



Foto: Stockphoto

ARBEITZUFRIEDENHEIT VON KLINIKÄRZTEN

Wege aus dem Jammertal

Viele Klinikärzte leiden unter einer hohen Arbeitsbelastung, die ihnen die Freude an der Arbeit raubt. Doch jeder einzelne Arzt kann Einfluss auf seine Situation nehmen.

Die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern werden immer komplizierter und schwieriger: Die zunehmende Bürokratisierung, der hohe Kostendruck und die sich häufig ändernden Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen sorgen für ein Gefühl massiver Unzufriedenheit.

Eine aktuelle Untersuchung über chirurgisch tätige Klinikärzte kommt zu dem Ergebnis, dass 25 Prozent von ihnen unter einer sogenannten Gratifikationskrise leiden (1). Vor allem Assistenzärzte halten ihr Gehalt sowie die Wertschätzung und Anerkennung, die sie für ihr berufliches Engagement bekommen, für nicht angemessen. Circa ein Fünftel der Befragten gab an, mehrmals im Monat daran zu denken, den Beruf aufzugeben, ein Drittel beschäftigt sich sogar mehrmals monatlich gedanklich mit einem Wechsel ins Ausland. Etwa 22 Prozent beklagen die hohen Anforderungen bei gleichzeitig geringen Handlungsspielräumen. Von Frauen werden diese Belastungen stärker wahrgenommen als von Männern,

von Assistenzärzten mehr als von Chef- oder Oberärzten.

Dies ist eine alarmierende Entwicklung, die auch zahlreiche Ärztliche Direktoren bemerken. Einer von der Bundesärztekammer geförderten Studie (2) zufolge schätzen 95 Prozent das von den Klinikärzten abverlangte Arbeitstempo als sehr hoch ein. Gleichzeitig sehen sie die Arbeits- und Organisations-situation kritisch; so stimmten 50 Prozent der Ärztlichen Direktoren der Aussage zu, dass es bei Untersuchungen häufig zu Wartezeiten komme, 35 Prozent gaben an, dass die Patientenaufnahme zu organisatorischen Problemen führe.

Betrachtet man die Kernaussagen beider Studien, werden zwei Aspekte besonders deutlich, die dringenden Handlungsbedarf aufweisen:

- Die Arbeitszufriedenheit der Klinikärzte muss nachhaltig verbessert werden, um den ohnehin vorhandenen Fachärztemangel nicht zusätzlich zu verschärfen und die Behandlungsqualität nicht dauerhaft zu gefährden.

- Die Optimierungsspielräume in den Arbeits- und Organisations-

strukturen vieler Kliniken müssen genutzt werden, um permanente Reibungsverluste zu verhindern.

Was zunächst nach einer Herkulesaufgabe für die Klinikum- oder Krankenhausleitung aussieht, lässt sich bei genauerer Analyse sehr gut in Einzelschritte zerlegen, die jeder Einzelne, insbesondere Chef- und Oberärzte, bei der täglichen Arbeit mitgestalten kann und sollte.

Erster Schritt: Eine wichtige Grundvoraussetzung ist, dass Klinikärzte ein unternehmerisches Selbstverständnis im eigentlichen Wortsinn entwickeln – eines, das den Willen zur Gestaltung des eigenen Arbeitsbereichs ebenso umfasst wie den Spaß am Erfolg.

Der Beruf des Arztes ist unweigerlich mit einer hohen Arbeitsbelastung und Verantwortung verknüpft; daran wird sich auch durch die Veränderung der Rahmenbedingungen nichts Wesentliches ändern. Sie sind zudem wichtige Bestandteile der positiven Rollenerwartung, die Patienten ihren Ärzten entgegenbringen. Es geht darum, mit diesen Belastungen so umzugehen, dass man ihnen das ganze Berufsleben standhält.

