

Soziologische Beobachtungen aus schweizerischen und deutschen Spitalbetten

Ein Erfahrungsbericht von Ulrich Oevermann und Marianne Rychner über das Spitalpatient-Sein in Deutschland und der Schweiz. Ihr Fazit: Die inzwischen zweieinhalbjährige Odyssee wäre wesentlich abkürzbar und damit auch kostengünstiger gewesen.

Text: Ulrich Oevermann (emeritierter Soziologieprofessor, Patient) und Marianne Rychner (Soziologin, Angehörige)

Bild: Keystone

Der in Frankfurt am Main wohnhafte Mitautor dieses Textes ist vor rund drei Jahren in Bern notfallmässig hospitalisiert worden, wo ein Rektalkarzinom diagnostiziert wurde. Nach Operationen in Deutschland ist er nach Bern zurückgekehrt und war hier mehrfach in ambulanter und stationärer Behandlung. Nichts Erfreuliches und zugleich ein höchst interessantes Beobachtungsfeld für den Soziologen, der sich zu vor während Jahrzehnten mit der Entwicklung und empirischen Überprüfung einer Professionalisierungstheorie beschäftigte, für die ärztliches Handeln im Zentrum steht, aus der sich eine Vielzahl von Details des Arzt-Patient-Verhältnisses bestimmen lässt und die eine wirksame Folie liefert für die Kritik von Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen einschliesslich

modischer Fehleinschätzungen des ärztlichen Berufes in der gesundheitspolitischen Diskussion.

Ärztliches Handeln als stellvertretende Krisenbewältigung

Im Unterschied zu den vorausgehenden Versionen der Professionalisierungstheorie wird hier die Praxis von Professionen ganz allgemein aus der Funktion der stellvertretenden Krisenbewältigung abgeleitet. Es wird davon ausgegangen, dass jede primäre Lebenspraxis, sei sie individuell oder kollektiv, strukturell dazu bestimmt ist, die für sie unvermeidlichen Krisen selbständig zu bewältigen; daraus bezieht sie ihre Autonomie. Professionen sind nun diejenigen Berufe, die auf der Basis methodisierten Wissens und entsprechender Praktiken jene Krisen bearbeiten, welche die Lebenspraxis selbst nicht mehr bewältigen kann und – eben stellvertretend – an Experten delegieren muss, was z.B. bei Krankheiten der Fall ist. Professionen wenden das

jeweils historisch kumulierte methodisierte Wissen an; mit dessen Entwicklung wächst nicht nur das Krisenbewältigungspotential, sondern zugleich seine Unverfügbarkeit für Laien. In dem Masse, in dem dieses Problembewältigungspotential – vor allem durch wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt – anwächst, nimmt die Abhängigkeit von Laien bzw. der primären Lebenspraxis von der stellvertretenden Krisenbewältigung durch die Professionen zu.

Hilfe zur Selbsthilfe in der Praxis des Arbeitsbündnisses

Als Folgeproblem dieser Konstellation ergibt sich für die professionalisierte Praxis das Paradox, wie sie die stellvertretende Krisenbewältigung erfolgreich durchführen kann und dabei gleichzeitig die dadurch erzeugte Abhängigkeit des Klienten in eine Autonomie-Stärkung umwandeln, also Hilfe zur Selbsthilfe betreiben kann. Dazu ist es notwendig, das methodisierte Wissen an Massstäben der Standardisierung,

also der generalisierbaren Geltung, auszurichten, es aber gleichzeitig fall- bzw. klientengerecht je individualisiert und nicht nur technisch-ingenieurial anzuwenden.

