

01. April 2020

Burnout bei Ärzten: Ursachen, Folgen, Maßnahmen

April 2020

Dokumentation von Behandlungsschritten, Terminorganisation, Zusammentragen von Vorbefunden – ökonomische, rechtliche und bürokratische Vorgaben nehmen im Alltag von Ärzten in Kliniken und Praxen eine immer größere Rolle ein. Für die eigentliche Patientenversorgung bleibt trotz steigender Patientenzahlen immer weniger Zeit. Auf einer Konferenz des Berufsverbandes für Gastroenterologie Deutschland (BVG) sprachen Ärzte über den Einsatz der BVGD für bessere Bedingungen im Gesundheitssystem, die besondere Gefährdung von Klinikärzten und jungen Mediziner, das Potential junger Ärzte und Pfleger und wie Zeit- und Kostendruck sowie überbordende Bürokratie abgebaut werden können. Journalmed.de hat für Sie die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst.

Mehr als die Hälfte der Arbeitszeit umfasst Verwaltungs- und Schreibaufgaben

Arbeitsverdichtung, Personalmangel und ökonomische Erwartungen der Klinikbetreiber sind laut einer Mitgliederbefragung des Marburger Bundes aus dem Jahr 2019 die Gründe dafür, dass sich **fast 60% der Ärzte überlastet** fühlen, da sie häufig bis ständig über ihre körperlichen Grenzen gehen müssten. 21% denken sogar über einen Berufswechsel nach. Prof. Dr. Joachim Labenz, Vorstandsvorsitzender des BVGD und Direktor der Klinik für Innere Medizin am Diakonie Klinikum Jung-Stilling in Siegen, macht Zeit- und Kostendruck sowie überbordende Bürokratie als weitere Ursachen dieses Zustands aus. „Wer Medizin studiert und Arzt wird, will kranken Menschen helfen. In der Realität **verbringen viele Ärzte aber mehr als die Hälfte ihrer Arbeitszeit mit Verwaltungs- und Schreibaufgaben**, weil die Kliniken das dafür benötigte Personal aus Kostengründen einsparen mussten.“ Durch die zusätzlichen Aufgaben fehle den Ärzten die Zeit für die persönliche und individuelle Patientenbetreuung, so Labenz. „Viele Ärzte sind durch die immer neuen Aufgaben, irrwitzige Dienstpläne mit wechselnden Schichtdiensten und billigend in Kauf genommene Überstunden bereits nahe an der Belastungsgrenze, manche schon darüber hinaus.“ Der ökonomische Druck auf die Kliniken und damit auch auf die Ärzte beeinflusse zudem bereits die ärztlichen Entscheidungen. „Ärzte erliegen teilweise dem Kostendruck und führen statt der medizinisch gebotenen vielleicht die eher lukrativeren Behandlungen durch.“ Daraus resultiere ein Vertrauensverlust zwischen Patienten und Ärzten, der nach Einschätzung von Labenz die gefährlichste Konsequenz sei.

Abschaffung des G-DRG-Systems

Einen Ausweg aus dieser Situation sieht Labenz in der Abschaffung des Systems der diagnosebezogenen Fallpauschalen, kurz G-DRG-System, nach dem die Krankenhäuser die Kosten stationärer Behandlungen mit den Krankenkassen abrechnen. „**Ökonomische Aspekte dürfen medizinische Entscheidungen nicht beeinflussen**. Denn ärztliche Tätigkeit unter dem Druck der Kosten führt zwangsläufig zu einem Qualitätsverlust.“ Gleichzeitig fordert Labenz, die Weiterbildung junger Ärzte in die Stellenberechnung einzubeziehen und durch die Einführung von Arztuntergrenzen die Zahl der Patienten, die ein Arzt zu betreuen hat, zu begrenzen. Auch müsste in den Kliniken zusätzliches Personal für Dokumentation und Verwaltung eingestellt werden, sodass sich Ärzte wieder auf ihre eigentliche Aufgabe, die Patientenbetreuung, konzentrieren können.

