

ANGST IM KRANKENHAUS

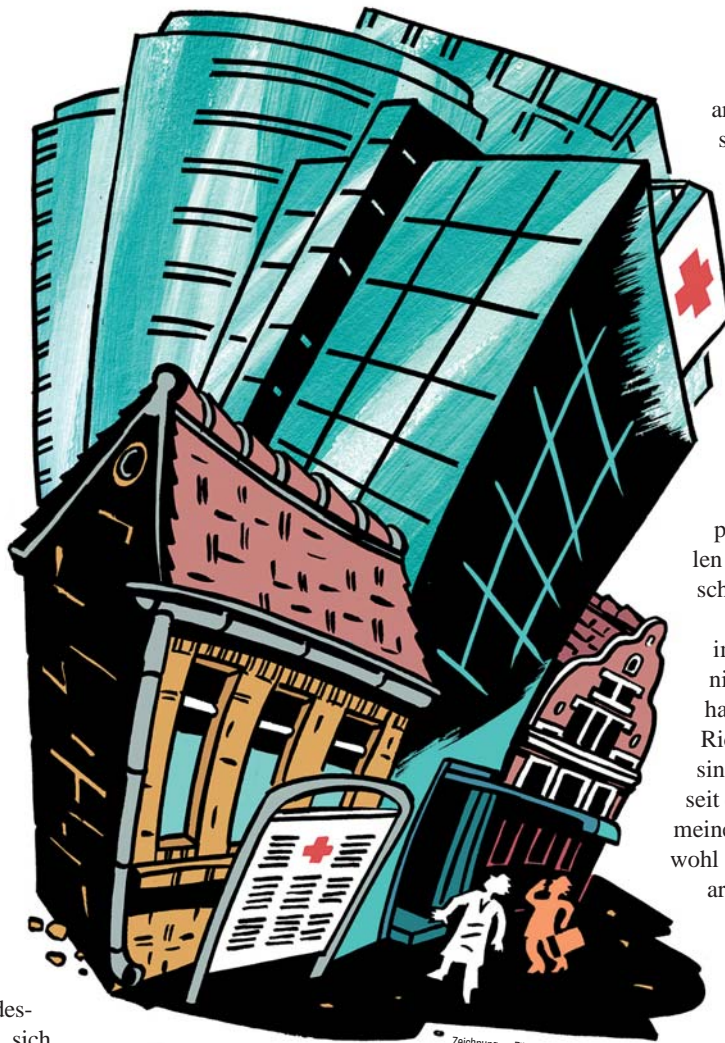
Das unliebsame Gefühl

Patienten fürchten Schmerzen und Behandlungsfehler, Ärzte Untersuchungen an erkrankten Kollegen und den schwerverletzten Notfall – die Liste dessen, was in der Klinik Angst macht, ist lang. Einzelne Aspekte waren kürzlich Thema eines Workshops.

Seit Wochen schläft Inge Walter nachts nicht mehr durch. Immer wieder wacht sie von Schmerzen in beiden Händen auf. Die Finger fühlen sich taub an, die Wasserflasche vom Nachttisch kann sie nicht mehr greifen: Die 68-Jährige leidet beidseitig an einem Karpaltunnelsyndrom. Zwei operative Eingriffe wären notwendig.

Aber Inge Walter will nicht ins Krankenhaus. Sofort tauchen Erinnerungen an frühere Operationen auf, verbunden mit quälenden Gefühlen von Ausgeliefertsein und Schutzlosigkeit. Auch wenn man ihr versichert, die Operation sei ein Routineeingriff. „Heißt das etwa, dass dabei nichts passieren kann?“, fragt sie sich. Nein, natürlich nicht, das weiß sie. Deshalb bleibt es dabei: Sie hat Angst.

Inge Walter geht es wie vielen anderen in Deutschland. Mehr als die Hälfte aller Bundesbürger (54 Prozent) fürchten sich vor einem Krankenhausaufenthalt, circa jeder zehnte hat sogar große Angst davor. Das ist das Ergebnis einer Forsa-Umfrage unter mehr als 1 000 Personen im Auftrag der Hanse-Mercur-Versicherungsgruppe. Vor allem gesetzlich Krankenversicherte seien überdurchschnittlich besorgt, teilte das Unternehmen vor kurzem mit. Ganz oben auf der Liste stünden die Angst vor Behandlungsfehlern (65 Prozent) und erfolglosen Therapien (61 Prozent). 55 Prozent der Befragten beunruhigt die Vorstellung, sich mit gefährlichen Kei-



Zeichnungen: Elke Steiner

men anzustecken, 53 Prozent fürchten, Schmerzen zu erleiden.

