

Längst kein Tabuthema mehr

Psyche, Erschöpfung, Sucht – Wenn Heilen krank macht



Wenn Heilen krank macht. Für manche ist das noch immer ein Tabuthema, für andere längst Grund, sich intensiv mit diesem Phänomen auseinanderzusetzen. Burnout, Depressionen, Substanzabhängigkeit oder Suizidalität – Ärztinnen und Ärzte scheinen besonders gefährdet für psychische Erkrankungen zu sein. Ursachen dafür sind unter anderem andauernde berufliche Belastungen. Gleichzeitig suchen Ärzte selten oder erst sehr spät Hilfe. Um also die betroffenen Ärzte besser zu unterstützen, werden niederschwellige Beratungs- und Therapieangebote für sie gefordert, genauso wie Strukturänderungen im Gesundheitssystem, um die Arbeitsbedingungen dort zu verbessern.

Wenn etwas zwickt oder man sich nicht wohlfühlt, geht man zum Arzt. Und wohin geht der Arzt? Eher selten zum eigenen Hausarzt, denn den haben die wenigsten, sagt Prof. Dr. Jörg Braun. Der Facharzt für Innere Medizin mit eigener Privatpraxis, Ärztliche Direktor und internistische Chefarzt der Klinik Manhagen kommt schnell ins Erzählen, wenn es um Arztgesundheit geht. „Wir Ärzte haben im Umgang mit unserer eigenen Gesundheit Defizite“, sagt Braun, der 2015 die Stiftung Arztgesundheit gegründet hat. Darauf will er aufmerksam machen und dazu aufrufen, sich Gedanken zu machen, welche strukturellen Änderungen die Gesundheit der Ärzteschaft insgesamt verbessern könnten.

„Suizidalität ist etwas, das ich in meinem Umfeld immer wieder erleben musste. Ich glaube, jeder Arzt kann davon erzählen, wie Kollegen sich suizidiert haben. Da kommen alle Dinge zusammen: Auf der einen Seite die Unfähigkeit, um Hilfe zu rufen. Auf der anderen Seite die Kenntnis von wirksamen Suizidmethoden. Das führt dazu, dass der Arztberuf der Beruf mit der höchsten Suizidrate ist“, erzählt Braun. Er fragt sich, weshalb es keine arzt spezifischen Vorsorgen gibt wie eine bundesweite Hotline für Ärzte in Not, analog zur 116117. Es brauche eine schnelle Hilfe für Ärzte. Auch Präsentismus bei Ärzten ist verbreitet, sie arbeiten weiter, obwohl sie eigentlich krank sind – und gefährden dadurch nicht nur ihre eigene Gesundheit, sondern auch die ihrer Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten. „Natürlich ist es als Praxisarzt, vor allen in einer Einzelpraxis, überhaupt nicht trivial, morgens Fieber zu messen und zu sagen: Heute bleibe ich zu Hause“, sagt Braun. Er wünscht sich eine Diskussion darüber, damit sich die Strukturen im Gesundheitswesen ändern – und die Ärzte mit gutem Gewissen im Krankheitsfall zu Hause bleiben können. In Norwegen gebe es beispielsweise einen Vertretungspool für den sehr wahrscheinlichen Fall, dass jeder Arzt auch einmal krank wird. „Davon sind wir in Deutschland allerdings noch weit entfernt.“

Keine Experten für die eigene Krankheit

Stattdessen kommt es bei Ärztinnen und Ärzten oft zu Fehlreflexen, wie Braun es ausdrückt. Ärzte sind Experten für ihr Fachgebiet, das heißt aber nicht, dass sie auch Experten für ihre eigenen Krankheiten sind. Selbstdiagnosen und Selbsttherapien fielen daher oft nachteilig aus. Braun führt das Beispiel eines Kollegen mit Kniegelenkarthrose an. Dieser wusste nicht, dass eine Operation kein schwerwiegender Eingriff ist, hielt an seinem Praxisalltag fest, obwohl er nicht mehr laufen konnte und behandelte die Schmer-

zen mit Morphin. Nachdem er schließlich doch einen Spezialisten aufsuchte und sich operieren ließ, erholte sich schnell wieder – nur musste er dann noch seine Morphinabhängigkeit überwinden. Das erhöhte Suchtrisiko bei Ärzten, auch das ist ein großes Thema.

