

Von der Reibung zur Reflexion

Adelheid Müller-Lissner

„Der schwierige Patient – Eine Herausforderung für die Institution Krankenhaus“ 44. Workshop Medizinethik, Bericht zur Tagung der Ev. Akademie zu Berlin in Kooperation mit dem St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof am 11. März 2017

Der 44. Workshop Medizinethik widmete sich „schwierigen“ Patientinnen und Patienten als Herausforderung für die Institution Krankenhaus

Fast drei Viertel aller Hausärzte haben im letzten Jahr aggressive Patienten erlebt. Sie wurden beleidigt, in einzelnen Fällen aber auch bedroht, sie wurden körperlich angegriffen oder mussten zusehen, wie die Einrichtung ihrer Praxis demoliert wurde. Das zeigt eine Befragung, über die gerade im Deutschen Ärzteblatt berichtet wurde. Auch aus Notaufnahmen von Krankenhäusern kommen solche Berichte.

Aggressives Verhalten ist dabei nur ein besonders sichtbares Merkmal „schwieriger“ Patienten. Als anstrengend erleben es Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und andere Mitarbeiter auch, wenn Kranke sehr fordernd auftreten und viel Zeit kosten, ständig Kritik üben, Behandlungsvorschläge vehement ablehnen, sich nicht kooperativ zeigen, sich aufgrund unterschiedlicher kultureller oder auch religiöser Wertvorstellungen nicht in die Abläufe der Institution einfügen. Studien zeigen, dass die Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen, die in Arztpraxen und Kliniken Kontakt zu Patienten haben, sehr wohl zwischen „angenehmen“ und „unangenehmen“ Patienten unterscheiden. Abstrakte Gleichheitsgrundsätze sind dann schwer einzuhalten. Auch wenn man sich bemüht, allen gleichermaßen gerecht zu werden.

Grund genug für das St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof und die Evangelische Akademie zu Berlin, den nunmehr schon 44. gemeinsamen Workshop Medizinethik am 11. März 2017 dem Thema „Der schwierige Patient – eine Herausforderung für die Institution Krankenhaus“ zu widmen.

In seinem Vortrag „Wenn das Umfeld krank macht – Was kann die Klinik leisten?“ zeigte dort **Dr. med. Hans Willner**, Chefarzt der Klinik für seelische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter des St. Joseph Krankenhauses, welche Hypothek „schwierige“ Erwachsene oft schon seit der Kindheit mit sich tragen. Der sozioökonomische Status des Elternhauses und psychosoziale Belastungen in der Kindheit haben nachweislich konkrete Auswirkungen bis ins Erwachsenenalter hinein. „Der Patient wird oft schwierig durch das Umfeld, das ihn so macht, wie er ist.“

Heutige Krankenhäuser wiederum bezeichnete der Kinder- und Jugendpsychiater als „Gesundheitszentren in schwierigem Umfeld“, in denen ökonomischer Wettbewerb und Personalknappheit für Frustrationen sorgen. Was kann das Krankenhaus unter diesen Umständen leisten? In der konkreten Situation muss es ein Ort sein, an dem Menschen Verständnis entgegengebracht wird, die auch durch ihr Lebensumfeld krank wurden. Politisch gehe es aber darum, die Ungleichheit

der Gesundheitschancen zu verringern, forderte Willner. Dafür müsse man den Blick verstärkt auf den Lebensbeginn richten. Nicht zuletzt müsse aber auch an das Wohl der Mitarbeiter im Krankenhaus gedacht werden: „Wir müssen auch für uns selbst gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen fordern.“ Gerade in christlichen Krankenhäusern seien Mitarbeiter oft geneigt, sich aus Nächstenliebe zu sehr einspannen zu lassen.

