



SONNNTAG



CAPE TOWN Equipment für Stadt-Regenradler – Seite 7

COMEBACK Alte Obstsorten? Total paradiesisch! – Seiten 4 & 5

SONNTAG, 11. OKTOBER 2020 / NR. 24 327

WWW.TAGESSPIEGEL.DE

SEITE 51

Zeitmangel, Bürokratie, Unterbesetzung und Überbelegung. Der Herzchirurg Umes Arunagirinathan über seinen Alltag in deutschen Krankenhäusern

INTERVIEW: BARBARA NOLTE

Herr Arunagirinathan, Sie arbeiten seit 18 Jahren in deutschen Krankenhäusern. Jetzt haben Sie ein Buch über die Missstände dort geschrieben. Erklären Sie bitte kurz Ihr Anliegen!

Ich möchte, dass der Patient langfristig wieder in den Mittelpunkt rückt und nicht irgendwelche Fallpauschalen oder Renditeerwartungen.

Viele Ärzte beschweren sich nur unter der Hand über das Gesundheitssystem.

Wissen Sie: Ich bin mit 13 Jahren aus dem Bürgerkrieg in Sri Lanka nach Deutschland gekommen. Diese Demokratie hier hat mir von Anfang an sehr imponiert. Hier kann ich frei sprechen und dadurch vielleicht etwas bewirken, also mache ich das auch. In Hamburg-Mümmelmannsberg, wo ich bei meinem Onkel wohnte, war ich Klassenlehrer und Schülersprecher. Im Uniklinikum Eppendorf war ich Sprecher der Assistenzärzte. Ich saß dort auch im Betriebsrat und im Hamburger Ärzte-Parlament. Ich habe immer meine Meinung gesagt, auch wenn ich mir dadurch nicht nur Freunde gemacht habe.

Wo arbeiten Sie zurzeit?

Ich leite im Klinikum Links der Weser in Bremen eine „Intermediate Care“-Station, das ist ein Zwischending zwischen Intensiv- und Normalstation. Zum großen Teil sind hier frisch operierte Patienten untergebracht, die an Monitoren überwacht werden. Eines will ich klarstellen: Meine Kritik richtet sich nicht an die Kliniken, an denen ich arbeite oder gearbeitet habe. Dort setzen sich die Kollegen mit großem Engagement und vielen Überstunden für die Patienten ein. Mir geht es um das System. Junge Ärzte und Pfleger gehen mit einer total positiven Einstellung da rein. Doch wir werden nach und nach geformt – zu Managern. Ich verwende im Alltag mehr Zeit für organisatorische und bürokratische Tätigkeiten als für Medizinisches. Das ist Ressourcenmissbrauch.

Können Sie das kurz schildern?

Morgens gucke ich als Erstes: Wie viele Pfleger sind da? Ist wer krank? Muss ich Betten sperren? Seit Februar gibt es ja einen verbindlichen Pflegechlüssel.

Wie ist das Verhältnis von Pflegern zu Patienten auf Ihrer Station?

Untertags darf eine Pflegekraft höchstens sieben Patienten betreuen. Ist weniger Personal da, muss ich Patienten abschaffen – so nennen wir das. Denn meist sind die Betten ja belegt. Ich telefoniere rum, ob eine andere Station Platz hat, und gucke, wer entlassen werden kann. Die nächste Frage ist: Wie viele Patienten können wir operieren? Wenn zu viele einbestellt worden sind, muss ich sagen: „Tut mir leid, Sie können heute nicht operiert werden, weil wir Ihre Versorgung nicht gewährleisten können.“

Kommt das häufig vor?

Dauernd. Die Bettenorganisation gehört in diesen Zeiten des Pflegekräftemangels zu den Hauptbeschäftigungen von Krankenhausärzten in Deutschland. Wir brauchen auf unserer Station eine Fluktuation, damit wir neue Patienten operieren können. Nur Operationen werden über das Fallpauschalensystem vergütet.

Sie nennen nun zum zweiten Mal die Fallpauschalen als Ärgernis Ihres Alltags. Es ist ein Abrechnungssystem, das 2003 eingeführt wurde. Statt einzelner Leistungen stellen die Kliniken die Behandlung einer Krankheit als Gesamtpaket in Rechnung.

