

Perspektivwechsel: Ein Hausarzt in der Klinik

Wie sieht der Arbeitsalltag im Krankenhaus heute aus? Was hat sich in den vergangenen Jahrzehnten geändert und was nicht? Sind Ärzte in Kliniken und Praxen wirklich so verschieden? Diese Fragen stellte sich Dr. Ivo Grebe, niedergelassener Internist aus Aachen – und machte sich auf die Suche nach Antworten. Fünf Tage hospitierte der 64-Jährige im Krankenhaus und räumt dabei mit so manchem Vorurteil auf.

Der erste Tag beginnt mit einer Überraschung. Statt der erwarteten Morgenbesprechung treffen sich alle ärztlichen Mitarbeiter um acht Uhr zu einer kleinen Präsentation mit anschließender Diskussion zum Thema „Akute Galle“. Die Referentin ist eine Assistentin im letzten Weiterbildungsjahr Innere Medizin. Kurze Diskussion, dann werden die Neuankömmlinge vom Chef vorgestellt: eine junge Kollegin, die die letzten sechs Monate ihrer allgemeinmedizinischen Weiterbildung ableisten möchte, eine Kollegin, die aus einem anderen Haus wechselt. Es stimmt also: Die Medizin wird weiblich.

Dann geht es auf die Station, ein netter Kollege nimmt mich mit zur Visite auf die „Monitorstation“ – heute nennt man diese „IC“, „Intermediate care“. Die meisten Patienten liegen am Monitor, zentral verschaltet mit dem Pflegearbeitsplatz. Über das Wochenende sieben Neuaufnahmen, die Bettenkapazität ist erschöpft. Bei der Visite geht alles sehr schnell, zwei bis drei Sätze pro Patient, keine Untersuchung, allenfalls mal eine kurze Auskultation der Lunge, dann werden Untersuchungen angesetzt: Labor, Röntgen, CT, Gastroskopie. Bemerkenswert anders: Die Visite wird vom Stationsarzt allein durchgeführt, manchmal begleitet von einem Famulus oder Pfleger, keine Krankenschwester, kein Hilfspersonal.

Die Kurve sieht aus wie früher, nämlich ein dicker Ordner mit Reitern, die für die Anordnung bestimmter Prozeduren gezogen werden. Geschrieben und notiert wird auf Papier, Blutdruck, Puls, Temperatur in Kurvenform per Hand eingezeichnet. Die Kurvenmappe liegt dem Visitenwagen auf, darunter befinden sich in einer großen



Als „alter Hase“ hat der niedergelassene Internist aus Aachen, Dr. Ivo Grebe, einen Blick in den Klinikalltag von heute gewagt und dabei überraschende Eindrücke gewonnen.

Foto: Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

Schublade die einzelnen Krankenakten mit Vorbefunden, alles in Papierform.

„*Kaum ist die Visite zu Ende, liegt der Röntgenbefund vor, und zwar digital. Davon können wir in der Praxis nur träumen*

Der Stationsarzt spricht mit den Patienten, sucht alte Befunde raus, diskutiert mit mir den einen oder anderen Fall, geht zwischendurch ans Telefon, rennt dann wieder ins Arztzimmer, um am PC die aktuellen Laborwerte nachzusehen. Es wirkt alles sehr unsystematisch, fast wuselig, doch am Ende heißt es ganz deutlich: Patient aus Zimmer 312 wird verlegt, Patientin in 309 kommt auf die Intensivstation, der Patient von 308 braucht noch ein Thorax-CT.

Das Tolle ist: Kaum ist die Visite zu Ende, schon liegt der Röntgenbefund vor, und zwar digital auf dem PC-Bildschirm, schon ist das Labor eingelezen, können die Werte von heute früh durchgescannt werden. Das Tempo überrascht sehr, davon können wir in der Praxis nur träumen.

