

Frustrationen eines Assistenzarztes

Rolf Schmitt

„So ist der Krankenhausalltag wirklich . . .“

Die Ärzte, denen der Patient begegnet, haben zwar ein Medizinstudium mit weitgehend ähnlichen Inhalten und gleichem Umfang absolviert, genießen jedoch ein unterschiedliches Ansehen und besetzen Positionen mit ganz verschiedenen Aufgaben. So stehen zum Beispiel Amtsärzte und Arbeitsmediziner ihren Berufskollegen in den freien Praxen oder angestellten Krankenhausärzten gegenüber, bei denen die Assistenzärzte hinter Chef- und Oberarzt die unterste Stufe der Hierarchie einnehmen. Seit 1988 kommt dazu noch die Gruppe der „Ärzte im Praktikum“ (AiP), die bekanntermaßen für achtzehn Monate eine bezogen auf Rechte und Pflichten unzureichend definierte „Zwitterrolle“ nach Beendigung ihres Studiums, aber vor der endgültigen Zulassung zum Arzt einnehmen.

– Der Normalbürger kann sich wohl ein ungefähres Bild von den verschiedenen Zuständigkeiten und Verantwortungsbereichen der Ärzte in einem Krankenhaus machen, die sich nicht zuletzt auch in sehr divergierenden Einkommen ausdrücken. Von der Tätigkeit eines Assistenzarztes, mit dem er als ambulanter oder stationärer Patient am häufigsten konfrontiert wird, hat er meist nur eine vage und oft wirklichkeitsferne Vorstellung. Diesen ärgerlichen Eindruck habe ich während meiner mehrjährigen Arbeit als Assistenzarzt an unterschiedlichen Krankenhausabteilungen gewonnen. Er ist einer der Gründe für vielfältige berufliche Frustrationen, die ich mit sehr vielen Kollegen teile, wobei es abhängig von Krankenhaus und Fachabteilung auch unterschiedliche Erfahrungen geben mag.

Nach Beendigung einer rund dreijährigen eigenverantwortlichen Tätigkeit als Arzt für den „Deutschen Entwicklungsdienst“ in Tanzania/Ostafrika bin ich seit Anfang dieses Jahres wieder in die Rolle eines Assistenzarztes geschlüpft und in die Alltagsroutine eines mittelgroßen deutschen Krankenhauses eingetaucht. Sicher hat mich die so gegensätzliche Arbeit in Afrika mehr als andere Kollegen für Mißstände und Ungereimtheiten sensibilisiert, denen ich bei meiner ärztlichen Beschäftigung hier wieder begegne. Die meisten haben sich schon wegen der angespannten Stellsituation zähneknirschend mit so manchen Um- und Zuständen arran-

giert; gerade auch deswegen wird ihre allgemeine Stimmung von Frustrationen und Motivationsverlust beherrscht.

„Totaler Papierkrieg“

In der deutschen Medizin ist der „totale Papierkrieg“ ausgebrochen. Für den Stationsarzt einer Krankenhausabteilung mit einer durchschnittlichen personellen Besetzung hat sich das Verhältnis zwischen rein ärztlicher Tätigkeit und Schreibtischarbeit schon längst zugunsten eines hirnlosen Ausfüllens einer überschwappenden Flut von Formularen und anderer sinnentleerer

Übungen mit Kugelschreiber und Diktaphon verschoben.

In manchen Abteilungen müssen die Stationsärzte sogar schon selbst die Arztbriefe in die Maschine tippen und haben damit endgültig den Status „besserer“ Sekretäre angenommen. Dies alles, obwohl sich die Verwaltungen unserer Krankenhäuser trotz oder vielleicht gerade wegen der zunehmenden Computerisierung von Personal und Einfluß her immer mehr ausdehnen. Im ärztlichen und pflegerischen Bereich jedoch stagniert die Stellenplanung und das Personal der Abteilungen muß die auftretenden Mehrbelastungen auffangen und ertragen. Der „Pflegetotstand“ führt dazu, daß bereits ganze Stationen geschlossen werden müssen, wie kürzlich an der Universitätsklinik Bonn geschehen.