Ich muss nicht mehr aufschreiben, welche Herzklappe und welchen Faden ich genommen habe, sondern nur noch einen Code. Das spart ein bisschen Zeit, klar. Doch dem System liegt eine Normierung der Patienten zugrunde, die mir missfällt.

Was meinen Sie damit?

Eine Bypass-Operation kostet ungefähr 12000 Euro. Im Preis sind sieben Tage Krankenhaus inbegriffen, die durchschnittliche Verweildauer bei so einer Operation. Braucht der Patient länger für die Genesung, zahlt die Klinik die zusätzlichen Kosten. Deshalb gibt es in den meisten Kliniken die Neigung, Patienten zum Zeitpunkt der mittleren Verweildauer nach Hause zu schicken: „Hier, nehmen Sie die drei Pflaster mit.“

Sie schreiben in Ihrem Buch, dass ein Patient entlassen wird, wenn er noch „blutig“ ist.

Wir entlassen natürlich niemanden, der blutet. Das wäre unverantwortlich. Doch der Anreiz ist



Foto: Suganthi Puvaneswaran

„Junge Ärzte werden zu Managern geformt“

UMES ARUNAGIRINATHAN, 42, sitzt an einem sonnigen Herbsttag neben einem großen schwarzen Schalenkoffer im Café der Akademie der Künste. Er wohnt in Hamburg, macht nur einen Zwischenstopp in Berlin, das er gut kennt, denn er hat in der Charité als Herzchirurg gearbeitet. Arunagirinathan ist viel unterwegs: Am Vorabend hat er in Rostock einen Vortrag über Integration gehalten, abends geht es weiter nach Bremen, wo er zurzeit beschäftigt ist. Geboren als Sohn eines tamilischen Buchhalters in Puttur im Norden Sri Lankas, ist Arunagirinathan als unbegleiteter Flüchtling mit 13 Jahren nach Deutschland gekommen. Die Flucht führte ihn über Singapur, Togo, Ghana und Nigeria nach Hamburg, wo er bei seinem Onkel unterkam. Mehrmals sollte er abgeschoben werden. Arunagirinathan studierte Medizin in Lübeck, parallel dazu jobbte er bei McDonald's und als Pflegehelfer. Über seine Flucht und seine Integration hat er zwei Bücher geschrieben. Seine neueste Publikation behandelt das deutsche Gesundheitssystem: „Der verlorene Patient“ erscheint am 13. Oktober bei Rowohlt.

falsch. Das Fallpauschalensystem sieht den Patienten nicht mehr als Ganzes, sondern betrachtet seine Erkrankung gesondert. Das verkompliziert die Behandlung in vielen Fällen ungemein.

Wann denn zum Beispiel?

Nehmen wir einen älteren Patienten, der eine neue Herzklappe bekommen soll. Bei ihm wird ein auffälliger Befund in der Leber festgestellt. Sinnvoll wäre, den Krankenhausaufenthalt zu nutzen, um das Ganze von einem Spezialisten im Haus abklären zu lassen. Geht aber nicht, weil es ein anderer Fall ist. Die Untersuchung könnte nicht abgerechnet werden. Bei der Entlassung wird dem Patienten ein Brief mitgegeben mit der Empfehlung, den Befund in der Leber abklären zu lassen. Der Hausarzt überweist ihn zurück ins Krankenhaus. Wir führen eine neue Aufnahme-prozedur durch ...

... das ist Ihnen so wirklich mal passiert?

Nicht nur mir. Ich habe viele ähnliche Beispiele gesammelt. Mal ist es die Lunge, der Magen, die Blase. Das, was ich schreibe, basiert nicht nur auf meinen Erfahrungen. Ich habe viele Kollegen befragt: Ärzte, Pfleger, Schwestern.

Wenn sich der Befund in der Leber als Tumor in fortgeschrittenem Stadium herausstellt, bringt die Herzklappen-Operation gar nichts mehr.

Es hängt natürlich immer vom Befund und dem behandelnden Arzt ab, wie verfahren wird. Doch das Fallpauschalensystem legt nahe, einen Patienten, der schon eingeplant ist, zu operieren. Das passiert auch oft. Die Auslastung von Operationsälen ist sehr wichtig.