Zweiter Schritt: Reibungspunkte, die den Arbeitsalltag erschweren und Stress bereiten, müssen identifiziert und kritisch analysiert werden. Folgende Aspekte sind unter anderem bedeutsam:

- Wo verliere ich im Klinikalltag meine Energie?
- Was bereitet mir den meisten Stress?
- Wie gut ist mein Selbstmanagement?
- Welche Abläufe sind im Alltag hinderlich?
- Welche Prozesse können vereinfacht oder standardisiert werden?

Dabei geht es nicht nur darum, die Probleme lediglich festzustellen, sondern sie dauerhaft abzustellen. Dazu gehört es auch, lösungsorientiert zu denken und eine Kultur der kontinuierlichen Verbesserung zu schaffen. Vorhandene Hierarchieebenen oder Bereichsgrenzen dürfen keine Denkbarrieren darstellen. Um einen Prozess der kontinuierlichen Verbesserung

anzustoßen und zu erhalten, bedarf es der ständigen Reflexion und des offenen Gesprächs. Nur wenn alle Interessen berücksichtigt und angesprochen werden, zeigt sich eine dauerhafte Wirkung.

Dritter Schritt: Ein weiterer wichtiger Faktor ist eine möglichst gute Balance der vier Lebensbereiche: berufliche Entwicklung, Funktion als Arzt, Familie/Partnerschaft und eigene Person. Wer ständig einen Bereich überbetont, nimmt Schaden: familiär, beruflich oder gesundheitlich. Je besser das Gleichgewicht hingegen austariert ist, umso attraktiver wird letztlich auch der Beruf.

Wird die berufliche Situation jedoch nach eingehender Analyse als unveränderlich und auf Dauer unerträglich wahrgenommen, ist ein Stellenwechsel meist unvermeidlich. Denn das Gefühl dauerhafter Unzufriedenheit ist nicht nur für die eigene Person belastend, sondern auch für das berufliche und private Umfeld. Bereits bei der Suche nach einer neuen

Stelle sollten die Weichen richtig gestellt werden. Bloßes Jobhopping, ohne sich die eigenen Anforderungen an den neuen Arbeitsplatz bewusst zu machen, bringt langfristig keinen Erfolg.

Mittlerweile herrscht zwischen den Kliniken ein reger Wettbewerb um engagierte Fachärzte. Gewinnen werden ihn jene Krankenhäuser mit den besten Strukturen – Strukturen, die ihre Ärzte entlasten und ihnen ausreichenden Freiraum für die Arbeit am Patienten geben. Da macht es einen großen Unterschied, ob zum Beispiel Arztbriefe noch mühevoll selbst getippt werden müssen oder ob ein System etabliert ist, mit dem sich die Briefe zeitsparend generieren lassen.

Um nicht vom Regen in die Traufe zu kommen, sollte ein Stellenwechsel strategisch geplant sein. Dazu gehört es, im Rahmen der Vertragsverhandlungen mit der neuen Klinik auch die vorhandenen Organisationsstrukturen sehr gründlich auf den Prüfstand zu stellen und mit den eigenen Anforderungen abzu-

gleichen. Kompromisse in den Kernbereichen führen vielleicht schnell zur Unterzeichnung des Arbeitsvertrags, langfristig zufrieden machen sie jedoch nicht. Und geldient ist damit keinem: weder dem Arzt, der sich bald wieder in die innere Kündigung flüchtet, noch dem Krankenhaus und schon gar nicht dem Patienten. Im Zweifelsfall kann es weitaus besser sein, dem bisherigen Krankenhaus treu zu bleiben und dort Achsen zu anderen Kollegen und Abteilungen zu bilden, um so gemeinsam nach Wegen aus dem vermeintlichen Jammertal zu suchen. ■

Werner Fleischer

Internet: www.ihrcoach.com

LITERATUR

1. Knesebeck Ovd, Blum K, Grosse K, Klein J: Arbeitsbedingungen und Patientenversorgung. Eine Befragung von Chirurgen und Gynäkologen zur psychosozialen Arbeitsbelastung. *Arzt und Krankenhaus* 2009; 6.
2. Pfaff H, Hammer A, Ernstmann N, Günster C, Heller G, Ommen O: „Arbeitsbelastung in Krankenhäusern – Die Sicht ärztlicher Direktoren“. *Dtsch Arztl* 2010; 107(16): A 752–3.