Ein besonderes Beispiel dafür, dass die konkreten Umstände Kranke „schwierig“ machen können, sind sicher Patienten, die über längere Zeiträume isoliert in einem Einzelzimmer liegen müssen, weil sie Träger multiresistenter Keime sind. Hier geht es um den Schutz von Kontaktpersonen, prinzipiell aber um den aller anderen Patienten im Krankenhaus. Die Betroffenen selbst sind ohnehin durch ihre Grundkrankheit, die sie in die Klinik führte, schon eingeschränkt. Nun bekommen sie noch die Folgen eines weiteren Problems zu spüren. Einige fühlten sich sogar „aussätzig“, so berichtete **Katrin Philbert**, pflegerische Bereichsleiterin der Medizinischen Kliniken am St. Joseph Krankenhaus. Viele fühlen sich auch einsam, weil die Besucher (ohne zwingenden Grund) ausbleiben. Für das Krankenhaus-Team bedeuten diese Patienten umgekehrt mehr Aufwand, die organisatorischen Abläufe gestalten sich schwieriger, aus mangelnder Kenntnis resultieren unter Umständen Angst und die Schwierigkeit, das richtige Maß zu finden. Kurz: „Nicht die Patienten sind schwierig, sondern die Umstände.“ Für die Mitarbeitenden sind nach Ansicht von Katrin Philbert regelmäßige Treffen des interdisziplinären Teams wichtig, in denen die Fälle besprochen, Maßnahmen begründet und abgesprochen werden können. Auch kleine Veränderungen wie farbige Schilder an den Zimmertüren als internes Kennzeichen für Patienten, die wegen einer Besiedlung mit multiresistenten Erregern isoliert bleiben müssen, könnten nützlich sein. Die Betroffenen brauchen auf jeden Fall möglichst komfortable Einzelzimmer, in denen ein Fernseher für Abwechslung sorgt. Sogar möglichst kurze „Fluchtwege“ zum Rauchen im Freien können ihr Leben erleichtern. Menschen aus ihrer Umgebung sollten zu Besuchen ermutigt werden. „Am wichtigsten ist eine freundliche, zugewandte, entspannte Umgangsart“, resümierte Philbert.

Krank zu sein sei ja an sich schon ein „schwieriger“ Zustand, gab Prof. Dr. med. **Thomas Poralla** zu bedenken, Ärztlicher Direktor des gastgebenden Krankenhauses und zusammen mit **Simone Ehm** von der Evangelischen Akademie zu Berlin Initiator und langjähriger Organisator der Workshops zur Medizinethik.

Der Mensch fühlt sich durch die starken Bauchschmerzen vielleicht völlig aus der Bahn geworfen, Mediziner und Pflegekräfte sehen ihn zunächst nur als den „vereiterten Blinddarm“. Im Krankenhaus gebe es eine Tendenz, Menschen auf den Status von Objekten zu reduzieren, sagte **Ruth C. Ahrens**. Die Gesundheits- und Krankenschwester für Psychotherapie und Psychosomatik und Pflegewissenschaftlerin an der Akademie im Park in Wiesloch sieht das nicht grundsätzlich kritisch. Im Gegenteil: Vor einer Operation kann es teilweise nötig sein. „Man muss es sich jedoch bewusst machen und den anderen immer wieder in seiner Menschlichkeit wahrnehmen.“

Wenn die Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus herausfordernde Verhaltensweisen erleben und mit ständigen Verstößen gegen Regeln konfrontiert sind, brauchen sie ihrer Ansicht nach eine „gedankliche Metaebene als Entlastungsinstrument“. Sie sollten we-

nigstens ab und an von einem „Feldherrnhügel der Kommunikation“ (Friedemann Schulz von Thun) aus auf das Geschehen blicken und darüber reflektieren. Etwa über Situationen, in denen alle unter Zeitdruck stehen, den Tunnelblick haben, sich überfordert fühlen. „So können sie von der Metaebene aus Gesetzmäßigkeiten erkennen.“ Auf keinen Fall sollten die Professionellen problematisches Verhalten mit gleicher Münze heimzahlen. Ganz praktisch riet die Pflegewissenschaftlerin dazu, sich für die Reaktion auf heftig geäußerte Kritik „ein, zwei unverfängliche Formulierungen zurechtzulegen“. Damit sie einem im Ernstfall locker über die Lippen kommen.

Und wenn die Missverständnisse überhand nehmen? „Wenn Sie nicht mehr brüllen wollen, dann schweigen Sie doch ein bisschen zusammen“, riet **Sujata Banerjee**, Trainerin für interkulturelle Kompetenz und Teambuilding im Berliner Unternehmen „intercultures – global besser arbeiten“. Ihr Vortrag trug den ermutigenden Titel „Gegenseitiges Befremdetsein – aus Stolpersteinen eine breite Straße bauen“. Zum Umgang mit möglichen verhaltenskulturellen Unterschieden zwischen Patienten und Krankenhaus-Mitarbeitern riet sie: „Stützen Sie sich auf die Anhaltspunkte, die Sie haben, und versuchen Sie, die Person mitzunehmen!“ Für beide Seiten gelte es dabei, den richtigen Moment für das Vorbringen von Wünschen, Anregungen und Kritik nicht zu verpassen, den „Kairós“ der antiken Philosophen. Und eines verbinde alle Patienten, unabhängig von Herkunft, Kultur und Glauben: „Sie sind auf der Suche nach einem Refugium.“

Auf dieser Suche sind unter allen Kranken vielleicht diejenigen am meisten, die von unerträglichen Schmerzen geplagt werden. Dr. med. **Andreas Kopf**, Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin am Campus Benjamin Franklin der Berliner Charité und Leiter des dortigen Schmerz- und Palliativ-Zentrums, machte in seinem Vortrag deutlich, dass Schmerz immer eine körperliche, eine seelische und eine gesellschaftliche Seite hat. „Schmerz ist mehr als eine Nervenerregung, es kommt ihm immer eine Bewertung hinzu.“ Bis hin zum „Katastrophisieren“, bei dem keine Ausweg aus der leidvollen Situation mehr erkannt werden kann. Studien haben allerdings belegt, dass Ärztinnen und Ärzte dem mit Gesprächen entgegenwirken können.

