitsmenge überlastet, neigen die Mitglieder solcher Teams zu kontraphobischer Hyperaktivität, zur Abwehr von Affekten, zu einem egalitären, oft respektlosen Umgang und rauen Ton untereinander, zu Rücksichtslosigkeit gegenüber Patienten und Teammitgliedern. Elitebewußtsein, Abschottung nach außen, u. a. mit der Folge unnötiger Ausgrenzung von Angehörigen, deren Anwesenheit besonders wertvoll ist, sind weitere, oft beobachtbare Phänomene. Die fortlaufende Supervision durch einen erfahrenen psychotherapeutisch-psychosomatisch geschulten Arzt ist nach dem Stand der Forschung eine *conditio sine qua non*, in der Praxis aber eine Rarität.

Hier besteht zweifellos auch noch ein Forschungsdefizit, wie die Ergebnisse von MEYER u. BALCK (1991) zeigen, die bei Notärzten u. a. ein geschlechtsdifferentes Reanimationsverhalten nachweisen konnten: männliche Notärzte reanimieren männliche Patienten

länger als weibliche Patienten; bei weiblichen Notärzten ist dieser Unterschied nicht nachweisbar. Daß dieser überraschende Befund nicht zufällig ist, beweist eine andere Studie, in welcher nachgewiesen wurde, daß männliche Infarktpatienten invasiver behandelt werden und möglicherweise deshalb eine geringere Mortalität haben als Frauen (SCHMIDT u. BORSCH, 1990).

Wie schwer aber eine solche Zusammenarbeit sein kann, zeigt sich in den Dialyseeinheiten (vgl. Kap. IV.E.2). Hier gibt es, ähnlich wie in den Intensivstationen, ein ausgeprägtes Elitebewußtsein. Anders als dort und in allen anderen Stationen ist die Beziehung zwischen Patient und (Pflege-)Personal langfristig und eng. Das Personal kennt oft die Lebensbedingungen der Patienten sehr genau und fühlt sich teilweise zu recht dem von außen kommenden psychosomatischen oder gar psychologischen Supervisor überlegen. Der Umgang mit Dialysepatienten nötigt dem Dialysepersonal jedenfalls psychologische Kompetenz auf (vgl. SPEIDEL, 1976 a, b), die in manchen Einheiten auch vorbildlich realisiert wird.

## 6. Strukturelle Maßnahmen

Die geschilderten Probleme und Mängel haben mehrere Gründe, solche der ärztlichen Ideologie, solche des Inhaltes der Arbeit, organisatorische und ökonomische. Erstes Erfordernis ist die *angemessene und gleichrangige Würdigung interaktioneller resp. psychosozialer Komponenten der Behandlung* durch die verantwortlichen Ärzte. Daß es hieran nach wie vor mangelt, zeigt sich daran, daß bei Pflegesatzverhandlungen auch Mitte der neunziger Jahre die psychosozialen Dienste vergessen wurden. Grundlegende Voraussetzungen sind hier Umdenken sowie psychosoziale und Managementschulung leitender Ärzte.

Die Arbeit in Krankenhäusern ist fachlich im technischen Sinne zunehmend anspruchsvoll, gleichzeitig aber auch menschlich sehr belastend. Vor allem der Umgang mit den zum Teil überwiegend alten Menschen, mit Tumorkranken und die Intensivpflege erfordern regelmäßig systematische Hilfen für das pflegerische wie für das ärztliche Personal.

Die Einrichtung von Liaisonbeziehungen (vgl. Kap. V.A), regelmäßige *externe Team-supervisionen*, z. B. in Gestalt von BALINT-Gruppen (vgl. Kap. III.B) sind mindestens für die Arbeitsbereiche mit besonders hoher Belastung (z. B. Onkologie, Intensivmedizin) ein unabwiesbares Erfordernis. Sie dienen dem Verständnis der Patientenprobleme, dem gegenseitigen Verständnis des Personals, der Arbeitszufriedenheit, der Verminderung des Krankenstandes und derjenigen der Personalfuktuation und des Personalmangels. Die finanzielle Berücksichtigung in Gestalt entsprechender *Pflegesätze* ist vermutlich die beste Investition in das Wohl der Patienten wie des Personals der Kliniken.

