



Mit diesem Artikel solidarisieren sich:

*die Oberärzte des Zentrums für Innere Medizin:*

Heinrich Becker, Christian Brilla, Horst Ebel, Christian Görg, Wolfram  
Grimm, Matthias Herzum, Ulrich Kaiser, Martin Katschinski, Ulrich  
Köhler, Uwe Kuhlmann, Annegret Neraal, Gerd Richter, Jürgen Schneider,  
Babette Simon, Ulrich Wagner,

*die Direktoren:*

Harald Lange, Wolfram Schüffel.

Eingereicht und akzeptiert in der zweiten Märzwoche 2001,  
veröffentlicht am 4. 5. 2001 im **Deutschen Ärzteblatt**  
(Heft Nr. 18, Internet: [www. aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de))

Die gefährlichste Illusion, die ein Mensch überhaupt haben kann,  
ist die Illusion seiner eigenen Ohnmacht.  
Denn wenn man erst glaubt, man sei machtlos,  
dann ist man es auch.

Joseph Weizenbaum

### **Primat der „Wirtschaftlichkeit“**

Im Zuge der Einführung marktwirtschaftlicher Kriterien im Krankenhaus finden Veränderungen statt, die die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsklima an den Kliniken stark beeinträchtigen. Die universitären Klinikzentren haben sich in kleinere Abteilungen aufgespalten, die wirtschaftlich selbstständig geworden sind. Was als zunehmende Freiheit, Flexibilität und Gestaltungsmöglichkeit gepriesen wurde (13), erweist sich jedoch aufgrund der „medizinischen Produktionsvorgaben“ und der äußerst knappen Bemessung des Budgets als irreführend. Höhere Effektivität bei niedrigeren Kosten zwingen jede Abteilung zunehmend Drittmittel zu aquirieren, um die Patientenversorgung noch zu gewährleisten. Ärztliches Handeln wird mehr und mehr durch einseitige wirtschaftliche Vorgaben gesteuert und reduziert sich zu einer ökonomischen Ressource. Einen guten Mitarbeiter – für Wirtschaftsmanager in den Kliniken das neue „Marktsubjekt“ im sich formierenden „medizinisch-industriellen Komplex“ (1) - erkennt man an der Höhe seiner „Drittmittelinwerbungen“.

Im Mittelpunkt des Interesses von Verwaltung und auch ärztlicher Leitung steht notgedrungen nur noch das wirtschaftliche Überleben der Abteilungen (gemessen an ihrem „positiven Ertragsdelta“). Aus den USA schwappen Begriffe herüber wie „downsizing“, „outsourcing“, „reengineering“, „lean management“ oder „redundants“ (13). Die geforderten Sparmaßnahmen haben in vielen Kliniken und Krankenhäusern zu einer deutlichen Senkung der Lohnkosten durch Stellenabbau, untertarifliche Bezahlung und Nichtbezahlen von Überstunden bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit der Ärzte bis zu 80 Stunden geführt.

### **Technik und Fortschrittsglaube**

Ein weiterer Faktor, der ärztliche Arbeitsbedingungen stark verändert hat, ist die zunehmende Technisierung der Medizin. Neu entwickelte medizintechnische Geräte, deren Zahl in den letzten Jahren ständig zugenommen hat, bestimmen den klinikinternen Handlungsablauf. Die mediale Vernetzung der Kliniken ist nahezu abgeschlossen. Technische Möglichkeiten in Diagnostik, Therapie und Organisation, gepaart mit ökonomischem Druck, führen zu einer „Beschleunigung der Zeitabläufe“ (10) besonders im stationären Klinikbereich. Ein Beispiel sind die immer kürzeren Liegezeiten der Patienten, die – hastig „durchdiagnostiziert“ – bei hohem Belegungsdruck oftmals vorzeitig und lediglich „anbehandelt“ entlassen werden.

Im Hintergrund dieser technikfreundlichen Entwicklung (7) steht der ungebrochene, wütend-optimistische Fortschrittsglaube, dass wir Menschen ungehemmt die Welt mit wissenschaftlich-technischen Methoden zur „besten aller Welten“ verändern könnten (10). Bezogen auf die Medizin heißt dies, der Illusion nachzuhängen, dass „Gesundheit und Heilung durch Konsum der laufend verbesserten chemischen und technischen Mittel machbar würde“ (9).