Die professionalisierte Praxis ist damit eine widersprüchliche Einheit von höchster Standardisierung einerseits und in höchstem Masse nicht-standardisierbarer, jeweils fallspezifischer Intervention andererseits. In der ersten Hinsicht ergibt sich daraus eine Kompetenz-Asymmetrie zwischen Expertin und Klient, in der zweiten Hinsicht vollzieht sie sich als reziprokes Anerkennungsverhältnis, in dem der Klient, die Klientin gerade nicht Kunde oder Kundin ist. Diese widersprüchliche Einheit, in sich fragil und selbst krisenhaft, vollzieht sich in einem Arbeitsbündnis zwischen Experten und Klienten. Sie begegnen sich dort als ganze Menschen und sind auf gegenseitiges Vertrauen angewiesen. Aus der Logik des Arbeitsbündnisses ergibt sich für die ärztliche Praxis, dass grundsätzlich Kranke es jeweils initiieren müssen, also freiwillig Patienten werden und damit in der Bindung an das Arbeitsbündnis einen ersten Schritt auf dem Wege der Selbsthilfe und damit der Genesung gehen.

Autonomie ärztlicher Praxis

Professionalisierte ärztliche Praxis bedarf einer spezifischen Autonomie der Selbstkontrolle durch eine Professionsethik unabhängig von der Logik staatlicher Bürokratie und unabhängig von der Kontrolle durch den Markt. In der aktuellen Gesundheitspolitik wird dies oft übersehen, ärztlicher Tätigkeit droht damit ein Prozess der Technokratisierung und der Deprofessionalisierung. Ob und inwiefern ärztliches Handeln trotz widriger Bedingungen noch einer professionellen Logik folgt, konnte der Soziologe also aus nächster Nähe beobachten. Anhand scheinbar unwesentlicher, tatsächlich folgenreicher Details anbei die wichtigsten Erkenntnisse:

Summarisch erfuhr er gleichermassen in Deutschland wie in der Schweiz die ärztliche Praxis als unerwartet stabil professionalisiert, geprägt durch einen professionalisierten Habitus, für den gilt, dass er nicht durch expliziten Wissenserwerb, sondern durch exemplarische Einübung «on the job» ausgebildet wird. Dies unerwartet entgegen der vor allem von den Sozialwissenschaften häufig genährten Kritik an Ärztinnen und Ärzten, in der die Professionsethik ideologiekritisch auf die Funktion von Statuspolitik reduziert wird. Dass die Kommunikation zwischen Arzt und Patient sich wie selbstverständlich in der Logik wechselseitiger Anerkennung als ganze Menschen

vollzieht und gleichzeitig die Asymmetrie zwischen Experte und Laie vollgültig gewahrt bleibt, zeigt sich beispielhaft an einem Detail wie dem, dass der Arzt wie selbstverständlich den Patienten auf seinen Zustand mit der Bemerkung ansprechen kann: «Heute gefallen Sie mir schon viel besser», ein Sprechakt, der normalerweise für die Intimität privater Sozialbeziehungen reserviert ist. Zu Beginn der Behandlung lag ein solcher Kommentar, der schweren Krankheit zum Trotz, noch nahe: Der Chirurg konnte den Krebs nach einer vorausgehenden, in einem Tumor-Board kollektiv beratenen und geplanten neoadjuvanten Strahlen- und Chemotherapie perfekt ausschneiden. Bis heute, drei Jahre später, ist er nicht rezidiert. Das ist nicht zuletzt einer vorbildlichen interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Radiologen zu verdanken.

Soziologisch gesehen entspricht dies genau der Logik des Arbeitsbündnisses: Mehrere Mediziner haben Risiken und Chancen abgewogen, sie mit dem Patienten besprochen, immer seine konkrete Lebenssituation im Blick. Postoperativ stellten sich dann durchaus übliche Komplikationen ein, die sich zunehmend verschlimmerten und es entstand dann eine Eigendynamik, in der professionalisierte ärztliche Praxis nur noch eingeschränkt bestimmend war für den weiteren, dramatischen Verlauf.

«In der aktuellen Gesundheitspolitik droht ärztlicher Tätigkeit ein Prozess der Technokratisierung und der Deprofessionalisierung.»