Einsatz der BVGD für bessere Bedingungen im Gesundheitssystem

Labenz sagte: „Unser Gesundheitssystem ist krank, schwer krank. Diese Feststellung bedarf natürlich einer Ursachenklärung, ansonsten ist Hilfe nur schwer möglich, auf eine Spontanheilung sollte man in einer solch kritischen Situation nicht setzen“. Konkret bemängelte Labenz die folgenden 5 Punkte:

1. Sachverständige haben klar und durchaus richtig erkannt, dass wir in Deutschland zu viele Krankenhausbetten vorhalten. Der einfach denkende Mensch würde dann schlicht und einfach eine Schließung der Krankenhausbetten auf den Weg bringen und dies sozial verträglich umsetzen. Dies ist aber aufgrund der politischen Gegebenheiten und Zuständigkeiten nicht so einfach möglich, auch lassen sich damit nur schwerlich Wahlen gewinnen. **Die politisch ergriffenen Maßnahmen sind das DRG-System zur Abrechnung von Krankenhausleistungen, mit dem von Jahr zu Jahr die Schlinge um den Hals der Kliniken enger gezogen wird**, und in letzter Zeit zunehmende Eingriffe in die „Qualitätssicherung“ als Voraussetzung für die finanzielle Erstattung bereits erbrachter Leistungen.
2. Das DRG-System und die Maßnahmen der „Qualitätssicherung“ haben den **ökonomischen Druck auf die Kliniken massiv erhöht**. Dieser wird vielerorts 1:1 auf die medizinischen Leistungserbringer, sprich Ärzte, durchgereicht. Diese sollen nicht nur ihrer Profession perfekt nachgehen – das ist der Anspruch, den jeder Arzt für sich hat und auch die Patienten zu Recht erwarten –, sondern auch jeden Gedanken, jedes Gespräch, jede Anordnung und so weiter minutiös dokumentieren, denn es gilt das Grundprinzip: Nur was dokumentiert wurde, wurde auch gemacht. **Digitalisierung wird nicht zur Arbeitserleichterung eingesetzt, sondern um analoge Prozesse in digitale zu überführen mit der regelhaften Konsequenz von Mehrarbeit**. So ist es beispielsweise Usus, dass Ärzte die Arbeit der Schreibkräfte übernommen haben und ihre Briefe selber schreiben. Darüber hinaus gilt es noch, die stationäre Behandlung zu „optimieren“, das heißt, ein Patient darf nicht zu früh und nicht zu spät entlassen werden, ansonsten hat dies Auswirkungen auf den Erlös und damit die Überlebensfähigkeit der Klinik. Die Konsequenz aus der Ökonomisierung: Viele Ärzte verbringen mehr als die Hälfte ihrer Arbeitszeit vor dem Computer, sie können ihrem eigenen Anspruch, der persönlichen und individuellen Patientenbetreuung, nicht mehr nachkommen, nahezu jeder baut dadurch Frustrationen systematisch auf. Das Ganze wird durch eine allgemeine Unzufriedenheit aller Leistungserbringer und zunehmend auch der Patienten verstärkt. Lob und Wertschätzung werden selten, dringend notwendige Teamarbeit wird durch individuelle Überlebensstrategien ersetzt.
3. Die Politik hat keine realistische Antwort auf die Frage, wer in Zukunft die Leistungen erbringt, die nicht mehr im stationären Bereich erbracht werden dürfen. Dies suggeriert, dass diese Leistungen als überflüssig erachtet werden. Das Überbringen der schlechten Botschaft – für Sie, lieber Patient, ist das Krankenhaus nicht mehr zuständig und ambulant gibt es leider auch keine Möglichkeit, Ihnen angemessen und zeitnah zu helfen – überlässt man natürlich den Ärzten, eine Aufgabe, die mit dem Berufsethos praktisch nicht vereinbar ist.
4. Politisch wurde die Pflege aus dem DRG-System ausgegliedert. Inhaltlich ist eine Besserstellung der Pflege unbedingt zu unterstützen, aber hätte es dafür eines Systembruchs bedurft? Die Konsequenz: Muss ein Klinikträger Kosten einsparen, so wird das fortan in relevantem Umfang nur durch eine Reduktion des Stellenplans im ärztlichen Dienst gelingen, das heißt, die **Arbeitsbedingungen für Ärzte im Klinikbereich werden sich zwangsläufig weiter verschlechtern**. Schon heute sind irrwitzige Dienstpläne und Dienstbelastungen einschließlich billigend in Kauf genommener Überstunden für viele Klinikärzte mit einem zeitgemäßen Familienleben kaum noch vereinbar.
5. Fachärztliche Leistungen werden im ambulanten Bereich weit überwiegend in Praxen oder sogenannten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erbracht. Dieser Bereich ist durch in vielen Bereichen zementierte Sektorengrenzen vom stationären Sektor abgekoppelt. Praxisinhaber sind im Regelfall Unternehmer, die nicht nur für sich, sondern auch für ihre Mitarbeiter und ihre Patienten eine hohe Verantwortung tragen. Leider versagt auch hier das System zunehmend. **Mehrleistungen werden nicht „mehr“ vergütet, sondern sie lassen häufig nur die Unkosten steigen**. Zu allem Überfluss wird zum 1.4.2020 auch noch das Vergütungssystem reformiert, dahingehend, dass fachärztliche Leistungen teilweise in relevantem Umfang abgewertet werden statt eines Inflationsausgleichs für die vergangenen Jahre. Damit wird mancherorts die wirtschaftliche Grundlage einer Praxis gefährdet, zudem der Anreiz für jüngere Kollegen, eine Praxis zu übernehmen, verständlicherweise gesenkt. Unter Berücksichtigung kontinuierlich steigender Anforderungen an apparative und personelle Ausstattung und Dokumentation wird der Druck auf viele Ärzte in diesem Bereich unerträglich. Hinzu kommen zunehmende Probleme der Rekrutierung von Fachpersonal, ohne die eine Praxis nicht adäquat geführt werden kann.