Dass der Arztberuf zu den besonders gesundheitsgefährdenden Tätigkeiten zählt, scheint widersprüchlich. Schließlich ist das Wissen um eine gesunde Lebensweise grundsätzlich vorhanden. Gerade nach Stiftungsgründung fielen deshalb die Reaktionen auf Brauns Vorträge noch erstaunt bis ablehnend aus. Vor allem bei älteren Kollegen, manch einer betitelte das Thema Ärztegesundheit als Quatsch. Das hat sich in den vergangenen sieben Jahren geändert. „Das Bewusstsein, dass Gesundheit für den Arzt eine ganz entscheidende Ressource ist, ist viel stärker geworden“, findet Jörg Braun. Auch die Wissenschaft versucht, die tatsächliche gesundheitliche Gefährdung von Ärzten durch ihren Beruf zu ergründen.

Prof. Dr. Petra Beschoner, Chefarztin am Klinikum Christophsbad, forscht seit 2006 zur Ärztegesundheit an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm. „Ich denke, es wird im Grunde viel zu wenig gemacht. Das Thema treibt mich an. Zum einen, weil es ein wenig Beachtetes ist. Zum anderen, weil Ärzte leider auch selbst zu Stigmatisierungen neigen,



Resilienz

Unter Resilienz wird die psychische Widerstandskraft verstanden, die einen dazu befähigt, Belastungen, Konflikte oder auch Misserfolge auszuhalten beziehungsweise die psychische Gesundheit nach belastenden Ereignissen rasch wiederherzustellen. Ist Resilienz bei Personen nur gering ausgebildet oder sind Stressoren besonders stark oder von langer Dauer, ist es möglich, dass sich ein chronischer Stresszustand einstellt. Resilienz kann akut gefördert werden und so vor Burnout schützen. Körperliche Betätigung, gesunde Ernährung und ausreichend Schlaf gelten als positive Einflussfaktoren. Günstig für die Stärkung der Resilienz sind für Ärzte zudem eine gute Selbstorganisation, gutes Fehlermanagement, Arbeitszeitbegrenzung, soziale Kontakte zu Familie, Freunden, Kollegen und eine offene Arzt-Patienten-Kommunikation.

im Bezug auf psychische Erkrankungen und allgemein im Umgang mit Krankheit bei Ärzten. Da gibt es so eine Art blinden Fleck, man will nicht so genau hingucken – auch nicht bei sich selbst“, sagt sie. Zahlreiche internationale Studien wurden bereits durchgeführt, wie die Situation aber in Deutschland genau aussieht, das kann man aus ihnen nicht ableiten. Die Daten sind nicht einfach übertragbar, zu unterschiedlich sind die Gesundheitssysteme und Arbeitsbedingungen. Zwar wurden auch hierzulande in den vergangenen 20 Jahren Forschungsdaten generiert, doch fallen diese nicht homogen aus – weil zum Beispiel nur mit sehr kleinen Fallzahlen gearbeitet wurde, keine repräsentativen Studien durchgeführt oder keine Unterscheidungen zwischen verschiedenen Fachgruppen vorgenommen wurden. Allgemeinültige Aussagen zur Ärztegesundheit sind daher eigentlich nicht oder nur mit Vorsicht zu treffen.

So liegt die Punktprävalenz für Burnout bei Ärzten je nach Studie zwischen drei bis 20 Prozent. In der Allgemeinbevölkerung wird eine Prävalenz von etwa 4 Prozent angenommen. Die für Depressivität wurde mit 10 bis 30 Prozent beschrieben. Während also der niedrigste Wert für Depressivität im Bereich der Allgemeinbevölkerung liegt, ist der höchste Wert deutlich erhöht. Die Langzeitprävalenz für eine Depression wird mit 42 bis 45 Prozent angegeben. Erhöhter Alkoholkonsum bei Ärzten mit 12 bis 40 Prozent. „Es gibt einzelne Hinweise darauf, dass die Prävalenzen bei Ärzten höher liegen könnten als in der Allgemeinbevölkerung, aber nicht über alle Facharztgruppen hinweg. Da muss noch einmal unterschieden werden – Klinikärzte, Niedergelassene. Da ist die Datenlage viel zu gering, um eine gesicherte Aussage treffen zu können“, fast Beschner den aktuellen Forschungsstand zusammen. Wichtiger ist für sie ohnehin etwas anderes: „Es geht primär gar nicht darum zu sagen, dass Ärzte viel stärker, sondern mindestens genauso betroffen sind im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. Es gibt da eine Erwartungshaltung, dass Ärzte resilienter sein müssten, weil sie das Wissen haben und entsprechend handeln. Dem ist aber nicht so.“