Stimmungstief

Überbelastung, das Erledigen stupider Tätigkeiten und eine schon an Bespitzelung reichende Kontrolle von Art und Effizienz der Arbeit an manchen Häusern führen dazu, daß die allgemeine Stimmung in den Krankenhäusern so schlecht wie selten ist. Überempfindliche Reaktionen und Animositäten innerhalb und zwischen den einzelnen Abteilungen sind mittlerweile obligatorisch und Ventile für diese Mißstimmung. Die Motivation bei der Arbeit ist an einem Tiefpunkt angelangt. Die Ärzte schieben müde Nachtdienst auf Nachtdienst und kommen wie Schwestern und Pfleger, die Überstunden anhäufen, nicht mehr aus dem Krankenhaus heraus, das sehr viel Zeit für Privatleben und Familie raubt.

Zwischenmenschliches beschränkt sich oft nur auf Kollegen und Krankenhauspersonal, außerberufliche Interessen sind rar. Überstunden werden nicht oder schlecht bezahlt, und ihre Abgeltung in Freizeit findet oft nur auf dem Papier statt. Zunehmend seltener mucken Ärzte dagegen auf. Verwaltungen und Chefärzte verweisen auf die Schar arbeitsloser Mediziner, die auf frei werdende Stellen warten. Mit dem Gehalt läßt sich gut leben, doch

die meisten würden Freizeit Geld vorziehen. Was allgemeine Belastung und zeitliche Beanspruchung angeht, so ist der Assistenzarzt im Vergleich zu anderen Berufskollegen jedoch sicher unterbezahlt.

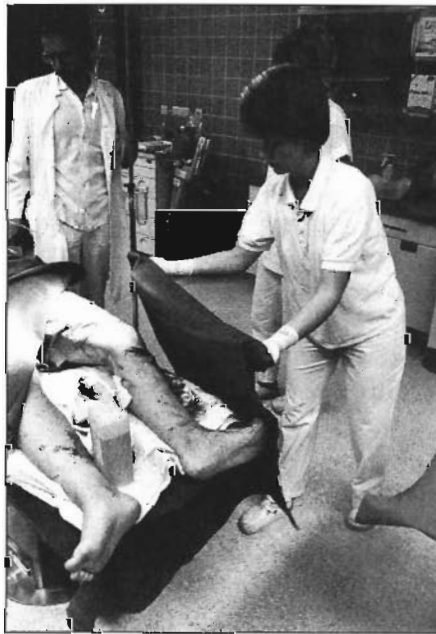
Neben den allgemeinen Arbeitsbedingungen sind die Patienten Hauptgrund für zunehmende Frustrationen bei der Beschäftigung im Krankenhaus. Vor allem bei der täglichen Arbeit in einer Ambulanz begegnet einem eine erschreckende Hilflosigkeit und Unselbständigkeit der Menschen im Umgang mit gesundheitlichen Problemen. Kleine Wehwehchen und Blessuren, die früher gelassen ausgestanden oder selbst behandelt wurden, führen heute zu aufgeregter Vorstellung beim Doktor. Voller Panik erscheinen Eltern mit ihren Kindern wegen Lappalien im Krankenhaus, wo in der Vergangenheit überlieferte Hausmittel angewandt wurden und Linderung und Heilung schafften. Das Wissen darum und eine damit verbundene gewisse Sicherheit im Umgang mit dem eigenen Körper scheint weitgehend verlorengegangen zu sein.