Wie oft setzen sich Mediziner über die wirtschaftliche Logik hinweg?

Das kommt wirklich auf den Arzt an. Wir in der Herzchirurgie in Bremen hatten letzts einen Fall, da kam bei einer Computertomografie der Verdacht auf eine Nebenerkrankung auf. Mein Chef

hat die Herz-OP dann gestrichen und den Patienten zum Spezialisten geschickt – obwohl wir so überhaupt nichts abrechnen konnten. Mein Chef findet es ja auch gut, dass ich das Buch gemacht habe.

Das Fallpauschalensystem war als Sparmaßnahme gedacht. Die Kliniken sollten weniger Spielraum haben, umfangreiche Untersuchungen abzurechnen.

Um nicht missverstanden zu werden: Natürlich müssen wir Ärzte wirtschaftlich denken, damit wir auch langfristig weiter sozial handeln können. Aber man kann ein Krankenhaus nicht führen wie einen Wirtschaftsbetrieb. Vor ein paar Jahren hat mal der Geschäftsführer einer Klinik zu mir gesagt: „Man kann doch die Anamnese von Patienten so organisieren, dass sie einen Fragebogen ankreuzen.“ – „Nein“, antwortete ich. „Die Anamnese ist dafür da, eine Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen.“ Da sehen Sie, was passiert, wenn ein Mensch aus der Wirtschaft versucht, sich in Medizin hineinzuversetzen, um eine menschliche, fürsorgliche Struktur umzuwandeln in eine, die aus der Industrie kommt.

Sie schreiben, dass, wenn eine Klinik nicht ausgelastet ist, Ärzte in der Notaufnahme angewiesen sind, Patienten zu rekrutieren.

Ich habe es als Patient erlebt. Ich hatte Schluckauf, der nicht wegging, und wollte eine Gastroskopie machen lassen, eine ambulante Sache. Die Ärztin in der Notaufnahme meinte, ich solle über Nacht bleiben. Da hab ich ganz frech gefragt: Das hat doch mit der Abrechnung zu tun? Das hat sie bejaht.

Finden Sie den Begriff „Apparatemedizin“ zutreffend für das deutsche Gesundheitswesen?

Schon. Natürlich sind objektive Daten als Hilfsparemeter bei der Entscheidung für eine Therapie wichtig. Doch Heilung findet auf einer anderen Ebene statt. Der Patient muss den Willen haben, gesund zu werden. Heilung wird erwiesenermaßen

begünstigt, wenn der Patient Vertrauen in den Arzt und die Behandlung hat. Dafür muss man sich Zeit nehmen. Deshalb ist die Visite so wichtig: Hier wird auf Augenhöhe mit dem Patienten besprochen, wie es weitergeht. Aber der Visite wird immer geringerer Wert beigemessen, weil sie nicht abrechnungsrelevant ist.

Woran machen Sie das fest?

Das ist nur mein Eindruck. Ich halte es für wichtig, die Visite mit einer Pflegekraft zusammen zu machen. Sie weiß viel besser über die Verfassung eines Patienten Bescheid als ich, der ihn ja nur kurz sieht. Doch oft höre ich von den Pflegenden: „Wir haben keine Zeit.“ Und es stimmt meistens auch. Sie sind total überlastet. Dann laufe ich allein mit dem Verbandswagen durch die Station, nehme Blut ab, bringe es zum Labor, wechsele Verbände. Ich könnte medizinisch viel mehr vorbringen, wenn mir diese Tätigkeiten abgenommen würden.

Kommen Sie überhaupt zum Operieren?

Ich operiere zurzeit zwei Patienten die Woche. Das liegt daran, dass ich erst seit einem Jahr Facharzt bin. Letzte Woche habe ich einem jungen Patienten eine Herzklappe aus Kunststoff eingesetzt. Ich habe ihn geduzt, weil er mein kleiner Bruder sein könnte. Da hat er sich gleich besser aufgehoben gefühlt. Es war eine schöne Operation ohne Komplikationen. So was gibt mir sehr viel Energie, die ich brauche, um weiterzumachen in dem System. Manchmal ist man wirklich kaputt, wenn man 24 Stunden Dienst hat.