Die Neigung, über die eigenen Grenzen zu gehen, ist groß

Warum bei Ärzten die mentale Gesundheit häufig leidet, hat mit spezifischen Belastungsfaktoren zu tun. Vor allem junge und unerfahrene Ärztinnen und Ärzte sind betroffen. Ungeregelte und lange Arbeitszeiten mit Schichtdiensten, wenig Freizeit, ein



Prof. Dr. Jörg Braun:
„Wir Ärzte haben im Umgang mit unserer eigenen Gesundheit Defizite.“



Prof. Dr. Petra Beschner:
„Viele Kollegen, gerade wenn es um psychische Erkrankungen oder um Substanzabhängigkeiten geht, haben große Sorge, ihre Approbation zu verlieren.“



Maxi Braun:
„Es ist wichtig, damit leben zu lernen, dass man im ärztlichen Alltag vermutlich nur selten alle Aufgaben des Tages abgearbeitet haben wird.“

hohes Maß an Verantwortung, großer Zeitdruck, Ängste vor Behandlungs- und Kunstfehlern gehören zu den negativen Seiten des Berufs. Auch sogenannte Gratifikationskrisen kommen hinzu – wie bei allen anderen Berufsgruppen auch. Das heißt, gemessen an der Erwartung und Anforderung, die an den Beruf gestellt werden, erleben viele die Anerkennung dafür als zu gering. All diese Faktoren können zu einem Erleben von psychischem Stress führen, was wiederum ein Risikofaktor für Folgeerkrankungen ist. Welche intrinsischen Faktoren die Ärztegesundheit beeinflussen können, ist noch nicht klar. Dazu ist die Datenlage zu gering. Die Ulmer Arbeitsgruppe forscht nun dazu. Eine Übersichtsarbeit gibt Hinweise darauf, dass bei Ärzten bestimmte Schemata gehäuft vorkommen: Grandiosität, überhöhte Standards, Selbstaufopferung, emotionale Gesundheit. Das alles spricht dafür, dass bei ihnen die Neigung besteht, permanent über die eigenen Grenzen hinwegzugehen, sich selbst aufzuopfern.

Auch, wenn die Belastungen am Arbeitsplatz durch beispielsweise Personalmangel und zunehmende Bürokratisierung zugenommen haben, schätzt Petra Beschner, dass sich die Zahl der erkrankten Ärzte in den vergangenen 20 Jahren nicht wesentlich verändert hat. Den Grund sieht sie darin, dass Ärzte vermehrt die Reißleine ziehen und ihre Arbeitszeit reduzieren, damit die Belastung für sie tragbar ist. Das wiederum führt insgesamt zu einer weiteren Belastungsspirale für Ärzte. Vor dem Hintergrund der Feminisierung der Medizin, der Frauenanteil der Medizinstudierenden liegt bei 70 Prozent, werden sich die Bedingungen weiter verändern. Immer noch arbeiten Frauen heute häufiger in Teilzeit als Männer und Ärztinnen weichen oft in nicht-kurative Tätigkeitsfelder aus, weil so Beruf und Familie besser vereinbar sind. „Es braucht ein politisches Handeln. Es werden mehr Studienplätze benötigt, sonst werden wir dieses Problem nicht lösen. Je weniger Ärzte vorhanden sind, umso höher wird auch die Arbeitsbelastung“, sagt Petra Beschner.

