

III Arbeitsbelastung

Über die Grenze hinaus

Arbeitsverdichtung und Bürokratie befördern Fluktuation und Teilzeitarbeit

Von Jörg Ziegler

Deutschlandweit breitet sich die Omikron-Welle rasant aus. Tagtäglich erreicht die Inzidenz neue Höchstwerte. Dieser Trend zeigt sich allerdings noch nicht auf den Intensivstationen. Dennoch ist die Ärzteschaft dort teilweise enorm belastet. Dabei stellt die Corona-Pandemie nur das i-Tüpfelchen dar, wie ein Beispiel aus Berlin zeigt.



Foto: farnvelman - stock.adobe.com

Dr. Sarah Kamel und Dr. Dr. Tim Arnold sind frustriert. Ihre Frustration ist begründet in den Arbeitsbedingungen, die sich nach dem Dafürhalten der beiden Fachärzte für Innere Medizin, Intensivmedizin und Notfallmedizin seit Jahren verschlechtert haben. „Wir arbeiten in der Intensivmedizin schon sehr lange am Limit“, betont Arnold im Online-Gespräch mit der MBZ. Kamel nickt zustimmend. Beide sind an der Charité in Berlin tätig. Sie sehen abgepannt aus.

Die Corona-Pandemie habe die ohnehin schon schwierige Situation weiter zugespitzt und das Fass zum Überlaufen gebracht.

Ende Januar warnt das Robert Koch-Institut mit Blick auf die Lage auf den Intensivstationen in Deutschland: „Obwohl die Belegungszahlen zurzeit noch rückläufig sind, kann es weiterhin zu regionalen Kapazitätssengpässen im intensivmedizinischen Bereich kommen.“ In Hotspot-Regionen wie Berlin, Bremen und Hamburg, aber auch im Saarland und Sachsen-Anhalt sind die Intensivstationen voll.

Seit März 2020 sind laut Kamel und Arnold wegen der pandemischen Ausnahme-situation Intensivpflege wie Ärztinnen und Ärzte extrem belastet und sehen sich mit schwersten physischen und psychischen Arbeitsbedingungen konfrontiert. Sie kritisierten jedoch die Zustände an sich, die durch SARS-CoV-2 nun überdeutlich zu Tage treten. „Wir beginnen unsere Dienste mit der Überlegung: Wie viele Patienten kann ich in meinem Schockraum versorgen“, so Arnold. Denn im Gegensatz zur Zeit vor 15 Jahren, als er seine Arbeit in der Intensivmedizin an der Berliner Charité begonnen hat, fehle es „eigentlich immer an Puffer-Kapazitäten“. Schuld ist nicht zuletzt die immense Arbeitsverdichtung bei zunehmender Komplexität einzelner Patienten gepaart mit einem enormen bürokratischen Aufwand.

Aus Kamels Sicht wirkt sich dies spürbar aus: mehr Krankmeldung und steigende Krankheitstage. Als viel problematischer erachtet sie jedoch die mittlerweile hohe Fluktuation in

ihrem Bereich. „Kolleginnen und Kollegen gehen, weil die Bedingungen einfach nicht mehr attraktiv sind.“ Dadurch gehe unheimlich viel Expertise verloren, weil die Kollegen den Weg in die Niederlassung oder „die freie Wirtschaft“ wählten, ergänzt Arnold. Andere suchten ihr Heil in der Teilzeit und fehlten somit ebenfalls, wenn gleich nicht komplett.

Dass es um die Attraktivität des ärztlichen Arbeitsplatzes im Krankenhaus

Schwerste physischen und psychischen Arbeitsbedingungen

in Deutschland schlecht bestellt ist, zeigt eine aktuelle Umfrage des Marburger Bundes Hessen unter seinen Mitgliedern (s. S. 11). Danach planen mehr als 36 Prozent der etwas mehr als 1.000 Teilnehmer die „Flucht in die Teilzeit“, 33 Prozent gedenken sogar den Arbeitsplatz Krankenhaus ganz zu verlassen. Vorrangige Begründung: zu hohe Arbeitsbelastung. Dies gilt wohlgerne über die Intensivmedizin hinaus für alle klinischen Bereiche.