Kopf warb deshalb für eine multimodale Therapie, in der Medikamente nur ein Element bilden. „Die Wirkung des Gesprächs auf Schmerzen wächst in dem Ausmaß, in dem positive Erwartungen geweckt und Empathie gezeigt wird, hier gibt es nachweislich eine Dosis-Wirkungs-Beziehung.“ Doch wie viel Zeit bleibt im Krankenhausalltag für diese Unterstützung? Sicher zu wenig, doch als Arzt hat Kopf die Erfahrung gemacht: „Nehme ich mir am Anfang die Zeit, spare ich sie hinterher.“ Für den Schmerzspezialisten ist deshalb klar: „Der schwierige Patient ist eher das Resultat einer misslungenen Kommunikation.“

Dabei ist aber auch die Kommunikation bedeutsam, die im sozialen Umfeld stattfindet, wie Kopf verdeutlichte. Studien belegen, dass die soziale Unterstützung, die Menschen erfahren, für ihre Schmerztoleranz wichtig ist. Dass das Krankenhaus Teil und Ausdruck der Gesellschaft ist, in der wir leben, betonte in seinem Vortrag Dr. theol. **Erny Gillen**, der aus dem luxemburgischen Esch-sur-Alzette gekommen war. „Eine schwierige, wenig kooperative Person ist wahrscheinlich auch außerhalb des Krankenhauses eine schwierige Person.“

Der Theologe und ehemalige hochrangige Mitarbeiter der Caritas hat sich vor einiger Zeit mit der „Moral Factory“ selbstständig gemacht und berät auch Kliniken in ethischen Fragen. Gillen verwies zunächst auf die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats zum Patientenwohl im Krankenhaus aus dem Jahr 2016, in der die Selbstbestimmung des Patienten und die Verteilungsgerechtigkeit angesichts knapper Ressourcen als Bestandteile des ethischen Orientierungsrahmens aufgeführt werden. Zweitens warb der Autor des Buches „Gesund geführt im Krankenhaus“ aber auch dafür, dass sich Krankenhaus-Leitungen an Führungsprinzipien von Papst Franziskus orientieren sollten. Gillen veranschaulichte die dafür maßgeblichen Begriffe mit den acht gleichseitigen Dreiecken, aus denen ein Oktaeder besteht: „Die Zeit ist wichtiger als der Raum, die Einheit wiegt mehr als der Konflikt, das Ganze ist dem Teil übergeordnet, die Wirklichkeit ist wichtiger als die Idee.“

Zur konkreten Wirklichkeit im Krankenhaus merkte er zudem an, sie werde von den Akteuren unterschiedlich wahrgenommen. „Es lohnt sich, die eigene Wahrnehmung immer wieder zu überprüfen.“ Angesichts der Unterschiedlichkeit der Patientenbedürfnisse müsse auch die Verpflichtung zur Gerechtigkeit richtig interpretiert werden: „Die Ungleichbehandlung ist hier die gerechte Behandlung.“

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten schon zum Auftakt des Workshops ein gutes Beispiel dafür bekommen: Die beiden Patientinnen, die der Arbeitskreis Ethische Anspielungen des St. Joseph Krankenhauses in seinem szenischen Anspiel auf die „Bühne“ brachte, waren denkbar unterschiedlich: Die eine schwerhörig, zerstreut, etwas vergesslich und wenig am Gespräch mit der Ärztin interessiert, die andere fordernd und kritisch, dank „Dr. Google“ gut informiert – aber mit ihrer Art, den gesamten Therapieplan in Frage zu stellen, auch sehr anstrengend. Die Stationsärztin reagierte mustergültig: Sie sprach die abwesend wirkende alte Dame mit einfachen und deutlichen Worten freundlich an, lobte aber auch deren fordernde Zimmergenossin für ihr Engagement und erklärte ihr geduldig die Gründe für das geplante diagnostische und therapeutische Vorgehen. Dennoch musste sie sich von dieser Patientin zum Abschied sagen lassen: „Frau Doktor, bei allem Respekt: Sie sind ganz schön schwierig!“