Solange also nicht mehr Ärztinnen und Ärzte vorhanden sind und so der Druck aus dem System genommen werden kann, braucht es zumindest spezifische niederschwellige Präventions- und Therapieangebote, die an die Hemmnisse und Bedürfnisse von Ärzten angepasst sind. Das ist wichtig, wie Beschner erklärt: „Der Rollenwechsel fällt vielen von uns Ärzten unheimlich schwer, weshalb viele auch sehr spät, wenn überhaupt, Hilfe suchen. Ich muss aus

der Helferrolle, als jemand, der immer weiß, was gemacht werden muss, in die Rolle dessen, dem geholfen wird. Dann kommt ein weiterer Punkt hinzu: Viele Kollegen, gerade wenn es um psychische Erkrankungen oder um Substanzabhängigkeiten geht, haben große Sorge, ihre Approbation zu verlieren.“

Bislang bieten die Ärztekammern Suchtberatungen an, einzelne Kliniken auch spezifische Therapien. Ob das ausreicht, um Ärzte anzusprechen beziehungsweise sie entsprechend ihrer Bedürfnisse zu versorgen, ist für Dr. Maxi Braun fraglich: „Meines Erachtens bräuhete es mehr solcher Angebote. Wir sind meines Wissens die einzige Klinik in Deutschland, die gesetzlich versicherte Ärzt:innen und Kolleg:innen mit einem eigenen Gruppenangebot behandelt. Es bräuhete auch mehr niederschwellige Angebote und vor allem eine Problembewusstseinsschaffung. Auf den Homepages der Ärztekammern findet man viel zum Thema Sucht. Aber zum Thema psychische Erkrankungen, Burnout, depressive Erkrankungen oder ADHS findet man wenig bis nichts.“ Maxi Braun ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutische Medizin. Als Oberärztin in der Psychosomatischen Klinik Kloster Dießen hat sie dort im Herbst 2019 eine Behandlungseinheit für Ärzte und Therapeuten aufgebaut. Sie ist Expertin auf diesem Gebiet – gemeinsam mit Petra Beschner hat sie in Ulm dazu geforscht.

Die Nachfrage für das Therapieangebot ist groß – die acht Behandlungsplätze sind durchgehend belegt, inzwischen gibt es auch eine Warteliste. Ärzte mit schweren depressiven Episoden, posttraumatischen Belastungsstörungen, ADHS oder Persönlichkeitsstörungen wenden sich an die Klinik. Burnout im Sinne einer



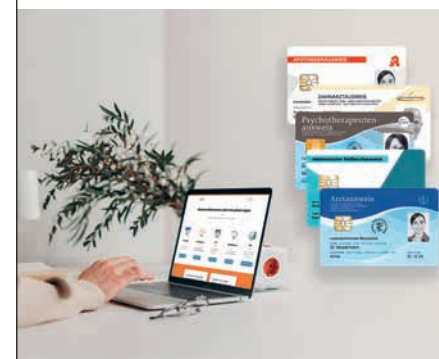
Ärztegesundheit

Im Jahr 2019 wurde der Deutsche Ärztetag unter dem Schwerpunktthema Arztgesundheit in Münster abgehalten. Es wurde an Führungskräfte, Arbeitgeber und Gesetzgeber appelliert, gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen sicherzustellen. Der Arztberuf gilt aus vielfältigen Gründen als besonders gesundheitsgefährdend. Zum einen sind Selbstdiagnostik und Selbsttherapie sowie Präsentismus, also Arbeiten trotz einer Erkrankung, verbreitet. Auch erhöhte Risiken für Suchterkrankungen und Suizid werden der Berufsgruppe zugeschrieben. Zum anderen ist die Arbeit unter zunehmend erschwerten Bedingungen aufgrund der Ökonomisierung, wachsender Bürokratisierung und des Personalmangels, durch Gewalttaten und hohes Anspruchsdenken von Patientinnen und Patienten immer herausfordernder. Bereits 2017 hat der Weltärztebund eine Neufassung des Genfer Gelöbnisses veröffentlicht, das die moderne Version des hippokratischen Eids ist und ethische Prinzipien zum ärztlichen Handeln zusammenfasst. „Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können“, heißt es unter anderem darin.

Schneller und einfacher zum eHBA

Von der digitalen AU-Bescheinigung über das eRezept bis zur ePatientenakte – viele Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) erfordern einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA). Nach Angaben der Bundesärztekammer sind allerdings erst 38,52 Prozent der Klinikärzt:innen mit der qualifizierten Signaturkarte ausgestattet.