Sie brauchen elf Jahre bis zum Facharzt. Das ist ganz schön lang.

In der Herzchirurgie sind neun, zehn Jahre normal. In Hamburg, wo ich zuerst war, habe ich in siebeneinhalb Jahren nur eine einzige Operation gemacht. Andere haben bereits im vierten Jahr operiert. Solche Bevorzugungen sind gang und gäbe. Man ist als Assistenzarzt von seinem Vorgesetzten abhängig. Eine gesetzliche Regelung gibt es nicht: Junge Leute werden als günstige Arbeitskräfte betrachtet. Sie schufften, weil sie hoffen, irgendwann Facharzt zu werden.

Ein anderes Fach kam für Sie nicht infrage?

Nein. Ich habe einen langem Atem. Da bin ich von meiner Flucht stark geprägt. Meine Mutter hatte einen Schleuser für mich besorgt, weil sie fürchtete, dass die Regierungssoldaten mich töten würden. Damals hieß es, die Reise nach Deutschland, wo mein Onkel wohnte, würde eine Woche dauern. Es wurden acht Monate.

Was hat so lange gedauert?

Die längste Zeit war ich mit 200 weiteren Tamielen in Lomé, der Hauptstadt von Togo, in einem Haus untergebracht und wartete darauf, dass es weiterging. Das waren lauter fremde Menschen. Da muss man wissen, wem man vertrauen kann. Ich war oft verzweifelt, aber irgendwann ging es für mich weiter über Lagos nach Hamburg. Seither habe ich die Gewissheit, dass ich meine Ziele erreiche. Es dauert immer lange, aber es klappt.

Sie hatten 2015 einen 18-jährigen Syrer aufgenommen. Haben Sie noch Kontakt?

Ja, wir schreiben uns über Facebook. Als er bei mir einzog, war er zurückhaltend und fand nicht toll, was ich gesagt habe.

Was haben Sie ihm denn gesagt?

Ich habe darauf bestanden, dass er die deutsche Sprache lernt, viele Freunde hat, rausgeht, ein Praktikum macht. Inzwischen bedankt er sich dafür. Auch ich bin dankbar für die Erfahrung, wie es ist, mit jemandem umzugehen, der fremd ist in einem Land. Ich habe mich selbst ertappt, weil ich von ihm erwartete, sich in einem demokratischen Land auskennen zu müssen. Ich habe Dinge einfach vorausgesetzt.

Zum Beispiel?

Die Regeln in unserer WG. Dass im Sitzen gepinkelt wird, habe ich ihm nicht erklärt, sondern es von ihm erwartet. Ich habe denselben Fehler im Kleinen gemacht wie die deutsche Politik im Großen: Die Leute wurden damals aufgenommen, ohne sie über die Regeln hier aufzuklären. Dann wurde gesagt: Ihr macht das irgendwie falsch. Das haben wir damals in Deutschland leider nicht so optimal gemacht.

Fühlen Sie sich eigentlich in Deutschland oder Sri Lanka heimisch?

Eigentlich in Deutschland.

Sind Sie noch manchmal in Sri Lanka?

Ich besuche einmal im Jahr meine Mutter. Dabei gucke ich mir auch oft Krankenhäuser an. Dort müssen Menschen in Berufen, die körperlich und seelisch besonders belastend sind, nur sechs Stunden arbeiten – auch Ärzte und Pflegenden. Das wäre eine Idee, damit mehr junge Leute sich für den Beruf entscheiden. Einen Pflegeschlüssel einzuführen, wie es Jens Spahn gemacht hat, ist kurzschrittig. Man muss den Beruf attraktiver machen. *Hat sich seit dem Beifallklatschen für das medizinische Personal, wie es bei der ersten Corona-Welle üblich war, irgendetwas praktisch verbessert?*

Wenig. Aber die Krise hat allen Bevölkerungsschichten gezeigt, wie wichtig das Gesundheitswesen ist. Dass es Spitzenleistungen hervorbringen kann, hat es in der Pandemie bewiesen. Trotzdem gibt es dort einiges zu verändern. Ich hoffe, dass im nächsten Bundestagswahlkampf die Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle spielt.

Foto: Doreen / Photo: Puma (2)