### **Wo bleibt die Menschlichkeit?**

Wir nennen uns Humanmediziner, wir sollen und wollen human mit den Patienten umgehen. Der „menschliche“ Arzt sollte freundlich und einfühlsam sein. Wo bleiben jedoch die für Arzt und Patient notwendigen menschlichen Rahmenbedingungen, wenn in den Krankenhäusern, wie überall in der Gesellschaft, zunehmend nur das „Zweckhafte“, „Nützliche“ und „Wirtschaftliche“ wertgeschätzt wird und die einzige ernsthafte Kommunikation nur in der Sprache der Technik, Wissenschaft oder Ökonomie erfolgt? Eine einseitige Internalisierung dieser Denksysteme wird auf längere Zeit auch bei den Ärzten jegliche Wahrnehmung von anderen Werten zerstören (6,14).

### **Die junge Ärztin, der junge Arzt, das schwächste Glied in der ärztlichen Hierarchie**

#### **Familienfeindliche Arbeitsverhältnisse**

Die einzelnen Entwicklungen bringen für den Arzt einschneidende Veränderungen mit sich. Arbeitsverträge für junge Ärztinnen und Ärzte werden häufig nur noch für Monate oder ein Jahr abgeschlossen. Diese zunehmende Vertragswillkür durch Chefärzte und Verwaltungsleiter stellt einen Missbrauch ihrer Macht dar und löst bei den jungen Kollegen große Unsicherheit über ihre Zukunft aus. Sie leben gleichsam in der Zeitdimension der „fortgesetzten Augenblicklichkeit“ (13). Die Sorge um den Arbeitsplatz erzeugt ein Gefühl der ständigen Verletzlichkeit und ist sehr familienfeindlich (11).

Trotz gesetzlicher Arbeitsvorschriften werden die gesetzwidrigen Praktiken mit übermäßig hohen Wochenarbeitszeiten erwartet. Nacht- und Wochenenddienste bewirken eine Deregulierung der Arbeitszeit (13) ganz nach dem Motto: Der Arzt hat jederzeit verfügbar zu sein. Die vielen unbezahlten Überstunden treffen besonders das schwächste Glied in der ärztlichen Hierarchie, den jungen Assistenzarzt, der mit einem sich ständig verringernden Anfangsgehalt eine Familie ernähren muss.

So ist es nicht verwunderlich, dass viele junge Ärzte nach dem Studium ins Ausland abwandern. Ein zukünftiger Ärztemangel in Deutschland wird damit vorprogrammiert.

#### **Ärztliche Fähigkeiten vergeudet**

Nicht nur durch den Stellenabbau hat sich die Arbeitsbelastung des Arztes deutlich erhöht. Neben Krankenversorgung, Lehre und Forschung werden ihm zunehmend administrative Tätigkeiten abverlangt, die in einer unangemessenen Art und Weise ärztliche Fähigkeiten und Arbeitszeit vergeuden. Schreibdienstleistungen, wie zum Beispiel das schriftliche Erfassen von Arztbriefen und Befunden, werden immer mehr in den ärztlichen Aufgabenbereich verlagert. Auch die Implementierung neuer Abrechnungs- und Finanzierungssysteme (DRG), bei denen der kranke Mensch zu einem „Summationsfaktor von Diagnosen und therapeutischen Maßnahmen mit entsprechendem Marktwert“ umfunktioniert wird, soll überwiegend von ärztlichen Mitarbeitern durchgeführt werden und verlagert deren Arbeitskraft in das Feld der Betriebswirtschaft.