Anspruchshaltung uffert aus

Abends, nachts und am Wochenende, also zu Zeiten, die Notfällen vorbehalten sein sollten, „stehen“ Patienten auf der Ambulanzklingel, die seit Tagen und Wochen an irgendeiner Unerheblichkeit oder Unpäßlichkeit laborieren, aber nie Zeit und Lust fanden, ihren Arzt aufzusuchen. Sie erwarten in aufreizend fordernder Art von oft müden Ärzten und nicht weniger überanstrengter Ambulanzbesatzung eine immer gleiche Freundlichkeit und Zuwendung. Ärgerliche Reaktionen können sie überhaupt nicht verstehen. Es sind oft dieselben Beamtentypen, denen man „draußen“ im täglichen Leben begegnet und ausgeliefert ist, wenn sie auf die Minute genau ihre Schalter schließen und die Aktendeckel zuklappen. Dazu kommt so mancher „Privatpatient“, der rund um die Uhr auf Sonderbehandlung pocht.



Oft in der Nacht, bei Wind und Wetter, rückt der Notarztwagen aus, um Schwerverletzte bei Verkehrsunfällen oder anderen Unglücken zu bergen und ins Krankenhaus einzuliefern



Auch das ist Krankenhausalltag: Akutversorgung einer Weichteilverletzung infolge eines Fahrradunfalls Fotos (2): Markus Neumann, Köln

Auch bei Behandlung und Umgang mit stationären Patienten begegnet man einer ausufernden Anspruchshaltung. Die Ärzte führen einen täglichen, oft lauthalsen Kampf mit Angehörigen vor allem älterer Patienten, die das Krankenhaus als Abschiebeplatz für Oma und Opa sehen und erbitterten Widerstand

leisten, wenn deren Entlassung ansteht. Oft haben ganze Stationen die Funktion der Altenpflege. Dies zeigt einerseits die Notwendigkeit, spezielle geriatrische Abteilungen zu schaffen, andererseits den weitgehenden Verlust von Fürsorgepflicht und Verantwortungsbewußtsein der Jungen gegenüber den Alten.

Die Notwendigkeit der Gesundheitsreform wird einem bei der Arbeit im Krankenhaus täglich klarer angesichts vorherrschender Anspruchshaltung und des Mißbrauchs, der mit und im Namen von Medizin betrieben wird. Die Verkürzung von Liegezeit ist sinnvoll, auch wenn es zu Härtefällen kommt. Inkonsequent ist jedoch die Bewertung von Liegezeiten durch Vertrauensärzte. Einzelne Abteilungen haben unterschiedliche Möglichkeiten, verlängerte Liegezeiten durch therapeutische und diagnostische Maßnahmen zu begründen, deren Sinn oft fragwürdig ist.

Diese Konflikte und Widersprüche werden in erster Linie auf dem Rücken der Stationsärzte ausgetragen. Lobenden Zuspruch und Motivationsschübe durch positive Verstärkung erhalten sie nur selten. Bei Vorgesetzten und Patienten gilt ihre Arbeit nur als selbstverständliche Pflicht auf der unteren Stufe der

Karriereleiter. Man hat es ja gewußt, was auf einen zukommt, als man den Arztberuf erwählte. Behandlungsfehler und Negatives fallen auf und werden aufgebauscht, über die übergroße Mehrzahl an gelungenen Eingriffen und Positivem verliert niemand ein Wort.

Schon häufiger habe ich mich gefragt, ob eine streßfreie Beamtenlaufbahn mit geregelter Dienstzeit nicht vernünftiger gewesen wäre, wenn ich im Nachtdienst zum wiederholten Male aus dem Bett geklingelt wurde, um randalierende Betrunkene zusammenzuflicken oder bei winterlicher Kälte im Notarztwagen einem schweren Verkehrsunfall entgegenfuhr.

Viele Kollegen, Schwestern und Pfleger sind schon zu Menschenfeinden geworden oder stehen kurz davor. Um dem zu entgehen, habe ich kürzlich eine Arbeitsstelle mit all den Quellen von Frustrationen und Ärgernissen gegen eine *streßfrei*ere Halbtagsstelle eingetauscht. Von der Medizin werde ich wohl nie mehr ganz lassen können, aber sie ist eben nicht alles in meinem Leben. So pflege ich jetzt in der „gewonnenen Zeit“ die Neigungen, denen ich mich bisher nicht widmen konnte.