Der eHBA dient als sichere Eintrittskarte in die digitale Welt der Medizin. Mit ihm können sich Ärzt:innen authentifizieren, auf die Versichertenkarten (eGK) ihrer Patient:innen zugreifen sowie vertrauliche Dokumente rechtsverbindlich digital unterzeichnen und verschlüsseln.



Langjährige Expertise

Bereits seit 2004 produziert medesign als zugelassener Vertrauensdiensteanbieter (VDA) elektronische Berufsausweise im Auftrag der Kammern und zählt mit über 120.000 ausgegebenen Karten zu den führenden Anbietern im Gesundheitsmarkt. Die gemeinsame Tochtergesellschaft des Deutschen Gesundheitsnetzes (DGN) und der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer stellt bereits vier verschiedene Heilberufsausweise mit eHBA aus. Hinzu kommen in Kürze Ausweise für nicht-approbierbare Gesundheitsberufe, die das elektronische Gesundheitsberuferegister (eGBR) herausgibt, u. a. für Pflegefachkräfte.

Der eHBA ist ein personengebundener Ausweis, den Ärzt:innen bei ihrer zuständigen Landesärztekammer beantragen müssen. Als Kartenanbieter ist medesign gesetzlich verpflichtet, bei allen Antragsteller:innen eine Identitätsprüfung durchzuführen – i. d. R. per PostIdent. Speziell für den stationären Sektor bietet medesign eine weitere Methode an: das Vertrauensdienste-Ident-Verfahren, kurz VDA-Ident.

Bequeme Vor-Ort-Identifizierung

Dabei übernehmen Klinikmitarbeiter:innen aus der Verwaltung, die von medesign für diese Aufgabe geschult und zertifiziert werden, die Identitätsfeststellung ihrer (beleg-)ärztlichen Kolleg:innen. Das Ident-Formular wird gemeinsam ausgefüllt und

medesign®

medesign GmbH
Herr Steffen Bucksteeg
Richard-Oskar-Mattern-Str. 6
40547 Düsseldorf
Tel: +49 – (0)211 – 77008-166
E-Mail: vertrieb@medesign.de
Web: www.medisign.de, www.ehba.de

direkt mit den Antragsunterlagen an medesign versendet. Eine Siegelprüfung sichert den Prozess zusätzlich ab. Mit dieser bequemen Vor-Ort-Identifizierung entfällt der Weg zur Postfiliale. Die Identitätsprüfung lässt sich einfach zwischendurch im Arbeitsalltag erledigen.

Verschiedene Kliniken und Klinikverbünde setzen VDA-Ident bereits erfolgreich ein, um ihren Mitarbeitenden die Beantragung des eHBA so einfach wie möglich zu machen und den Antragsprozess zu beschleunigen. Nähere Informationen zum Verfahren und zu weiteren Vorteilen für Kliniken erhalten interessierte Einrichtungen bei Steffen Bucksteeg, Klinik-Ansprechpartner von medesign.

Advertorial



Burnout

Chronischer Stress am Arbeitsplatz ist auch unter dem Begriff Burnout bekannt und anerkannt. Beschäftigte im Gesundheitswesen zählen zu einer der am meisten von Burnout gefährdeten Berufsgruppen. Im ICD-11-Katalog wird Burnout als Syndrom definiert, das aus chronischem Stress am Arbeitsplatz hervorgeht, der noch nicht erfolgreich bewältigt wurde. Er gilt als Faktor, der den Gesundheitszustand beeinflusst, aber nicht als Krankheit. Burnout wird durch drei Dimensionen gekennzeichnet: 1. Das Gefühl von Erschöpfung und Energieverlust; 2. Distanzierung zum Beruf oder negative Gefühle beziehungsweise Zynismus gegenüber dem Beruf (oder den Patienten); 3. Verminderte Leistung im Beruf. Symptome von Burnout können unter anderem sozialer Rückzug oder verminderte Emotionskontrolle sein.