Im Krankenhaus ist Angst eines der bedeutendsten Phänomene: Angst erschüttert Patienten erheblich in ihrem Selbst und kann ihre physische und psychische Gesundheit beeinträchtigen. Das hat Miriam Tabea Richter, Diplom-Berufspädagogin Pflegewissenschaften, in ihrer Diplomarbeit „Angst im Krankenhaus – Angst in ihrer individuellen Erlebnisqualität und Möglichkeiten der Bewältigung“ herausge-

arbeitet, die als Buch* erschienen ist. Richter weist darauf hin, dass das Krankenhaus eine angstverstärkende Umgebung sei. Sie benennt Aspekte, die dort zur Angstverstärkung beitragen: räumliche Gegebenheiten, ein hohes Maß an Technik, das Erleben von Leid und Tod, mangelnde Kommunikation und soziale Distanz, Verlust der körperlichen Integrität, der sozialen Geborgenheit und der wirtschaftlichen Absicherung.

Dass auch diejenigen, die im Krankenhaus arbeiten, nicht vor Angst im Krankenhaus gefeit sind, weiß Barbara Richter nur zu gut. „Für mich sind Angst und Krankenhaus seit der Erkrankung und dem Tod meiner Tochter Synonyme, obwohl ich selbst im Krankenhaus arbeite“, sagt die Lehrerin für Pflegeberufe am St.-Joseph-Krankenhaus Berlin-Tempelhof. Ihre Tochter Antonia starb mit 26 Jahren an Gehirntumoren. Welche Ängste sie als Mutter durchlebte und was sie als Lehrerin zum Thema Angst rät, schilderte Richter vor kurzem beim Workshop „Angst im Krankenhaus“ in Berlin.

Ihre Tochter Antonia studierte Medizin. Eines Tages rief sie aus der Notaufnahme einer Klinik zu Hause an. Sie habe einen Krampfanfall gehabt, Verdacht auf Infektion – oder einen Hirntumor. Die Diagnose ergab: Hirntumor, sehr groß, sogar zwei.

„Es ist wie eine Spirale“, erinnert sich die Mutter. „Wenn das Kind

*Miriam Tabea Richter: Angst im Krankenhaus: Angst in ihrer individuellen Erlebnisqualität und Möglichkeiten der Bewältigung, Verlag Dr. Müller (2007).

operiert werden muss, schöpft man Hoffnung, die dann wieder enttäuscht wird. Wenn dann wieder operiert wird, hofft man erneut, und so geht es weiter. Mein Mann und ich, wir haben sechs Jahre Angst gehabt. Manchmal wurde daraus Panik, wenn wieder eine schlechte Nachricht kam“, sagt Richter.

Zum Schlimmsten zählten die langen Untersuchungen, die quälende Warterei auf die Befunde und die Stunden, in denen die Tochter im OP-Saal war. Barsche Schwestern. Ein Oberarzt, der einen Blick auf Antonias Medizinbücher neben dem Bett wirft und schnippisch meint: „Die können Sie wegpacken.“

Der Familie begegneten aber auch sehr zugewandte Klinikmitarbeiter, wie sich Richter erinnert. Vor der vierten Operation, als neben der Angst schon die Hoffnungslosigkeit da war, tröstete eine Schwester die Tochter: „Sie werden sehen, das geht schon alles gut. Sie haben einen tollen Operateur. Übermorgen, wenn Sie von der Intensivstation kommen, bin ich auch wieder da.“

Auch der behandelnde Neurochirurg war „ein Gottesgeschenk“, sagt Richter. Sie empfand ihn in ihrer Angst als empathisch und professionell: Er habe nie etwas versprochen, benannte die Dinge ruhig und offen beim Namen. Auf Nachfragen, was er tun würde, wenn es um sein Kind ginge, habe er immer geantwortet.

Richter kennt aber auch die Vermeidungsstrategien von Pflegenden, wenn sie mit der Angst von Patienten konfrontiert werden: deren Zimmer fernbleiben, Patienten nicht ansehen und nicht ansprechen, einem Gespräch ausweichen oder Sprüche klopfen. Als Lehrerin für Pflegekräfte ist es ihr ein dringendes Anliegen, die Auszubildenden unter anderem in Rollenspielen für die Belange und Bedürfnisse der Patienten zu sensibilisieren.