Nach verschiedenen Routineaufgaben – Aufklärungsgespräche mit Patienten, Telefonate, Anrufe aus der Ambulanz – und der Mittagspause in der Kantine geht es wenige Flure weiter zur Röntgenbesprechung. Uns „alten Hasen“ noch bekannt als Ansammlung großformatiger Röntgenfilme, aufgehängt vor einem noch größeren Lichtkasten, an dem seitlich stehend der Oberarzt der Radiologie mit Teleskopstock die Ulcera duodeni in der Magen-Darm-Passage demonstriert, während die internistischen Assistenten und Oberärzte gelangweilt gähnen – wissend, dass endoskopischer Befund und radiologische Bildgebung nur wenige gemeinsame Schnittpunkte haben.

Ganz anders heute: Da sitzt der Radiologe vor dem Laptop mit angeschlossenen Beamer und scrollt die CT-Bilder in einem Tempo durch, dass einem fast schwindelig wird. Im kurzen kollegialen Wortwechsel spürt man das Bemühen beider Seiten, klinische Angaben und radiologischen Befund zu korrelieren, was in den meisten Fällen auch gelingt.

Es bleibt noch Zeit für einen kurzen Ausflug in die Zentralhöhle der Abteilung, die Endoskopie. Es herrscht ein lockeres Klima, wie überall im Haus: Ich treffe eine flache Hierarchie, das „Du“ zwischen Endoskopie-Personal und Oberärzten ist häufig. Die Arbeit wird routiniert, ruhig und sehr sicher erledigt, von allen Seiten. Kein Stress, kein lautes Wort, freundlicher Ton – und das bei über 10.000 Eingriffen jährlich.

Befunde werden nach der Endoskopie von Ärzten – in der Tat gibt es hier deutlich mehr männliche Ärzte – selbst in den PC geschrieben, notfalls auch sofort ausgedruckt und dem Patienten mitgegeben. Der Chef ist sich nicht zu schade, den gerade erhobenen Befund eines Forrest IIA-Ulcus selbst auf das Fax zu legen und die Nummer des überweisenden Kollegen einzugeben – zack, schon hat dieser den Endoskopie-Bericht seines Patienten auf dem Schreibtisch.

Pünktlich um 15.30 Uhr beginnt die Assistentenbesprechung, der Chef und die meisten Oberärzte sind anwesend. Alle Stationen werden für den Spät- oder Nachtdienst gescreent nach schwierigen Fällen. Neuaufnahmen oder Problempatienten werden kurz vorgestellt, zwei intensiv-

pflichtige Patienten sind in kritischem Zustand.

Einmal in der Woche gibt es das interne Fehlermanagement: Jeder darf berichten, wo und wie etwas falsch gelaufen ist und wie Verbesserungen aussehen könnten. Zum Beispiel kommen in der Notaufnahme unangemeldet bettlägerige Patienten an mit einer Einweisung zur PEG-Anlage – es fehlt an vorheriger Absprache mit dem Heim oder dem behandelnden Arzt.

Nach 20 Minuten ist die Versammlung vorbei, jeder geht auf seine Station. Dort warten Angehörige auf eine Auskunft, Krankenpfleger oder -schwestern wollen einige Unterschriften, eine Infusion muss neu angelegt werden und im Arztzimmer stapeln sich neue Befunde oder die Krankenakten für die Entlassungsberichte. Dafür bleibt nicht mehr viel Zeit an diesem Tag, die Briefe müssen warten. Der Hausarzt wundert sich dann, warum die Arztbriefe erst so spät ankommen.