Erschöpfungsdepression spielt hier hingegen kaum eine Rolle, weil Betroffene oft weiterarbeiten. Die mittlere Behandlungsdauer liegt in Dießen zwischen sechs bis acht Wochen, wobei Klinikärzte tendenziell häufiger die Therapie suchen. „Bei den Selbstständigen spielt immer das Thema des finanziellen Ausfalls mit. Da ringen wir im Vorfeld oft um die Anzahl der Behandlungswochen, die sie sich selbst zugestehen. Ein weiterer Grund ist, dass es immer eine Vertretung braucht im niedergelassenen Bereich. Und viele haben tatsächlich auch den Anspruch, ihre Patienten nicht so lange allein zu lassen“, begründet das Maxi Braun. Oft melden sich Niedergelassene für die minimale Behandlungszeit von vier Wochen an, verlängern dann aber häufig, weil sie feststellen, wie schwer sie erkrankt sind und dass sie viel aufzuarbeiten haben.

Ökonomisierung und mangelnde Wertschätzung als Ursachen
Bei Ärzten treten verschiedene biografische Themen gehäuft auf, zum Beispiel eine hohe Tendenz, den Fokus auf andere zu richten oder ein hoher Anspruch an die eigene Leistung. Außerdem sind sie eher Emotionsvermeider und wenden oft ähnliche Bewältigungsstrategien an wie Substanzkonsum, exzessives Fernsehschauen oder das Vermeiden von potenziell sozial unangenehmen Situationen. Deshalb bietet sich das gruppenbasierte Therapieprogramm für diese Zielgruppe an, um diese Punkte mit anderen zu diskutieren und Lösungswege zu finden. Viele, die sich in die Behandlung begeben, stellen sich zudem die Frage, wie sie ihre Tätigkeit noch ausüben können. Die Abkehr vom Arztberuf steht häufiger im Raum. „Vielen reicht es wirklich und sie können so nicht mehr weitermachen. Dazu zählt neben der Ökonomisierung des Gesundheitswesens auch die zunehmende mangelnde Wertschätzung seitens der Patient:innen“, gibt Maxi Braun ihren Eindruck wieder.
Um den Arbeitsalltag wieder erträglicher zu gestalten und ressourcenschonender zu bewältigen, sollte daher versucht werden, Achtsamkeit in den Tag zu integrieren. Zum Beispiel im Patientenkontakt achtsam zu sein oder die Mittagspause wirklich regenerativ zu nutzen. Einen Punkt betont Maxi Braun besonders: „Es ist wichtig, damit leben zu lernen, dass man im ärztlichen Alltag vermutlich nur selten alle Aufgaben des Tages abgearbeitet haben wird. Unendlichen Anforderungen stehen letztlich endliche Ressourcen gegenüber.“ Auch ein Arzt ist schließlich nur ein Mensch und kein Halbgott in Weiß.

Umfrage zu Salutogenese

„Wenn ich nicht komme, gibt es keinen Ersatz.“*

Der Arbeitskreis Junge Ärztinnen und Ärzte hat sich in diesem Jahr intensiv mit dem Thema „Salutogenese“ auseinandergesetzt und in diesem Zusammenhang eine Umfrage mit 850 Assistenzärzt:innen durchgeführt. Das Ergebnis dieser Umfrage ist erschreckend: Ärztegesundheit gilt in unserem Gesundheitssystem als nachrangig.

Die Antworten der Umfrageteilnehmer lassen keinen Zweifel zu: Die Befragten sind psychisch und physisch durch den Krankenhausalltag oft überlastet. Dies lässt sich vor allem auf die zu hohe Arbeitsbelastung zurückführen. Gerade einmal zehn Prozent der Umfrageteilnehmenden arbeiten entsprechend ihrem Stellenanteil. Die restlichen 90 Prozent liegen deutlich darüber, obwohl nur etwa 47 Prozent der Befragten der Opt-Out-Regelung zugestimmt haben. Die entstehenden Überstunden werden trotz der gesetzlichen Verpflichtung in 22 Prozent der Fälle nicht erfasst. Dies liegt vor allem daran, dass die Vorgesetzten oftmals die Genehmigung der Stunden verweigern. „Selbstverständlich stehen die Verantwortlichen unter großem ökonomischem Druck, aber solange wir innerhalb der Ärzteschaft nicht geschlossen gegen unsere Ausbeutung vorgehen und uns gegenseitig unterstützen, werden wir nur schwer einen Wandel erwirken können“, ist der Arbeitskreis Junge Ärztinnen und Ärzte überzeugt.