Bewältigungsstrategien im Umgang mit der eigenen Angst und mit der der Patienten müssten nach und nach verinnerlicht werden, weiß sie. Nur dann bestehe die Chance, sie auch im Berufsalltag anwenden zu können und in schwierigen Situationen die richtigen Sätze und Gesten zu finden. Dafür benötigten

alle Mitarbeiter in Krankenhäusern unbedingt kompetente Unterstützung, denn, so Richter: „Nur wer um seine eigene Angst weiß und darüber sprechen kann, besitzt auch die Fähigkeit, auf die Ängste der Patienten und gegebenenfalls der Kollegen einzugehen.“

Klinikärzte kommen in ihrem Berufsalltag ebenfalls in Situationen, in denen sie Angst erleben. Eine spezielle Konstellation liegt vor, wenn eine Kollegin oder ein Kollege untersucht werden muss. Dann ist da eine große Angst zu versagen, empfindet die Radiologin Dr. med. Kathrin Barth, tätig am Robert-Koch-Krankenhaus im thüringischen Apolda. Die Befürchtungen reichten von „Hoffentlich treffe ich auch, wenn ich dem Kollegen einen Zugang legen muss“ bis „Hoffentlich möchte er sich nach der Untersuchung nicht mit mir die Bilder ansehen und drängt mich, ihm zu sagen, was er hat“.

Barth kennt die Furcht schon während der Untersuchung, dass



der Kollege eine ernsthafte oder sogar tödliche Krankheit haben könnte und erwartet, dass man ihm dies dann womöglich mitteilt. Was diese Angst steigern kann: Ein Arzt ist sich im Unterschied zum Laien meist sofort über die Konsequenzen der Diagnose im Klaren. Er weiß aber auch, dass es der Radiologin nicht zusteht, eine Diagnose ohne Rücksprache mit dem Stationsarzt zu stellen. Leider dürften Ärzte ihre Angst vor einer solchen Situation oder vor einer Operation in der Regel nicht zugeben, weil

Zeit, Personal oder das Verständnis der anderen fehlten. „Da muss man die Zähne zusammenbeißen und durch, sonst verliert man sein Ansehen“, weiß Barth aus eigener Erfahrung.

Sie kennt auch die versteckte Angst, bei Schwerverletzten unter Zeitdruck etwas Wichtiges zu übersehen. Barth schildert, dass sie selbst früher manchmal bei der Einlieferung eines Mehrfachverletzten kurz eine Panikattacke bekam, weil plötzlich so viel von ihr und ihrer ärztlichen Kompetenz abhing. Inzwischen ist sie gelassener geworden, auch, weil sie mit Kolleginnen darüber gesprochen hat. Sie kennen diese Angst vor Fehlern in Stresssituationen ebenfalls. Der Radiologin ist aufgefallen, dass „Ärztinnen untereinander schneller zugeben, womit sie massive Probleme haben. Sie machen sich gegenseitig Mut, jenseits vom männlichen Ich-bin-immer-stark-Konzept“.

Der Faktor Angst ist im System Krankenhaus generell nicht vorgesehen, die zeitlichen Abläufe und die wirtschaftlichen Zwänge wirken dem sogar entgegen. So muss jeder Arzt und jede Ärztin für sich entscheiden, ob er oder sie den Willen zur Empathie und das damit verbundene Zeitmanagement aufbringen kann. Barth ist sich sicher: „Angst im Krankenhaus bei sich, dem Kollegen und dem Patienten bewusst mitzudenken, offen anzu-

DAS PHÄNOMEN ANGST

Angst im Krankenhaus – das war das Thema des 30. Workshops Medizinethik in der Hauptstadt, veranstaltet von der Evangelischen Akademie zu Berlin, der Katholischen Akademie in Berlin und dem St.-Joseph-Krankenhaus in Berlin-Tempelhof.

Im Rahmen dieser Veranstaltung beschrieb die Referentin Dr. Ute Schlömer, Psychologische Psychotherapeutin in Potsdam, Angst wie folgt: Sie

- gehört unvermeidlich zum Leben, von der Geburt bis zum Tod
- kann durch alles ausgelöst werden
- hat eine persönliche Prägung
- ist ein psychosomatisches Geschehen
- hat nicht nur negative Aspekte
- kann uns schützen und aktivieren
- hat viele Gesichter (wie Weinen, Zittern, Auflösung, Arroganz, Aktionismus)
- enthält die Aufforderung, den Impuls anzunehmen und zu überwinden.



sprechen und einzukalkulieren, das macht die Qualität des Arztes, des Personals und letztlich der Klinik aus.“