Mit welchen Eindrücken geht der „alte Hase“ nach Hause? Insgesamt bleibt ein positives Bild. Ja, die Arbeitsabläufe sind verdichtet, es bleibt wenig Zeit für Gespräche oder Gedanken außerhalb des durchgetakteten Tagesablaufs, aber die Arbeitsatmosphäre ist insgesamt gut. Unter den

Assistenten – zwei Drittel von ihnen sind weiblich – herrscht ein sehr kollegiales Klima, Dienstaustausche gelingen meist problemlos, für Rotation ist gesorgt. Bei Wunsch nach Sonderurlaub etwa unmittelbar vor der Facharztprüfung springen die anderen Kolleginnen und Kollegen ein, um den Kandidaten bis zum Termin von zusätzlichen Aufgaben zu entlasten. Das stärkt das Wir-Gefühl.

„Bei den Basics – Krankenblatt, Doku, Routineaufgaben – dominiert nach wie vor die handschriftliche Aufzeichnung

Dennoch ist beim Blick hinter die Kulissen der ökonomische Druck überall spürbar. Kein Patient liegt auch nur einen Tag länger auf Station als nötig, bei multimorbiden Patienten ist die Suche nach adäquater poststationärer Versorgung in einem vernünftigen Zeitfenster manchmal sehr nervenaufreibend. Diagnostik, die von außen eingekauft werden muss, wie Speziallabor, Facharzt-Konsile oder spezifische radiologische Verfahren, werden äußerst sparsam eingesetzt. Therapeutische Entscheidungen werden gebahnt, für die Be-

obachtung des Erfolges bleibt im stationären Bereich keine Zeit – der Patient steht nach fünf Tagen Krankenhausbehandlung in der Praxis und fragt nach der richtigen Medikation. Vielleicht ein Problem, das mit dem neuen Entlassmanagement deutlich verbessert werden kann?

Und die Digitalisierung? Das war die größte Überraschung: Sie ist längst nicht so fortgeschritten wie gedacht. Elektronische Krankenakte? Fehlanzeige. Vernetzung mit anderen Abteilungen des Hauses? Nein. Elektronischer Arztbrief? Noch keine Überlegung. Insgesamt sind viele kleine Fortschritte erkennbar: Speicherung der Endoskopie-Befunde, im gesamten Bereich der Bildgebung und Radiologie. Aber bei den Basics – Krankenblatt, Dokumentation, Routineaufgaben – dominiert nach wie vor die analoge Technik, die handschriftliche Aufzeichnung. Das führt bisweilen zu einem geordneten Chaos von digitaler und analoger Dokumentation bei ein- und demselben Patienten, was die Arbeit nicht leichter macht. Fazit: Es ist noch viel Luft nach oben. **RA**

Dr. Ivo Grebe ist Vorsitzender der Kreisstelle Stadtkreis Aachen und Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein. Er ist niedergelassener Facharzt für Innere Medizin in Aachen und gehört dem Redaktionsausschuss an.



Kostenlose Materialbestellung für Ärztinnen und Ärzte:

Stabsstelle Kommunikation

- Expl. Jahresbericht 2017 der Ärztekammer Nordrhein
- Expl. Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler – Gutachterliche Entscheidungen veröffentlicht im *Rheinischen Ärzteblatt*, 6. erweiterte und aktualisierte Auflage 2015
- Expl. Kurzportrait der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler
- Expl. Kommunikation im medizinischen Alltag – ein Leitfaden für die Praxis
- Expl. Organspendeausweise
- Expl. Hausärztlicher Weiterbildungsverbund/Flyer.
- Expl. GOÄ-Flyer
- Expl. Zertifizierte Kasuistik – Top 10 aus 50 „Zertifizierten Kasuistiken“
- Expl. Plakat für Wartezimmer – Thema Bewegung

Rechtsabteilung

- Expl. Berufsordnung
- Expl. Praxis-Homepage
- Expl. Unternehmerische Betätigungen von Ärzten und Beteiligungen an Unternehmen
- Expl. Heilberufsgesetz NRW
- Expl. Praxischilder

Bestellung per
Fax: 0211 4302-2019,
E-Mail: pressestelle@aekno.de,
Internet: www.aekno.de
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Adresse/Arztstempel