Organisations- und finanzierungsbedingte Einschränkungen professioneller Handlungslogik

Hinter einem irrtümlich während des ersten Klinikaufenthaltes als Harnleiterinfekt diagnostizierten und behandelten Dauerschmerzes verbarg sich, wie dann in der zweiten Universitätsklinik nahe des Reha-Ortes zunächst klinisch, dann per MRT diagnostiziert, ein apfelgroßer Abszess und eine im benachbarten Sacrum lokalisierte Osteomyelitis. Dass das in der Uniklinik der ursprünglichen Operation nicht bemerkt wurde, ergab sich wahrscheinlich aus der urlaubsbedingten Abwesenheit des Operateurs und mangelnder Kommunikation auf der Station unter Bedingungen maximalen Zeit- und Handlungsdrucks, unter dem deutlich

sichtbar sowohl ärztliches als auch pflegerisches Personal standen. Eine Kausalität mit hohem Spardruck und dem deutschen System der Fallpauschalen ist nicht von der Hand zu weisen, denn die anfängliche Aufmerksamkeit gegenüber dem Patienten wich zunehmend dem Bestreben, ihn trotz der Beschwerden in die Reha zu entlassen, das ursprünglich vorhandene Arbeitsbündnis mit den Medizinern des Tumorboards hing, strukturell bedingt, zunehmend an losen Fäden, der Tagesablauf des Patienten war bestimmt von Routinen des Krankenhauses, hinter der das Fallspezifische zunehmend zu verschwinden drohte.

Für Angehörige war mehrfach zu beobachten, wie schwerfällig und zeitraubend die Kommunikation mit andern Abteilungen der Klinik war als es um Fragen ging, die in der Folge der Operation dringend zu klären waren. Die Komplexität und Grösse der Klinik, unklare Zuständigkeiten und nicht geklärte Haftungsfragen, z. B. in Bezug auf den Patiententransport von einem Gebäude zum andern innerhalb desselben Klinikareals, waren hier die Gründe, so dass die genuine Logik eines Arbeitsbündnisses sich gar nicht erst entfalten konnte. Schliesslich: Keine und keiner der Beteiligten hatte mehr Gelegenheit und Musse zu fragen, ob die Diagnose «Harnwegsinfekt» richtig war, während der Abszess weiterwuchs.

... mit beinahe letalen Folgen

Unmittelbar nach der Diagnose des Abszesses und der Osteomyelitis in der chirurgischen Abteilung der zweiten Uniklinik, die sich als Exzellenzzentrum selber präsentiert, zeigte sich eine weitere, höchst folgenreiche Variante nicht vollständig realisierten professionellen Handelns infolge unklarer Zuständigkeit und Kommunikation: Die Abszess-Höhle wurde sofort endoskopisch untersucht. Dabei wurde eine kaum erkennbare Anastomosen-Insuffizienz identifiziert, die auch für den Patienten am Monitor erkennbar war. Die beiden Gastroenterologen, die bedingt durch die Krankenhaus-Organisation, nichts weiter mit dem auf der chirurgischen Abteilung stationierten Patienten zu tun hatten, einigten sich sofort darauf, die kleine Lücke in der Anastomose als Eingangspforte für die Ausräumung der Abszesshöhle zu benutzen. Ein rein medizinisch richtiger Entscheid, der aber den Gesamtzusammenhang nicht im Auge hatte – mit beinahe letalen Folgen: Kurz nachdem der Patient auf die chirurgische Station zurückverlegt wurde, befahl ihn ein heftiger Schüttelfrost, der ihn sofort an eine ähnliche, allerdings weniger heftige Sepsis aufgrund eines Streptokokken-Erysipels erinnerte. In Panik ersuchte

er den Stationsarzt um Hilfe, wobei sich herausstellte, dass dieser über den Vorlauf in der Endoskopie nicht informiert war. Als der Zustand des Patienten sich rapide verschlechterte bis zur Bewusstlosigkeit, wurde er mit einer septischen Einschwemmung auf die chirurgische Intensivstation gebracht, wo das drohende multiple Organversagen durch schnelles Handeln gerade noch verhindert werden konnte.