Besondere Gefährdung von Klinikärzten und jungen Medizinern

Dr. Dr. Charles Christian Adarkwah, M.Sc., Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Lehrstuhl für Versorgungsforschung, Siegen, wies auf das besonders hohe Burnout-Risiko für Klinikärzte und junge Mediziner hin.

„Die Arbeitszufriedenheit von Ärzten in Kliniken und Praxen gibt Anlass zur Besorgnis. Wir haben 683 Ärztinnen und Ärzte in Kliniken und Praxen bezüglich ihres Burnout-Risikos und ihrer Arbeitszufriedenheit befragt. Für diese Befragung wurden 2 sehr gut validierte Instrumente, der Work Satisfaction Questionnaire (WSQ), ein spezieller Fragebogen, der die Arbeitszufriedenheit von Ärzten erfasst, und der Maslach Burnout Inventory (MBI) zur Erfassung des Burnout-Risikos, erfasst.“

Tabuthema Burnout

„Bezüglich des Burnout-Risikos ist aus der Literatur bekannt, dass die Thematik gerade unter Medizinern oft tabuisiert wird, weshalb wir uns für eine anonyme Befragung entschieden haben. Wir gehen daher davon aus, dass wir nicht nur bezüglich der Arbeitszufriedenheit, sondern auch bezüglich des Burnout-Risikos bei unserer Stichprobengröße valide und repräsentative Ergebnisse erzielt haben.“

Vor allem jüngere Mediziner und Klinikärzte unzufrieden

„Die jüngst erschienene Umfrage des Marburger Bundes hat gezeigt, dass sich **59% der befragten Mediziner häufig oder gar ständig überlastet fühlen**. Wir haben an unserer Kohorte versucht, die Dimensionen von Arbeitszufriedenheit und Burnout-Risiko weiter zu differenzieren. Wir konnten zeigen, dass vor allem jüngere Ärzte mit ihren Arbeitsbedingungen unzufrieden sind. Diese Gruppe weist auch ein höheres Burnout-Risiko auf, wohingegen ältere Ärzte ihre persönliche Leistungsfähigkeit höher bewerten. In Kliniken – vor allem in größeren – ist die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen im Mittel geringer als in Praxen. **Geringere Zufriedenheitswerte sind primär durch eine hohe Arbeitsbelastung und Arbeitsdichte bedingt**. Wir konnten zeigen, dass das Burnout-Risiko und die Arbeitszufriedenheit sehr stark mit der Position in der Klinik korrelieren. Je höher die Position in der Klinik, desto geringer ist das Burnout-Risiko und desto höher die Arbeitszufriedenheit und vice versa.“