Wenn sich die Arbeitsverhältnisse für die medizinischen Berufe nicht ändern werden, muß ich an mir selbst und meiner Einstellung zu meinem Beruf etwas ändern, schon allein, um mich vor tiefgreifenden psychischen Veränderungen zu bewahren.

Auch vielen meiner Kollegen täte eine geistige Luftveränderung gut, nur wenige können sich für eine gewisse Flexibilität entscheiden angesichts einer bei uns bestehenden beruflichen Einseitigkeit. Noch dringlicher und doch so viel schwerer ist es aber, die allgemeinen Arbeitsbedingungen in unseren Krankenhäusern, das Gesundheitsbewußtsein und das Krankheitsverhalten der Bevölkerung zu überprüfen.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Rolf Schmitt,
33 Jahre,
Assistenzarzt
Adenauerallee 45
5300 Bonn 1

In der Diskussion

Das „Handlungskonzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die kassenärztliche Versorgung“

Der KBV-Vorstand nimmt Stellung

Detailliert hat der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einen Katalog von 15 Fragen beantwortet, die in einem Beschlusantrag dreier Mitglieder der Vertreterversammlung – Dr. med. Hans-Jürgen Thomas, Erwitte/Westfalen, Dr. med. Dietrich Rohde, Mülheim/Ruhr, Dr. med. Gernot Blum, Mönchengladbach – formuliert wurden, der anlässlich der Vertreterversammlung der KBV am 14. Mai 1990 in Würzburg eingebracht werden soll.

„Handlungskonzept für die kassenärztliche Versorgung“: die Stellungnahme des KBV-Vorstandes zum genannten Beschlusantrag greift zum Teil auch auf die frühere Beschluslage der KBV-Vertreterversammlung, die Plenardebatten der Vertreterversammlung und eine Veröffentlichung im DEUTSCHEN ARZTEBLATT zurück (vgl. dazu auch DÄ 16/1990, Rubrik „Aktuelle Politik“). DÄ

1. Woraus besteht in der funktionalen Arbeitsteilung die hausärztliche Tätigkeit, und durch welche Fachkundensachweise beziehungsweise Qualifikationsvoraussetzungen wird sie begründet?

Die Frage beantwortet sich aus der vom Arbeitsausschuß erarbeiteten Vorlage zur Gliederung der kassenärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung.

2. Wie wird verbindlich gewährleistet, daß die hausärztliche Behandlung nicht der fachärztlichen Versorgung obligatorisch vorgeschaltet wird?

In der genannten Vorlage wird die freie Wahl des Versicherten unter den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten mit den für spezifische Fachgruppen bereits jetzt bestehenden Einschränkungen ausdrücklich zum Inhalt der Gliederung der kassenärztlichen Versorgung gemacht. Im übrigen schreibt das Gesetz selbst in § 76 SGB V die freie Wahl des Versicherten unter den an der kassenärztli-

chen Versorgung teilnehmenden Ärzten vor. Auf der Grundlage des geltenden Rechts ist daher die obligatorische Vorschaltung der hausärztlichen Behandlung vor die fachärztliche Versorgung nicht zulässig.

3. Wie wird sichergestellt, daß die funktionale Arbeitsteilung nicht zu einer Änderung des Honorierungssystems führt und durch eine verschiedenartige Vergütung haus- und fachärztlicher Leistungen die Kassenärzteschaft insgesamt spaltet?

Gerade weil im Handlungskonzept der KBV die hausärztliche Versorgung nicht obligatorisch vor die fachärztliche Versorgung vorgeschaltet ist, besteht – anders als bei dem primärärztlichen Versorgungsmodell des Jahresgutachtens 1989 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen – keine Notwendigkeit, durch eine pauschalierte Vergütung der hausärztlichen Versorgung die Überweisung zum Facharzt durch den Hausarzt abzusichern. Das Gliederungskonzept der KBV bietet da-