### **Auf Station allein gelassen**

So wichtig klinische Forschung auch ist: Als „Eintrittsberechtigung“ in den universitären Klinikbetrieb setzt sie den jungen Arzt – oft über Drittmittel finanziert – unter einen immensen Druck. Er erfährt seine ersten Bewährungs- und Erfolgserlebnisse auf Station unter dem Damoklesschwert, dass nur gleichzeitiger exzellenter „wissenschaftlicher Output“ eine Vertragsverlängerung erhoffen lässt. Erschwerend kommt hinzu, dass er gerade bei seinen ersten Erfahrungen mit Schwerkranken und Sterbenden auf Station oft allein gelassen wird und das Erlebte in einer „kommunikativen Isolation“ (8) verarbeiten muss. Die etwas älteren und erfahreneren Kolleginnen und Kollegen werden häufig sehr schnell von Station abgezogen, um in der Bedienung der immer zahlreicher werdenden apparatetechnischen Geräte und Methoden unterwiesen zu werden. Ihr primäres Arbeitsfeld verlagert sich dadurch mehr und mehr in die Funktionsbereiche und Labors.

### **Laptop am Krankenbett**

Die Technisierung und mediale Vernetzung des Medizinbetriebes (7) hat auch auf den Klinikstationen – die „computerisierte Visite“ als Zukunftsvision steht bevor – nicht haltgemacht. Sie drängt sich nun auch hier wie eine „notwendige Autorität“ zwischen Arzt und Patient und übernimmt die Regie für den Umgang miteinander. Dieser zunehmend dominierende Einfluss der Computer- und Apparatedizin provoziert hierbei (nach Horst-Eberhard Richter), besonders bei den noch sehr prägsamen jungen Ärztinnen und Ärzten, eine „paradoxe Einfühlung“ in die Welt der Technik: „Es findet eine geistige Anpassung an das Technische statt, die ‚Selbstverwandlung‘ in eine ähnlich messende, rechnende, mechanische Nüchternheit, in welcher die computermäßigen Apparate arbeiten“ (9).

### **Organ(izer)mediziner**

Aufgrund dieser Veränderungen reduziert sich die Medizin, die heute mehr denn je einer ganzheitlichen Sichtweise bedarf (9), zunehmend zu einer technisierten, ökonomisch optimierten, in der der Arzt zum Organ(izer)mediziner umfunktioniert wird (8). Wo bleibt die Zeit – und demnächst auch die Fähigkeit - für das Gespräch am Krankenbett? Empathie, menschliche Wärme und Fürsorge für den Kranken (5) werden ersetzt durch einen möglichst reibungslosen „Service an einem Dienstleistungskunden“.

Diese Faktoren, zunehmende Arbeitsverdichtung, strukturelle Überstunden sowie die Vertragswillkür erzeugen einen wachsenden Konkurrenzdruck unter den Mitarbeitern. Ehrliche Konfliktbewältigung und konstruktive Konfrontation werden von den Vorgesetzten als mangelnde Kooperationsbereitschaft interpretiert und nicht mehr gewagt. Es entsteht – noch gefördert durch die weiterhin bestehende ausgeprägte hierarchische Klinikstruktur - immer mehr ein angepasstes, konformistisches Verhalten und Auftreten, auch im Sinne eines „vorausseilenden Gehorsams“. Solche „Masken der Kooperation und der Loyalität“ (13) verhindern oft jedes offene, ehrliche Gespräch und bereiten so den Nährboden für „Mobbing“ im Krankenhaus (4).

## Problemlösungen

### **Menschliche Arbeitsverhältnisse –leistungsgerechte Entlohnung**

Die Arbeitsbelastung mit einer Vielzahl von Überstunden und Wochenenddiensten muss reduziert werden. So wie jede Arbeiterin und jeder Arbeiter haben auch die Ärzte einen Anspruch auf die Einhaltung einer wöchentlichen Höchstarbeitszeit. Nach der EU-Arbeitsrichtlinie beträgt diese 48 Stunden. Der Europäische Gerichtshof hat mit seinem Urteil vom 3. Oktober 2000 festgelegt, dass die ärztlichen Bereitschaftsdienste auf die Wochenarbeitszeit anzurechnen sind.

Um menschliche Arbeitsverhältnisse zu ermöglichen, sollten Arbeitsverträge unter zwei Jahren, insbesondere bei Berufsanfängern, nicht mehr erlaubt werden. Vonseiten der Abteilungsleiter wäre zudem zu gewährleisten, dass Ärzte im ersten Jahr der Weiterbildung ausschließlich für klinische Tätigkeiten zur Verfügung stehen. Nur ohne Doppel- bzw. Mehrfachbelastung sowie unter Anleitung erfahrener Ärztinnen und Ärzte kann der junge Arzt langsam und kontinuierlich in die Arztrolle hineinwachsen.