Korrelation Arbeitszufriedenheit und Burnout-Risiko

„Wir konnten feststellen, dass beide Ergebnis-Parameter, Arbeitszufriedenheit und Burnout-Risiko, sehr gut miteinander korrelieren: Die Arbeitszufriedenheit in Bezug auf berufliche Belastung korreliert vor allem mit dem Maß an emotionaler Erschöpfung und die Arbeitszufriedenheit in Hinblick auf Patientenversorgung und die beruflichen Kontakte korreliert mit der persönlichen Leistungsfähigkeit. Somit können aus der Studie zum einen besondere Problemfelder (Tätigkeit in Kliniken, vor allem in größeren) sowie Personengruppen (jüngere Ärzte in nicht leitender Funktion) identifiziert werden, für die nun geeignete Maßnahmen erdacht werden müssen, um das Problem aktiv zu beheben und zu verhindern, dass es zu einer Verschlechterung der Versorgungssituation für Patienten in Deutschland kommt.“

Konsequenzen für die Patientensicherheit

Prof. Dr. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Professur Medizin für Ökonomen, Wiesbaden, zeigte die Folgen für die Sicherheit der Patienten auf:

„Die Medizin an sich ist ein Hochrisikobereich und keine medizinische Maßnahme ist frei von Risiken. Immer komplexere Versorgungsabläufe, zunehmendes Wissen und Spezialisierung ermöglichen heute erfolgreiche Therapien, die noch vor wenigen Jahrzehnten undenkbar waren. Gleichzeitig entstand durch zunehmende Komplexität, technischen Fortschritt und intensiven ökonomischen Wettbewerb zulasten von Patienten und Behandelnden ein Spannungsfeld, das die Patientensicherheit gefährdet!“

Radikaler Wandel

„Mit den sich verändernden Rahmenbedingungen der Medizin hat sich zum einen das Berufsbild der Ärzte in den

letzten Jahrzehnten radikal gewandelt, zum anderen werden Probleme, die schon lange existieren, nun offener angesprochen und zunehmend enttabuisiert: Auch wenn es ein langer Weg ist, sprechen wir im Gesundheitswesen zunehmend offener über Fehler. Fehler, die unbeabsichtigt in der Patientenversorgung passieren, aber Patienten sowie deren Angehörige teilweise massiv schädigen. Wir wissen aus umfangreicher Forschung sehr präzise, wie solche Fehler entstehen. Es ist nicht das pure menschliche Versagen aufgrund mangelnder Intelligenz oder Verantwortungslosigkeit. Es sind **unsichere Handlungen auf dem Boden unsicherer Arbeitsbedingungen, die zu solchen Fehlern führen.**“

Fehler durch Müdigkeit, Stress, Hunger und Burnout

„Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) benennt in ihrem Ausbildungshandbuch Patientensicherheit (WHO 2012) eindeutig die Faktoren, die Fehler in der Medizin begünstigen: Hierzu zählen insbesondere **Müdigkeit, Stress, Hunger, aber auch Krankheiten der Behandelnden wie chronische Erschöpfungszustände und Burnout.** Diese führen in Studien zu höheren Fehlerraten oder sinkender Reaktionsfähigkeit, vergleichbar mit erhöhtem Blutalkoholspiegel. Neben zahlreichen Studien aus anderen Ländern zeigen sich auch für junge Ärzte in Deutschland relevante psychische Belastungen bis hin zu chronischer Erschöpfung und Burnout.“

Instrumente zur Erhöhung der Patientensicherheit

„Es wurden in den letzten Jahren zahlreiche Instrumente entwickelt, um die Patientensicherheit zu erhöhen, beispielsweise die mittlerweile gesetzlich verpflichtenden Checklisten im OP zur Vermeidung einer Patienten- oder Eingriffsverwechslung, die nachweislich vermeidbare Patientenschäden reduzieren können. Dennoch können viele dieser Instrumente ihre volle Wirkung bislang nicht entfalten. Sie können die Patientensicherheit nur dann gewährleisten, wenn wir einen kulturellen Wandel hin zu einer Sicherheitskultur vollziehen.“