Ob anschliessend eine rückmeldende Kommunikation mit der Endoskopie stattgefunden hat, ist nicht bekannt. Niemand hat in dem Moment im Rahmen seiner Tätigkeit, für die er zuständig ist, etwas falsch gemacht, aber es hatte auch niemand die Gesamtverantwortung, zahlreichen Qualitätssicherungs- und Patientenmanagementsystemen (mit entsprechenden, an der Wand hängenden Zertifikaten) und der stolzen Selbstpräsentation als «Exzellenzzentrum» zum Trotz. Womöglich ist genau das institutionalisierte, oftmals politisch vorgegebene und wirtschaftlich motivierte Streben nach dem «Exzellenz»-Siegel strukturell dafür verantwortlich, dass eine Profilierung über den «Output» spezialisierter Abteilungen dominiert anstelle einer professionellen Zusammenarbeit mit unmittelbarem Bezug zu Patientinnen und Patienten, die sich nicht spektakulär nach aussen präsentieren lässt.

«Entscheide sind nie abstrakt generalisierbar und kontrollierbar, sondern immer nur begründbar bezogen auf den konkreten Fall in seiner Einzigartigkeit und in seiner Autonomie.»

Professionalität inmitten deprofessionalisierender Eigen-dynamiken

Den strukturell bedingten Dynamiken der Deprofessionalisierung zum Trotz war immer wieder zu beobachten, wie ärztliches

Handeln in der konkreten Begegnung mit dem Patienten den genannten Tendenzen etwas entgegenzuhalten vermochte: so realisierte etwa der Chirurg in der ersten Klinik in der Folge eines weiteren Zwischenfalls, dass die Atmosphäre in der Intensivstation dem Patienten als ganzem Menschen höchst abträglich war, letztlich mehr geschadet hat als geholfen, obwohl eine intensive Überwachung angezeigt war. Trotz deutlich geäussertem Befremden seitens der Intensivstationsleitung übernahm der Arzt in Absprache mit den Angehörigen die Verantwortung und liess den Patienten auf seine dringende Bitte hin in eine etwas weniger überwachte, de facto vielleicht risikoreichere, dafür aber menschlichere Station (intermediate-care) versetzen.

An solchen Details wird klar, dass ärztliches Handeln im Arbeitsbündnis immer ein Abwägen ist, dass immer Risiken bestehen bleiben oder gar neue entstehen, wenn ein Entscheid gefällt werden muss. Und solche Entscheide sind nie abstrakt generalisierbar und kontrollierbar, sondern immer nur begründbar bezogen auf den konkreten Fall in seiner Einzigartigkeit und in seiner Autonomie, wenn diese auch vorübergehend oder bleibend durch Krankheit eingeschränkt ist. Kein standardisiertes und damit auch standardisierendes Qualitätssicherungssystem kann solche Entscheide, die konstitutiv sind für professionalisiertes ärztliches Handeln, ersetzen. De facto können sie es gar erschweren, wenn der Zwang zur Orientierung an äusserlichen Vorgaben den Blick auf den Patienten als ganzen Menschen verstellt.

Dies zeigte sich auch nach einer Notfallüberweisung aus der Rehaklinik infolge schlechter Blutwerte und eines festgestellten Bigeminus in die kardiologische Abteilung derselben deutschen Uniklinik, in der zuvor der Abszess behandelt worden war. Nur dezidierte Einwände des Betroffenen, unterstützt von mehreren Angehörigen, bewahrten ihn vor einer routinemässig angebahnten Herzkatheter-Untersuchung, obwohl die Ursache der Herzrhythmusstörung erklärt werden konnte mit den die Nieren belastenden Folgen der Sepsis sowie mit Nebenwirkungen eines starken Antibiotikums,

wie die Lektüre des Beipackzettels zeigte. Ein Arbeitsbündnis war in dieser ebenfalls als exzellent sich präsentierenden Abteilung nie eingerichtet worden, da der Patient nicht aus freien Stücken, sondern routinemässig aufgrund von Messdaten eingeliefert wurde.

«Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz haben generell mehr Zeit, genau hinzuschauen und zuzuhören.»