Verglichen mit der bundesweiten Mitgliederbefragung MB-Monitor vor zwei Jahren (<https://bit.ly/3gcdxfex>) ist das Ergebnis alarmierend. Denn es zeigt eine signifikante Steigerung. Noch 2019 dachte jeder fünfte Klinikarzt (21 Prozent) über einen Berufswechsel nach – wegen Überstunden, fehlenden Personals und zunehmenden Zeitdrucks sowie ständig zunehmender Verwaltungstätigkeiten. Rund drei Viertel der Befragten (74 Prozent) sahen sich durch die Gestaltung der Arbeitszeiten in ihrer Gesundheit beeinträchtigt, etwa in Form von Schlafstörungen und häufiger Müdigkeit.

Sicher. Die Ergebnisse lassen sich nicht eins zu eins vergleichen. Aber Kamel und Arnold, die beide nachdrücklich betonen, ihre Arbeit in der Intensivmedizin zu lieben, stoßen ins selbe Horn. Sollte sich an den Bedingungen nicht nachhaltig etwas ändern, hegen auch sie mit Blick auf die eigene Gesundheit große Zweifel, ihre Tätigkeit dauerhaft ausüben zu können.

Und was tun die Arbeitgeber? Sie verhalten sich besonders perfide und bauen quasi durch die Hintertür Arztstellen ab, wie die Umfrage aus Hessen zeigt und der MB seit geraumer Zeit aus vielen Teilen Deutschlands hört. In Zeiten einer Pandemie besetzen sie offene Stellen einfach nicht nach. Für den MB-Landesverband ist klar: „Mit Stellenabbau und unattraktiven Arbeitsbedingungen wiederholen Hessens Krankenhäuser im ärztlichen

Bereich die Fehler, die zum aktuellen Pflege-mangel geführt haben.“

Der gezielte Abbau im Bereich der Pflege im Bereich der Pflege über Jahre hinweg ist in den Häusern spürbar – vor allem in der Pandemie. „Schon bei kleinen Ausfällen wird es notwendig, die Bettenzahlen auf der Normalstation zurückzuschrauben – mit Auswirkungen wiederum auf die neurologische Notaufnahme“, schildert Prof. Marcus Unger, Oberarzt der Neurologische Klinik am Universitätsklinikum des Saarlandes. Noch zeigen sich hier keine Auswirkungen der Omikron-Welle. Ob es dabei bleibt, vermag Unger nicht einzuschätzen. Noch sieht er keine Anzeichen einer Zunahme. Allerdings kämen schon in pandemiefreien Zeiten meistens mehr Patienten in die neurologische Notaufnahme (die dann auch stationär aufgenommen werden müssen), als Betten zur Verfügung stünden. Das Missverhältnis habe sich aktuell durch Corona-Ausfälle in der Pflege noch verstärkt, weil Betten dadurch nicht genutzt werden konnten, ohne dass dies bislang dramatische Auswirkungen nach sich gezogen habe.

Angesprochen auf den Verwaltungsaufwand auf Normalstationen sieht Unger kaum Veränderungen zu Vor-Corona-Zeiten. „Ansonsten ist es aber ein Riesenthema“, betont er. „Ich denke, dass ein Großteil der Arbeit, die insbesondere von Ärzten in der Weiterbildung erbracht wird, eigentlich keine originäre ärztliche Tätigkeit ist.“ Seiner Einschätzung nach führt dies zu starker Frustration, weil ehre Auf-

gaben erledigt werden müssen, die keine ärztlichen sind.