Keine unbegrenzte Belastbarkeit

„Ich hatte das Privileg, selbst als Arzt über 8 Jahre Patienten versorgen zu dürfen. Zu dieser Zeit herrschte über Fachgebiete und Gesundheitseinrichtungen hinweg aber die Vorstellung, dass Ärzte nahezu unbegrenzt belastbar seien. Schließlich sei es der Patient, der krank ist, nicht wir. **Sich selbst aber einzugestehen, nicht unbegrenzt belastbar zu sein und Fehler zu machen, ist der erste Schritt zu einer Verbesserung** der Arbeitsbedingungen und damit der Patientensicherheit. Der zweite Schritt ist es, Fehler offen anzusprechen und lösungsorientiert aufzuarbeiten. Nicht die Suche nach einem Schuldigen ist hier zielführend, sondern die Suche nach den systemischen Ursachen, um eine Wiederholung des Fehlers zu vermeiden. Als Drittes ist schließlich die Sicherheitskultur in der Gesundheitseinrichtung entscheidend: Darf ich meine Vorgesetzten auch auf deren Fehler aufmerksam machen, um Schäden abzuwenden, ohne meine eigene Karriere zu gefährden? Darf ich ehrlich und sanktionsfrei sagen, dass ich mich in einer bestimmten Situation überfordert fühle und Unterstützung benötige, ohne von Vorgesetzten oder Kollegen als schwach und ungeeignet angesehen zu werden? **Dieses Verständnis hält langsam Einzug in das Gesundheitswesen,** ist aber noch keine flächendeckende Selbstverständlichkeit.“

Debriefings und Supervision auch in der Somatik

„Die Medizin ist komplex, Arbeitsspitzen und belastende Situationen sind nicht immer zu vermeiden und wir werden darauf trainiert, dies kurzfristig zu ertragen. Umso wichtiger ist es jedoch, diese Ausnahmesituationen nicht als Dauerzustand zu akzeptieren und nach belastenden Situationen auch behandelnden Ärzten Hilfe anzubieten. Aufarbeitung belastender Situationen (Debriefings) und Supervision sind bei therapeutischen Teams in der psychiatrischen Versorgung vielerorts Selbstverständlichkeit, in der somatischen Medizin jedoch noch kein Standard. **Ebenso müssen Behandlungen, die kritisch verlaufen sind, konstruktiv und lösungsorientiert besprochen werden:** Um herauszufinden, ob etwas falsch abgelaufen ist, und wenn ja, wie dies zukünftig verhindert werden kann. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen eignen sich hierzu beispielsweise hervorragend, auch um Ärzte psychisch zu entlasten, ohne dass sie die Situation verdrängen müssen. Ansonsten führen die belastende Arbeitsumgebung und die daraus entstehenden Fehler in eine dramatische Abwärtsspirale: Wir wissen durch zahlreiche Befragungen unter Ärzten und Pflegekräften, dass belastende Arbeitssituationen, beobachtete und selbst gemachte Fehler nicht nur Patienten und Angehörige schädigen, sondern auch die Behandelnden selbst.“

„Second Victim“

„Der amerikanische Arzt Albert Wu prägte dafür den Begriff des „Second Victim“, des zweiten Opfers.. Auch dieses Phänomen ist mittlerweile gut untersucht: In Studien aus dem angloamerikanischen Raum gaben 10-44% aller Befragten an, selbst schon einmal traumatisiert worden zu sein. Auch für Deutschland gibt es aktuelle Zahlen: An der SeViD-I-Studie, durchgeführt von der Hochschule RheinMain und der Charité in Zusammenarbeit mit den Jungen Internisten der DGIM, nahmen über 500 junge Internisten teil. **Mehr als die Hälfte der Befragten berichtete, schon einmal selbst zweites Opfer geworden zu sein, obwohl hier bewusst Berufsanfänger befragt wurden.**

Die Traumatisierung als Second Victim kann vorübergehend sein. Studien zum Verlauf dieses Phänomens zeigen aber in bis zu zwei Dritteln aller Fälle krankhafte Verarbeitungsmechanismen: **Isolation, Schuldgefühle, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, Wiedererleben kritischer Situationen (Flashbacks), Depression, posttraumatische Belastungsstörungen bis hin zur Berufsaufgabe oder gar zum Suizid** sind hier beschrieben. Durch diese Schädigung aber leiden nicht nur die betroffenen Behandelnden, auch zukünftige Patienten werden geschädigt: Einerseits durch defensiv-absichernde Medizin und daraus folgende unnötige Untersuchungen und verzögert gestellte Diagnosen, andererseits aufgrund der permanenten Beschäftigung mit dem Vorfall, der zulasten der Konzentration der Ärzte gehen kann.

