

Medizin und Pflege im Wandel der Zeit

punct-Interview: Chefarzt Prof. Dr. Heinz-Jochen Gassel, Ärztlicher Direktor, und Jörg Rebhun, Leiter des Pflegemanagements, vergleichen das Krankenhaus von 1986 und 2011.



Zur Person

Prof. Dr. Heinz-Jochen Gassel, Jahrgang 1960, promovierte 1986 nach seinem Medizinstudium in Bochum und Kiel und habilitiert sich 1996 an der Universität Würzburg. Der Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie mit Weiterbildungsbefugnis zum Allgemein- und zum Viszeralchirurgen ist Träger renommierter Auszeichnungen in der Chirurgie, Onkologie und Transplantation. Seit 2005 ist er Chefarzt der Chirurgischen Klinik. Prof. Gassel ist zudem Ärztlicher Direktor des Ev. Krankenhauses.



Zur Person

Jörg Rebhun, Jahrgang 1965, ist examinierter Krankenpfleger. Nach der Ausbildung lagen seine beruflichen Schwerpunkte im Bereich der Kardiologie, Onkologie, Urologie und Inneren Medizin. Nach dem Studium „Pflegemanagement“ arbeitet er seit 1998 in diesem Bereich und leitet seit 2005 gemeinsam mit Oberin Doris Horn das Pflegemanagement des Ev. Krankenhauses. Jörg Rebhun gehört der Betriebsleitung an.

Was unterscheidet die Medizin und Pflege von heute und von 1986?

Prof. Gassel: Eine entscheidende Veränderung war die Einführung des DRG-Systems: Ein Krankheitsfall wird nicht mehr nach Belegungstagen, sondern über eine Pauschale abgerechnet. Es geht also darum, den Patienten möglichst rasch gesund nach Hause zu schicken. So entsteht ein enormer Druck, den wir durch Prozess-Orientierung, koordinierte Zusammenarbeit aller Berufsgruppen sowie Leistungsverdichtung aufzufangen versuchen. Eine weitere Veränderung war die Einführung flächendeckender Informationstechnologie-Systeme im Krankenhaus, die einerseits zu der erforderlichen Transparenz führten, aber auch einen großen Dokumentationsaufwand erfordern.

Wie hoch ist der oftmals beklagte Dokumentationsaufwand wirklich?

Prof. Gassel: Er hat sich seit 1986 verzehnfacht. Das Stichwort dazu heißt „Mediko-Legalität“, das betrifft die stetige Zunahme von Gesetzen und Vorgaben seitens der Krankenkassen sowie die zivilrechtlichen Vorschriften. Das ist sinnvoll, verlangt aber einen hohen bürokratischen Aufwand. Die Anzahl der Ärzte nimmt zwar nominell zu, aber die Zeit am Patientenbett nimmt leider ab, insbesondere durch die Dokumentation.

Ein weiteres wichtiges Thema ist das Arbeitszeitgesetz. Es führt zu besseren Arbeitsbedingungen für die Ärzte, hat aber auch Nachteile, denn wir wollen den Patienten die notwendige Kontinuität bieten: Ein Arzt sollte für seinen Patienten präsent sein. Hier sind Änderungen und bestimmte Ausnahmen nötig, die hoffentlich bald kommen werden.

Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf die Medizin?

Prof. Gassel: Wir erwarten kränkere und ältere Patienten mit komplexen kardiologisch-geriatriisch-internistischen Problemen. Auch die Operationen werden schwieriger und die Pflege nach den Operationen wird komplexer. Das bedeutet insgesamt, dass wir eigentlich mehr Ärzte und mehr Pflegende dafür bräuchten, aber für die Diagnose „Alter“ gibt es keine zusätzliche Fallpauschale. Des Weiteren ist wegen der komplexen Erkrankungen die Einführung weiterer pflegeintensiver Stationen nötig, wie zum Beispiel Intermediate Care, Stroke Unit und CPU*. Ein zweiter Punkt ist, dass auch unsere Mitarbeiter älter werden. Für körperlich anstrengende Arbeit wie die Basispflege, die Intensivpflege und die Arbeit im Operationssaal muss das berücksichtigt werden. Erfreulich ist, dass dadurch Erfahrung und Kompetenz steigen.

Wie haben sich die Rollen von Patienten, Pflegenden und Ärzten gewandelt?

Rebhun: Aus dem stillen Patienten ist ein mündiger Partner geworden. Vor allem durch das Internet sind unsere Patienten heute viel aufgeklärter über ihre Erkrankungen als früher. Das ist gut so! Aber es stellt zusätzliche Anforderungen an Pfleger und Ärzte.