## Literatur

- ADLER RH, HEMMELER W: Der Kliniker als Psychosomatiker. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) Psychosomatische Medizin. 4. Aufl., S. 410, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- BALINT M: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Klett, Stuttgart / Huber, Bern 1965
- CASSEM NH, HACKETT TP: Psychiatric constellation in a coronary care unit. *Ann intern Med* 75, 9–14, 1971
- ENGELHARDT K: Der Patient in seiner Krankheit. Thieme, Stuttgart 1971
- FEHLENBERG D, SIMONS C, KÖHLE L: Die Krankenvi-site – Probleme der traditionellen Stationsarztvisite und Veränderungen im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungskonzepts. In: VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) Psychosomatische Medizin, 4. Aufl., S. 265, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- FRANK KA, HELLER SS, KORNFELD DS, MALM JR: Longterm affects of open-heart surgery on intellectual functioning. *J Thorac Cardiovasc Surg* 64, 811, 1972
- FREYBERGER H: Psychosomatic aspects of an intensive care unit. In HOWELLS JG (ed.) *Modern perspectives in the psychiatric aspects of surgery*. Brunner u Mazel, New York 1976
- FREYBERGER H, SPEIDEL H: Die supportive Therapie in der klinischen Medizin. *Bibl Psychiat Neurol* (Basel) 152, 141–169, 1976
- GAUS E, KÖHLE K: Intensivmedizinische Behandlungsverfahren. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) Psychosomatische Medizin. 4. Aufl., S. 1161, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- GURTHRIE M: Cardiac surgery in the first person. *Canad Nurses* 31, 1975
- HAFERLACH T: Das Arzt-Patient-Gespräch. Ärztliches Sprechen in Anamnese, Visite und bei der Patientenaufklärung. Zuckschwerdt, München 1994
- HELLER SS, FRANK KA, MALM JR, BOWMAN JR FA, HARRIS PD, CHARLTON MH, KORNFELD DS: Psychiatric complications of open-heart surgery: A re-examination. *New Engl J Med* 282, 1015, 1970
- KLAPP B: Psychosoziale Intensivmedizin. Springer, Heidelberg 1984
- KÖHLE K, JORASCHKY P: Die Institutionalisierung der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) Psychosomatische Medizin. 4. Aufl., S. 415, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- MEFFERT HJ, DAHME B, FLEMMING B, GÖTZE P, HUSE-KLEINSTOLL G, RODEWALD G, SPEIDEL H: Psychologische Aspekte der Psychopathologie Herzoperierter. *Verh Dtsch Ges Inn Med*, 84. Bd, 1560–1562, 1978
- MEFFERT HJ, LAMPARTER U, BOLL A: Comparison of in-hospital conditions for «International Study» and «Non Study» patients. In WILLNER AE, RODEWALD G (eds.) *Impact of cardiac surgery on the quality of life*, S. 279, Plenum Press, New York 1990
- MEYER W: Über den Umgang mit dem Tod auf einer internistischen Station. *Psycho* 12, 787–790, 1986
- MEYER W, BALCK F: Reanimation – tägliche Realität und mögliches Modell zum Verstehen ärztlicher Auseinandersetzung mit dem Tod. In OCHSMANN R, HOWE J (Hrsg.) *Trauer – Onkologische Konfrontation*, S. 196, Enke, Stuttgart 1991
- SCHMELING-KLUDAS C, WEDLER H: Psychosomatik im Allgemeinkrankenhaus – praktisches, diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei internistischen Patienten. *Med Welt* 44, 627–631, 1993
- SCHMIDT SB, BORSCH MA: The prehospital phase of acute myocardial infarction in the era of thrombolysis. *Am J Cardiol* 65, 1411–1415, 1990
- SPEIDEL H: Zur psychischen Situation des Pflegepersonals bei Hemodialyse und Hemodialysetraining. *Therapiewoche* 26, 1043–1046, 1976
- SPEIDEL H: Die Arbeit des Psychosomatikers in Dialysezentren. *Der Krankenhausarzt* 49, 648–654, 1976
- SPEIDEL H: Psychosomatische Probleme in der Herzchirurgie. *Therapiewoche* 28, 8191–8210, 1978
- STUHR U, HAAG A: Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. *Psychother med Psychol* 39, 273–281, 1989
- WILSON L: Intensive care delirium. *Arch Intern Med* 130, 225, 1972