Überforderung abschaffen

„Überforderung stellen wir nur ab, indem wir sie abschaffen. Kein Training und kein finanzieller Anreiz, kein Appell an die Berufung, Arzt zu sein, und keine einzelne Checkliste, sondern die Änderung der Rahmenbedingungen und die Entwicklung einer Sicherheitskultur minimieren diese Risiken!

Ärzte gelten unter Kollegen oft als sehr schlechte Patienten, auch weil sie viele Ratschläge, die sie ihren Patienten geben, oft selbst nicht beherzigen. Aber **nur gesunde Ärzte können Patienten sicher behandeln.**

Gesundheitsförderung und Prävention im ärztlichen Bereich müssen deutlich ausgebaut werden, Resilienz der Ärzte für die wirklich unvermeidlichen Beanspruchungen des Berufes gestärkt werden. Dies alles wird aber nur mit dem beschriebenen kulturellen Wandel, weg von einer Kultur der Suche und Bestrafung des „Schuldigen“ hin zu einer Sicherheitskultur, Wirkung entfalten. Wir müssen uns eingestehen, dass Ärzte weder Roboter noch Halbgötter sind, sondern Menschen, die Fehler machen und die durch chronische Belastung wie jeder andere Mensch früher oder später selbst krank werden. Und wir müssen erkennen, dass viele Ärzte durch ihre Arbeit bereits erkrankt sind oder kurz davorstehen.

Nachhaltige menschliche und sichere medizinische Versorgung erreichen wir nur durch humane Arbeitsbedingungen. Sowohl was die Menge der Arbeitslast, die Sinnhaftigkeit der Arbeit, die Sicherheit der Arbeitsabläufe als auch die Arbeitskultur einer Gesundheitseinrichtung angeht. Sichere Arbeitsbedingungen von Ärzten, Pflegekräften und allen anderen Gesundheitsfach- und Heilberufen sind die unabdingbare Grundlage für Patientensicherheit!

Potential junger Ärzte und Pflegekräfte nutzen

Dr. med. Cornelius Weiß, Gründer des Bündnisses Junge Internisten, benannte die Hauptbelastungsfaktoren, die zu Burnout führen können:

- Arbeitsverdichtung und Dokumentation,
- erhöhte Arbeitszeit,
- verbale und körperliche Gewalt seitens der Patienten,
- gefühlte Versorgungsqualität.

Die Folgen dieser übermäßigen Belastung sind:

- Medikamenteneinnahme wegen Arbeitsstress (22% der Ärzte),
- geringe Versorgungsqualität (37%),
- Burnout (56%),

- subjektiv empfunden geringerer Gesundheitszustand (62%).

Weiß sprach sich deshalb für persönliche, strukturierte Weiterbildungsmaßnahmen, eine Verringerung der Arbeitsverdichtung, gesetzlich festgelegte Personalschlüssel sowie weniger ökonomische Einflussnahme auf fachliche Entscheidungen aus.

Zeitdruck, Kostendruck und Bürokratie abbauen

Zeitdruck

„Gute ärztliche Arbeit erfordert in vielen Disziplinen, speziell auch im Bereich der Inneren Medizin mit ihren Subdisziplinen, Empathie, Zuhören, Analysieren und Recherchieren. Dies mündet dann in einer Diagnose, deren Richtigkeit im Verlauf der Therapie stetig überprüft, die Behandlung überwacht und angepasst werden muss. Dies alles erfolgt unter Berücksichtigung konsentierter Handlungsempfehlungen (Leitlinien) und juristischer Leitplanken, zudem muss in jedem Einzelfall berücksichtigt werden, ob die ergriffenen oder zu ergreifenden Maßnahmen auch tatsächlich von den Kostenträgern bezahlt werden. **Diese Aneinanderreihung von Prozessen bedarf Zeit; Zeit ist in gewissem Umfang auch mit Qualität gleichzusetzen.** Vor diesem Hintergrund klingen die Arztminuten, die im DRG-System für die Leistungserbringung fallbezogen hinterlegt sind, und die Fallzahlen, die im ambulanten Bereich behandelt werden müssen, wie ein Hohn. Erfahrung hilft, Zeit einzusparen, Erfahrung kann man aber nur im Laufe der Weiterbildung erwerben. Das System sieht aber keine Weiterbildung beziehungsweise deren Honorierung vor – Arztminute ist gleich Arztminute. In der Quintessenz hinkt die Weiterbildung des dringend benötigten Nachwuchses dem eigentlich Notwendigen weit hinterher, die Konsequenzen hierfür werden wir in einigen Jahren sehen und erleiden.“