Prof. Gassel: Ärzte verstehen sich zunehmend als Dienstleister. Die Patienten werden künftig noch stärker mitbestimmen und Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Wir müssen immer stärker mit dem vorinformierten Patienten umzugehen lernen. Das bedeutet auch, dass wir Ärzte profunde Kenntnisse über alternative Therapien brauchen, im Einzelfall auch nicht-medizinische. Der Chefarzt 2011 besticht durch fachliches Können sowie ärztliches Denken und Handeln. Er muss zugleich aber Manager und Führungspersönlichkeit sein, sonst scheitert er. Die ehemals steile, geradezu militärische Hierarchie weicht zunehmend einer Wissens- und Organisationshierarchie.

Rebhun: Der pflegerische Beruf ist bisher gesellschaftlich wenig anerkannt. Daher haben sich Pflegekräfte in der Vergangenheit primär über die Aufgabe und den Sinn „Gutes zu tun“ definiert. Die neue Generation der Pflegekräfte hat ein neues

Selbstverständnis. Sie sind selbstbewusster, verstehen sich als Fachexperten und sind viel breiter aufgestellt. Wundmanagement, onkologische Fachpflege, Patienten- und Angehörigenberatung und anderes mehr sind feste Bestandteile des Berufsbildes.

Was ist heute in der Pflege anders als vor 25 Jahren?

Jörg Rebhun: Die Anzahl der Patienten ist deutlich höher und ihre Verweildauer erheblich kürzer. Leichter erkrankte Menschen werden inzwischen vorrangig ambulant behandelt. Im Krankenhaus liegen - wie Herr Professor Gassel bereits sagte - vor allem schwer und mehrfach kranke Patienten. Die Belastung der Pflegemitarbeiter ist daher stark gestiegen. Dazu kommt, dass die Mitarbeiter nicht nur die Patienten pflegen, sondern heute auch noch EDV-Spezialisten, Fallmanager, Qualitätsbeauftragte sowie Service-Experten sein sollen und wie die Ärzte viel Zeit mit der Dokumentation verbringen.

Was bedeutet das für die Mitarbeiter und die Organisation der Pflege?

Rebhun: Die Pfleger müssen wegen der kurzen Verweildauer auch in viel kürzerer Zeit eine Beziehung zu ihrem Patienten aufbauen. Da die Ausbildung deutlich besser geworden ist, sind examinierte Pfleger fachlich hoch qualifiziert. Entscheidend ist ihre Fähigkeit, vertrauensvolle Beziehungen herzustellen. Damit sie Zeit für die Patienten haben, entlasten wir sie von Aufgaben, die nicht zu ihren Kernkompetenzen gehören.

Hat sich die Auffassung der Pflegenden von ihrem Beruf geändert?

Rebhun: Über die Jahrzehnte gesehen lassen sich verschiedene Typen unterscheiden. Bei den älteren Pflegemitarbeitern finden Sie noch, um es einmal plakativ auszudrücken, den „stillen guten Geist“, der vor allem dem Menschen dienen will. Dann kam im Zuge der Umstrukturierung der Krankenhäuser der „Visionist“, der analysieren und Strukturen überblicken kann, aber die Beziehungsarbeit vernachlässigt. Gefolgt vom Typ des „Betriebswirtschaftlers“, der auch weniger gut auf der Beziehungsebene ist.

Was wir heute brauchen und glücklicherweise auch haben, sind zum einen Konzepte, die Kompetenzen und Zuständigkeiten klar regeln, und zum anderen Mitarbeitende, die kooperativ und gut strukturiert sind und sich den Patienten mütterlich zuwenden. Nach dem früheren Mythos der Krankenschwester als Übermutter war der Begriff der Mütterlichkeit in den 80er Jahren verpönt. Heute ist das wieder ein Wert.

Welche entscheidenden medizinischen Entwicklungen gab es im Ev. Krankenhaus Mülheim seit 1986?

Prof. Gassel: In der Kardiologie gab es eine rasante Zunahme der interventionellen Maßnahmen*, zum Beispiel Stent-Implantationen und komplexe Schrittmacher-, Defibrillatoren- und Herzklappen-Implantationen, letztere über Leisten- oder Handgelenkszugänge.

In der Augenklinik haben die laserbasierten Eingriffe stark zugenommen.
In der Unfallchirurgie hat sich die Endoprothetik stark weiterentwickelt, insbesondere für Knie-, Schulter- und auch kleinere Gelenke.