Was in der Schweiz gleich und anders ist

Die Problemlage änderte sich grundlegend als nach der standardmässig in Deutschland nach 14 Tagen beendeten Endovac-Behandlung zwecks Beseitigung der Abszesshöhle der Patient zur Erholung in die Schweiz reiste. Anlässlich einer hausärztlichen Routinekontrolle wurden wiederum sehr schlechte Blutwerte festgestellt, die wahrscheinlich der durch die Sepsis bedingten Niereninsuffizienz geschuldet waren. Infolge deren Feststellung erfolgte eine Notfallüberweisung mit stationärem Aufenthalt. Dadurch gelangte der Patient in die Obhut eines umsichtigen Nephrologen, der nun alle weiteren Behandlungsmassnahmen in die Hand nahm und koordinierte: Wiederaufnahme der Endovac-Behandlung bis zur Schliessung der Abszesshöhle, Überwachung der Niereninsuffizienz und ihrer Folgen, Kontrolle der Symptome einer monoklonalen Gammopathie unklarer Signifikanz durch eine Nieren- und Rückenmarkbiopsie. Alle diese Massnahmen wurden konsequent dem Ziel einer letztlich erst 21 Monate nach dem ursprünglichen Eingriff erfolgenden Rückverlegung zugeordnet. Nach und nach erschloss sich dem Genesenden in dieser Zeit, was in der Schweiz im Prinzip gleich, de facto aber anders ist. Die wichtigsten Befunde, die er im Bewusstsein der Gefahr, als Deutscher die Schweiz zu idealisieren, bringt er folgendermassen auf den Punkt:

Ärztinnen und Ärzte haben generell mehr Zeit, genau hinzuschauen und zuzuhören.



Seine Odyssee durch deutsche und schweizerische Spitalbetten war ein höchst interessantes Beobachtungsfeld für den Soziologen Ulrich Oevermann.

Sie arbeiten im Belegarztsystem wie selbstverständlich eng miteinander zusammen und sprechen mögliche Behandlungen ab. Folgeerkrankungen der Vorfälle in den deutschen Kliniken sind hier auch im Rahmen des Möglichen behoben worden. Eine ähnliche Erfahrung hat er auch in einer Schweizer Uniklinik gemacht, vermutlich weil hier ebenfalls mehr Zeit für Kommunikation und Verantwortungsübernahme vorhanden ist. Pflegerinnen und Pfleger in Schweizer Spitälern haben deutlich mehr Kompetenzen im Sinne von Befugnissen, sind entsprechend besser ausgebildet und haben mehr Zeit als in deutschen Krankenhäusern, sich auf die Fragen und konkreten Probleme der Patienten einzulassen und arbeiten tendenziell selbstbewusster und selbstverständlicher mit Ärztinnen und Ärzten zusammen.

Der Soziologe und Patient hat im Schweizer Gesundheitswesen zahlreiche deutsche Ärztinnen und Ärzte angetroffen, die nicht zuletzt infolge deprofessionalisierender Entwicklungen, etwa der Einführung von Fallpauschalen und Konkurrenzdruck in Unikliniken, Deutschland verlassen haben, um in der Schweiz tätig zu werden. Nach wie vor, schätzen sie, seien die Bedingungen hier besser, für sie selber ebenso wie für die Patientinnen und Patienten. Ob das so bleibt, ist momentan offen, es hängt in mehrfacher Hinsicht an aktuell diskutierten Reformen, die alle eigens auf ihre Vereinbarkeit mit der Logik professionalisierten ärztlichen

Handelns hin zu untersuchen wären. Dem gängigen Einwand, dass die konsequente Entfaltung dieser Logik zu teuer sei, kann anhand des hier dargestellten Falles entgegengehalten werden: Die inzwischen zweieinhalbjährige Odyssee durch deutsche und schweizerische Kliniken und Praxen (inklusive der vor einem Jahr erfolgten Rückverlegungsoperation in Deutschland, die ebenfalls nicht unproblematisch verlaufen ist), war nicht nur für den Patienten und seine Angehörigen traumatisch, sie wäre wesentlich abkürzbar und damit auch kostengünstiger gewesen, wenn die Rahmenbedingungen es bereits unmittelbar nach dem ersten Eingriff zugelassen hätten.

Ulrich Oevermann ist emeritierter Soziologieprofessor, Begründer der objektiven Hermeneutik und hat sich in zahlreichen Forschungsprojekten mit ärztlichem Handeln beschäftigt. Marianne Rychner ist Historikerin und Soziologin, sie hat promoviert über die Logik ärztlichen Handelns.