Kostendruck

„**Ärztliche Tätigkeit unter dem Diktat der Kosten führt zwangsläufig zu Qualitätsverlust.** Es ist menschlich verständlich, dass der einzelne Arzt irgendwann dem Kostendruck erliegt, das heißt, die Ökonomie greift in ärztliche Entscheidungsprozesse ein mit der Konsequenz, dass medizinisch wichtige Dinge vielleicht nicht erbracht und dafür lukrative Dinge unnötigerweise durchgeführt werden. Die gefährlichste Konsequenz: Vertrauensverlust!

Überbordende Bürokratie

„Dies ist auch in der Medizin ein riesiges Problem, da es personelle Ressourcen verschlingt, die dann für die wirklich wichtigen Dinge nicht mehr zur Verfügung stehen. Ich selbst bin seit über 35 Jahren in der Krankenhausmedizin tätig. Von Jahr zu Jahr ist der Bürokratieaufwand gestiegen. Wir müssen uns in alle Richtungen absichern, da zum Beispiel auch ein 30-Sekunden-Telefonat unter Kollegen nach Jahren als Konsil ausgelegt wird und haftungsrechtliche Konsequenzen nach sich zieht. Patienten müssen vollumfassend mündlich und schriftlich über auch die seltenste Komplikation aufgeklärt werden, was bei kleinen Routineeingriffen zu einem großen bürokratischen Aufwand führt. Krankenkassen prüfen eine große Zahl von stationären Behandlungsfällen in Hinblick auf ihre Notwendigkeit. Hier entscheidet oft allein die Dokumentation über Wohl und Wehe, das heißt über Kostenerstattung, Abschläge und neuerdings auch Strafen. Hinzu kommen im Klinikbereich neben der Dokumentation das Anmelden und Organisieren von Terminen, das Besorgen von Vorbefunden und anderen Unterlagen, die Koordinierung flankierender Maßnahmen und eine Vielzahl von Telefonaten.“

In den Kliniken: Medizin vor Ökonomie

„Medizinische Entscheidungen müssen unabhängig von ökonomischen Überlegungen getroffen werden, und ökonomische Aspekte dürfen nicht medizinische Entscheidungen beeinflussen.

Ärzte sollen ärztliche Tätigkeiten ausüben, arztfremde (bürokratische) Tätigkeiten sollten von anderen Berufsgruppen übernommen werden. Dies kann zum Teil durch sinnvolle digitale Unterstützung erfolgen. Die Weiterbildung muss in der Stellenberechnung berücksichtigt werden – sowohl bei Weiterbildern als auch bei den Weiterzubildenden.

Analog zur Pflege soll eine Untergrenze für den ärztlichen Dienst eingeführt werden, das heißt, die Anzahl der zu betreuenden Patienten sollte auf ein sinnvolles Maß begrenzt werden. Dieser Eingriff wäre dann gleichzusetzen mit der Abschaffung des DRG-Systems.

Es braucht eine klare Festlegung, welche Leistungen ambulant und welche stationär zu erbringen sind.

Kapazitäten für die ambulante Leistungserbringung müssen dabei im Vorfeld geschaffen werden, hier genügt es nicht, festzustellen, dass eine Leistung prinzipiell ambulant erbracht werden könnte, und dabei auszublenden, dass es gar kein entsprechendes ambulantes Angebot gibt. Hierzu bedarf es neuer Formen der Vergütung. Das DRG-System in der Klinik und der EBM im ambulanten Bereich sind in ihrer aktuellen Form nicht geeignet, die Leistungen kostendeckend abzubilden, die bisher stationär erbracht werden und in Zukunft ambulant erbracht werden sollen.

Die Tätigkeit im ambulanten selbstständigen Bereich beginnt in der Regel mit einer großen Investition.

Innovationen und zusätzliche Anforderungen an die Leistungserbringer (zum Beispiel Hygiene, Sedierung) führen zu zusätzlichen Kosten, die oftmals nicht vergütet werden. **Die Zahl der betreuten beziehungsweise behandelten Patienten ist im internationalen Vergleich schon jetzt hoch,** das heißt, neue

Kapazitätsberechnungen müssen erfolgen, um eine adäquate Patientenbetreuung in der Zukunft gewährleisten zu können.