Ganz neu ist die Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie.

In der Gefäßchirurgie und Radiologie hat sich die endovaskuläre Therapie* stark verbreitet, zum Beispiel mit Implantationen von Stents bei Aneurysmen*, Gefäßverengungen und -verschlüssen.

In der Chirurgie haben sich die minimal-invasiven Verfahren so weiter entwickelt, dass nun Operationen über natürliche Körperöffnungen möglich sind.

In der Anästhesie wurden große Fortschritte in moderner Schmerztherapie und in der Anästhesie rund um die Operationen gemacht.

Übergreifend für alle ist die zunehmende interdisziplinäre Kooperation in Zentren wie dem Brustzentrum, dem Darmzentrum und noch in 2011 dem Pankreaszentrum*.

Das Ev. Krankenhaus baut und saniert in großem Umfang. Welche baulichen Voraussetzungen braucht ein modernes Krankenhaus?

Prof. Gassel: Baumaßnahmen sind zur Modernisierung notwendig. Künftig wandeln sich Krankenhäuser immer mehr zu Gesundheitszentren. Das Krankenhaus wird eine Stätte organisierter Dienstleistung, bei dem Beratungsstellen wie unsere Pflege- und Sozialberatung, die Prävention und die sektorübergreifende Versorgung immer wichtiger werden, das heißt Hand in Hand mit den niedergelassenen Kollegen zu arbeiten. Vom Krankenhaus unabhängige Arztpraxen siedeln sich an, um die Versorgung der Patienten in diesen Gesundheitszentren zu optimieren. Das Evangelische Krankenhaus spiegelt den Campus-Gedanken jetzt schon vorbildlich wieder.

Der nächste Schritt ist die Umsetzung des Wellness-Gedanken im Krankenhaus. So wird den negativen Aspekten von Angst, Schmerz und Sorge entgegen gearbeitet. Patienten und Kunden entdecken die Attraktivität des Krankenhauses. In England werden Einkaufszentren in Krankenhäusern gebaut: Der alleinstehende Patient erledigt seine Einkäufe unmittelbar nach seiner Entlassung. Darum ist es sinnvoll, Krankenhäuser in der Stadtmitte zu belassen und ansprechende Angebote wie Kunst und Kultur, Cafeteria und Garten anzubieten.

Welche „Rezepte“ können Sie gegen den zunehmenden Ärztemangel verschreiben?

Prof. Gassel: Gute Rezepte sind eine weitere Straffung der Prozesse und eine verbesserte Organisation sowie strukturierte Weiterbildung der Mediziner. Bei Umfragen sprachen sich 80 Prozent der Chirurgen nicht primär für eine höhere Bezahlung, sondern für verbesserte Weiterbildung aus. Des Weiteren sind Delegation und Erleichterung der Dokumentation unabdingbar, außerdem flexible Arbeitszeitmodelle und Angebote der Kinderbetreuung für den zunehmenden Anteil von Ärztinnen und Ärzten, die Familie und Beruf verbinden wollen.

Interview: Regina Bollinger / Gudrun Heyder

Info

Intermediate Care: Englisch für "Zwischenpflegestation": Bindeglied zwischen Intensiv- und Normalstation für Patienten, die ständig überwacht, aber nicht künstlich beatmet werden müssen.

Stroke Unit: spezialisierte Abteilung für die Schlaganfall-Behandlung zur genauen Diagnostik und Therapie von möglichen Komplikationen. Im Ev. Krankenhaus gibt es eine Stroke Unit innerhalb der Medizinischen Klinik.

CPU = Chest Pain Unit (Englisch für Brustschmerz-Einheit): eine Spezialeinheit für kardiologische Notfälle. Im Ev. Krankenhaus ist die CPU der Zentralambulanz angegliedert. Bis zu sechs Überwachungsplätze werden vorgehalten. Kardiologische Notfälle werden direkt dort aufgenommen. Auch bei Angina-Pectoris-Beschwerden, Herzrhythmusstörungen und Herz-Lungen-Problemen ist die Chest Pain Unit rund um die Uhr die direkte Anlaufstelle für Notärzte und Rettungsdienste.

Interventionell: eingreifend

endovaskulär: in den Blutgefäßen

Aneurysma: ausgeweitetes Blutgefäß. Wenn ein Aneurysma zum Beispiel in der Hauptschlagader platzt, bedeutet das Lebensgefahr

Pankreas: Bauchspeicheldrüse