In den Freitextfeldern der Umfrage tauchen unter anderem Sätze wie dieser auf: „Stolze Aussage des Chefs: Meine Angestellten machen keine Pausen.“* Hier braucht es ein Umdenken.

In fast 14 Prozent der Fälle findet kein Ausgleich der tatsächlich dokumentierten Überstunden statt. Bei 6,6 Prozent der Befragten verfallen die Stunden regelmäßig, weil die Dienstpläne keinen Ausgleich zulassen. Über 40 Prozent der Assistenzärzt:innen können sich nicht auf ihre Dienstplanung verlassen. Sie müssen an freien Tagen beispielsweise spontan für ausfallende Kolleg:innen einspringen oder plötzlich Dienste im Anschluss an ihren Arbeitstag übernehmen. Bei über 13 Prozent ist sogar die Urlaubsplanung unzuverlässig. Bei über 95 Prozent der Umfrageteilnehmenden existieren keine Konzepte, um den ungeplanten Dienstausschlag von Kolleg:innen aufzufangen. „Dass die mangelnde Balance zwischen Belastung und Entspannung zu einem Ausbrennen führt, ist nicht verwunderlich. Hier muss dringend nachgebessert werden. Beispielsweise mithilfe von Honorar- oder Zeitarbeitskräften könnten Alternativen entwickelt werden“, fordert der Arbeitskreis.

Eigene Gesundheit wird ignoriert

Dann ließe sich wohlmöglich auch ein gesundheitsfördernder Umgang der Ärzteschaft mit der eigenen Gesundheit etablieren. Über 45 Prozent der Befragten haben keinen Hausarzt oder eine Hausärztin. Sie haben keine Zeit, sich eine Praxis zu suchen oder setzen auf Selbstmedikation. Das fehlende professionelle Monitoring durch Dritte, kann zum Verschleppen oder Übersehen von Krankheiten führen. In der Umfrage gaben fast 40 Prozent an, schon häufig trotz Krankheitsgefühl gearbeitet zu haben, bei über 10 Prozent war dies sogar schon sehr häufig der Fall. Die Befragten begründen dies überwiegend mit ihrem eigenen Pflichtbewusstsein und dem Wunsch, die eigenen Kolleg:innen nicht im Stich zu lassen, damit diesen nicht noch mehr Arbeit entsteht. „Dieses Vorgehen schadet nicht nur dem

Einzelnen, sondern erfordert auch vor dem Hintergrund der morbi- den Patienten, mit denen Ärzt:innen in ihrem Arbeitsalltag zu tun haben, einen Systemwechsel“, heißt es im Arbeitskreis. In der Umfrage geben 66 Prozent an, dass ihre Abteilung praktisch dauerhaft am Limit arbeitet. „[...] Die Politik ‚Hauptsache es stirbt keiner heute‘ sollte nicht gelten, nur weil nicht genug Assistenten vorhanden sind.“*

Über 73 Prozent der Befragten haben das Gefühl, dass ihnen die Freude an der Arbeit verloren geht. Für 87,5 geht das auf die zu hohe Arbeitsbelastung zurück, aber auch die Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem an sich ist ausschlaggebend. Die Befragten haben nach ihrem Empfinden zu wenig Zeit für ihre Patient:innen, kritisieren die geringe Anerkennung für ihre Arbeit und können in der Hektik des Arbeitsalltags ihrem eigenen Anspruch nicht gerecht werden.

Sie fordern eine verlässliche Dienstplanung, ausreichend Personal, geregelte Arbeitszeiten, strengere Arbeitszeitkontrollen, Delegation nicht-ärztlicher Tätigkeiten und kluge Digitalisierung. Außerdem wünschen sie sich einen wertschätzenden Umgang innerhalb des Kollegiums, weniger Bürokratie und die Möglichkeit, einer regelmäßigen Mittagspause entsprechend dem gesetzlichen Anspruch. Dann können sie sich vorstellen, ihre Arbeit in Zukunft wieder zufrieden und langfristig auch gesund ausführen zu können.

* Antworten aus den Freitextfeldern der Umfrage zu Salutogenese des AK V

Ist Ihre Arbeit für Sie körperlich oder psychisch belastend?