GOÄ-RATGEBER

Stanzbiopsien der Prostata

Für die Gewebentnahme bei Verdacht auf Prostatakarzinom kann die Nr. 319 Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), „Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse“, angesetzt werden. Weder die Leistungslegende der Gebührenposition noch die Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts C III „Punktionen“ der GOÄ enthalten einen Hinweis auf eine der Anzahl nach begrenzte Berechnungsfähigkeit. Mit Verweis auf einen inzwischen obsoleten Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2003 wird jedoch nicht selten von privaten Krankenkassensversicherungen und Beihilfestellen eine mehr als sechsmalige Erstattung der Nr. 319 GOÄ bei Prostatabiopsien abgelehnt. Nicht berücksichtigt wird dabei, dass der Ausschuss „Gebührenordnung“ aufgrund einer Auswertung der wissenschaftlichen Literatur bereits im Jahr 2005 seine Einschätzung revidiert und festgestellt hat, dass die Gebührenposition Nr. 319 mehrfach ansatzfähig ist, wenn im Rahmen der Prostatakarzinomabklärung mehrere Gewebeproben aus der Prostata entnommen werden. Maßgeblich ist dabei die

medizinische Notwendigkeit nach § 1 Abs. 2 GOÄ. Hinsichtlich der Anzahl der zu entnehmenden Biopsien verweist der Ausschuss „Gebührenordnung“ auf Fachpublikationen und Leitlinien der (inter)nationalen wissenschaftlichen Fachgesellschaften; aus den vorliegenden Studien wird zur Gewährleistung einer hinreichenden diagnostischen Sicherheit eine Mindestanzahl von in der Regel zehn Biopsien abgeleitet.

In einer systematischen Übersichtsarbeit zur Frage der für eine suffiziente Prostatakarzinomdiagnostik notwendigen Anzahl von Biopsien wurde als Ergebnis einer Metaanalyse die Entnahme von zwölf Gewebezyllindern empfohlen (Eichler et al., *J. Urol.* 2006; 175: 1605–12). Die aktuell gültige Leitlinie der European Association of Urology aus dem Jahr 2008 spricht sich für eine Mindestanzahl von zehn Prostatabiopsien aus, wobei diese je nach Prostatavolumen oder PSA-Serumwert angepasst werden könne (EAU Guidelines on Prostate Cancer, *Eur. Urol.* 2008; 53: 68–80). Gemäß der neuesten Version V.2.2010 der „Practice Guideline“ des US-amerikanischen National Comprehensive Cancer Networks zur Prostatakarzinomfrüherkennung werden eben-

falls zumindest zwölf Biopsien empfohlen (www.nccn.org). Als maßgeblich für den deutschen Versorgungskontext kann die „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“, Version 1.0 vom September 2009, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Urologie, angesehen werden. In dieser Leitlinie findet man auch zur Stanzbiopsie der Prostata eine Reihe evidenzbasierter Empfehlungen. Hinsichtlich der zur Diagnostik notwendigen Anzahl der Gewebeproben wird konstatiert, dass bei der Stanzbiopsie der Prostata in der Regel zehn bis zwölf Gewebezyllinder entnommen werden sollten (www.urologenportal.de).

Zusammenfassend erscheint eine fixe zahlenmäßige Beschränkung der Berechnung von Prostatabiopsien durch private Krankenkassensversicherungen und Beihilfestellen nach der GOÄ nicht gerechtfertigt. Vor dem Hintergrund eines nachgewiesenen diagnostischen Zusatznutzens einer auf die lateralen peripheren Zonen erweiterten Prostatabiopsie sollte die tatsächliche Anzahl der durchgeführten Prostatagewebeproben erstattet werden. **Dr. med. Hermann Wetzel M. Sc.**