Noch drastischer formuliert es Dr. Arnold von der Charité für seinen Bereich: „Wir leisten uns in diesem System die Arroganz, Leute, die sechs Jahre lang studiert haben und gerade ihre Weiterbildung auf einer Intensivstation absolvieren, abrechnungsrelevante Scores zu erheben, für die man keinerlei ärztliche Expertise benötigt.“ Viele Ärzte haben inzwischen den Eindruck, dass im Krankenhaus das Geld wichtiger ist als das Wohlbefinden der Patienten, was wiederum die Umfrage aus Hessen zeigt. Demnach legt nach Einschätzung des weit überwiegenden Teils der Befragten ihre Klinikleitung am meisten Wert auf die wirtschaftliche Situation des Hauses; lediglich rund 16 Prozent sehen dies bei der guten medizinischen Versorgung der Patienten.

Das gilt es aus Sicht von Kamel und Arnold zu ändern – und zwar rasch. Daher machen sie gemeinsam mit weiteren intensivmedizinischen Kolleginnen und Kollegen unter www.intensiv-am-limit.de auf die angespannte Situation aufmerksam: „Nach 20 Monaten intensivmedizinischer Spitzenleistung an der Belastungsgrenze sind wir Intensivmediziner und Intensivmedizinerinnen erschöpft, frustriert – schlichtweg über die Grenzen unserer Belastbarkeit gebracht.“ Jedes

Ein Drittel der Ärzte will raus aus dem Krankenhaus

Teammitglied, ärztlich und pflegerisch, arbeite an der absoluten körperlichen und psychischen Belastungsgrenze. Die Mediziner fordern eine Neuanpassung der Arbeitszeiten. Der MB befürwortet dieses Anliegen ebenso wie bundesweit mehr als 3.300 Unterstützer. Daher sind Kamel und Arnold auch sicher: „Die angepregarten Arbeitsbedingung sind nicht von einzelnen Arbeitgebern oder den Krankenhaukonzernen abhängig“, sondern existierten betrieberunabhängig berlin-beziehungsweise deutschlandweit.

Der Marburger Bund seinerseits arbeitet seit Jahren in all seinen Tarifbereichen an der Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Klinikärzte. In der aktuellen Tarifauseinandersetzung mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände will er Krankenhäuser unter anderem stärker in die Pflicht nehmen, Grenzen für Dienste außerhalb der Regelarbeitszeit einzuhalten. Dadurch soll erreicht werden, dass zustehende Ruhezeiten auch tatsächlich gewährt werden und Überschreitungen von Höchstgrenzen nur im Notfall möglich sind.

Dafür sehen die kommunalen Arbeitgeber jedoch keine Notwendigkeit. Im Gegenteil. In der jüngsten Verhandlungsrunde Mitte Dezember haben sie ein Angebot vorgelegt, das jegliche Wertschätzung für die Leistungen ihrer Ärztinnen und Ärzte vermissen lässt – es sieht Mehrbelastung und Gehaltsverzicht vor (siehe auch Seite 1 und 5).

Davon sind weder Kamel und Arnold in Berlin noch Unger in Homburg betroffen, weil sie anderen Tarifverträgen unterliegen (TV-Ärzte Charité mit dem Land Berlin beziehungsweise TV-Ärzte mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder). Allerdings stehen auch bei ihnen noch in diesem Jahr Verhandlungen an, bei denen der MB nachdrücklich Verbesserungen bezüglich der Arbeitsbelastung anstrebt.

In Zusammenhang mit der Arbeitsbelastung in der Pandemie bringen zudem die Pläne zur vieldiskutierten Corona-Bonuszahlung viele Ärzte auf den Plan, weil sie als einzige Berufsgruppe im Krankenhaus explizit ausgeschlossen werden sollen. Der MB kritisiert nachdrücklich den geplanten Ausschluss. Gesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach will den Bonus gar auf wenige Pflegekräfte konzentrieren.

Wertschätzung sieht anders aus.

! Weitere Infos
<https://intensiv-am-limit.de/>

ziegler@marburger-bund.de