Prof. Dr. med. Hans Stoffels, Chefarzt der Berliner Parkklinik Sophie Charlotte, einer Privatklinik für Psychiatrie und Psychosomatik, ergänzt: Es gebe auch Angst, die sich der Arzt eingestehe und mit der er umzugehen lerne. Zum Beispiel die Angst, schlechte Nachrichten zu überbringen. Aber manchmal, sagt Stoffels, werde der Arzt auch von einer untergründigen Angst gelenkt, die ihn davon abhalte, sich einem Patienten zu widmen. Gelegentlich klammere sich nämlich ein ängstlicher Patient so verzweifelt an den Arzt und bedränge ihn derart, dass es „dann menschlich nachvollziehbar ist, dass sich der Kollege bedroht und eingeengt fühlen kann und mit Abwehr reagiert“.

Der Psychiater erinnert sich zudem an eine persönliche, ängstigende Erfahrung: Ein als gefährlich eingestuft Patient bedrohte ihn mit einer Waffe. „In dieser Situation hatte ich Angst“, berichtet Stoffels, „denn ich war mir nicht sicher, ob es mir gelingen würde, dass der Patient die Waffe weglegt. Aber es ist gut ausgegangen.“ Er hebt hervor, dass dem Thema Angst im Krankenhaus nur zu begegnen ist, wenn es thematisiert wird: zwischen Arzt und Patient, zwischen den Kollegen und zwischen den Berufsgruppen in der Klinik. Und er fügt hinzu: „Wir müssen lernen, einander Fragen zu stellen, und dann auch die Geduld haben, die Antworten abzuwarten.“

Inge Walter hat übrigens die erste Hand-OP überstanden. Sie wackelt mit dem Daumen, zeigt die rosige Narbe, die gut aussieht. Die Oberärztin und die Krankenschwestern seien hervorragend, lobt sie zufrieden. Und die Schmerzen seien viel erträglicher geworden und gingen gegebenenfalls sogar ganz weg. Sie werde dennoch für die zweite Operation nicht ohne Angst in die Klinik gehen, aber: „Ich liebe ja Western. Und es war doch John Wayne, der gesagt hat: ‚Mut ist, wenn man Todesangst hat, aber sich trotzdem in den Sattel schwingt.‘ Oder?“ ■

Ulrike Hempel



ÜBERWEISUNGSVERHALTEN VON ÄRZTEN

Fachärzte überweisen häufiger

Mit Daten aus Baden-Württemberg konnten erstmals großflächig die Patientenwege nachvollzogen werden.

Der ambulante Sektor des deutschen Gesundheitswesens beruht auf Arbeitsteilung. Eigentlich sollte der Hausarzt der erste Ansprechpartner der Patienten sein und diese im Bedarfsfall an ambulant tätige Gebiets- oder Teilgebietsärzte überweisen. Ob dieses Konzept funktioniert, könnte unter anderem durch die Auswertung statistischer Daten, die es dazu gibt, geklärt werden. Umso überraschender ist es, dass bisher so gut wie keine Daten oder Statistiken zum Überweisungsverhalten im Bundesgebiet oder in einzelnen Bundesländern publiziert wurden. Einige wenige Untersuchungen befassen sich mit kleinen, ausgewählten Patientengruppen oder beziehen sich auf eine regional sehr begrenzte Auswahl von Hausarztpraxen und Spezialisten.

Deshalb wurde am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Ulm in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) erstmals eine Analyse von Überweisungsdaten durchgeführt. Die KVBW stellte aufbereitete Ab-

rechnungsdaten zur Verfügung, die Daten wurden am Institut für Allgemeinmedizin in Ulm analysiert. Diese Daten umfassen die Abrechnungsdaten aller niedergelassenen Ärzte in Baden-Württemberg im Kalenderjahr 2008. Ziel der Analyse war es, das Überweisungsverhalten zwischen Allgemeinärzten und Spezialisten zu untersuchen und so den Stand der hausärztlichen Koordinierungsfunktion zu evaluieren.

Oft direkte Inanspruchnahme der Spezialisten

Im Jahr 2008 rechneten 8 270 fachärztliche Praxen und 3 941 Hausarztpraxen (Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten) mit der KVBW Leistungen ab (67,7 Prozent Spezialisten, 32,3 Prozent Hausärzte).

Die Fallzahl betrug für Gebietsärzte gesamt 32,4 Millionen, von diesen wurden 64,3 Prozent durch Überweisung ausgelöst, mehr als ein Drittel der Behandlungen beim Spezialisten erfolgten durch direkte Inanspruchnahme ohne Überweisung. In diesem Punkt bestehen