Die tatsächlich geleistete Arbeitszeit im medizinischen Bereich muss wie in der freien Wirtschaft auch Grundlage der Entlohnung werden. Die erzwungenen Gratisüberstunden, Leihgaben an die Arbeitgeber, dürfen kein Dauergeschenk werden. Die Bundesärztekammer fordert zu Recht im Jahr 2001 die Einbeziehung der tatsächlich geleisteten Arbeitszeit als Bemessungsgrundlage, wenn für den 2003 anstehenden „Systemwechsel“ die Kosten für die einzelnen medizinischen Maßnahmen ermittelt werden. Um gesetzeskonforme Arbeitsverhältnisse zu gewährleisten, müssten folglich 15000 Klinikärzte bundesweit zusätzlich eingestellt werden. Vor diesem Hintergrund sind die zahlreichen Warnstreiks der letzten Zeit berechtigt und für die Bevölkerung verständlich.

### **Illusion ärztlicher Omnipotenz**

Das Gejammere über Impact-Faktoren und den schlechten wissenschaftlichen Output deutscher Universitäten im europäischen oder internationalen Vergleich ist unter den geltenden strukturellen Bedingungen kaum noch zu ertragen. Auch an deutschen Universitätskliniken wird man allmählich erkennen müssen, dass die Omnipotenz des Arztes eine Illusion ist. Am System der Verknüpfung von Krankenversorgung, Lehre, Forschung und Wissenschaft muss eine strukturelle Veränderung vorgenommen werden. Der junge Arzt ist überfordert, er kann nicht parallel für Klinik, Lehre, Administration und Wissenschaft zuständig sein. Niemand wird bestreiten, dass wir in den Kliniken hochmotivierte Ärztinnen und Ärzte haben; aber das derzeit praktizierte System zermürbt zwangsläufig. Im Alltag der Klinik muss deshalb eine organisatorische Trennung der Disziplinen in Krankenversorgung/Lehre einerseits und Forschung andererseits als grundlegende Verbesserung der klinischen Gesamtsituation gefordert werden. Die „Wissenschaft“ sollte innerhalb der Kliniken zu einer „hauptamtlichen Tätigkeit mit eigenem Budget“ (2) werden, das nach leistungsbezogenen Kriterien verteilt wird. Entsprechende Anreize (zum Beispiel Doktorandenschulen, fachübergreifende Forschungsschwerpunkte) könnten den Weg der klinischen Forschung für den wissenschaftlichen Nachwuchs attraktiver machen (2).

So haben die Universitäten Tübingen und Heidelberg vor einigen Jahren für junge nur wissenschaftlich forschende Mediziner den neuen Titel „Dr. sc. hum.“ („scientiae humanae“) eingeführt.

In diesem Zusammenhang fordert Prof. Dr. Ernst-Ludwig Winnacker, Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft, weiter, dass auch auf der Leitungsebene diese Trennung zwischen Klinik und Forschung durchgeführt werden sollte: „Wir müssen von dem Gedanken abkommen, dass Klinikchefs für die gesamte Breite ihres Faches kompetent sein müssen“ (2).

### **Fair und respektvoll**

Die „Entlastung“ der ärztlichen Klinikleitung von der Verantwortung für die Forschungsbereiche ihrer Abteilungen muss jedoch mit einer höheren Erwartung hinsichtlich sozialer Kompetenz einhergehen: Die „Qualität“ der Abteilungsleiter/ Direktoren sollte künftig deshalb nicht an ihrer Impact-Faktorenliste abgelesen werden, sondern - neben klinischer Fähigkeiten - auch und gerade an menschlicher Größe, Verantwortungsbewusstsein und Fürsorge gegenüber den Mitarbeitern (4). Der menschliche Umgang mit dem medizinischen Nachwuchs ist für das Arbeitsklima einer jeden Abteilung von elementarer Bedeutung und ein Spiegelbild der Persönlichkeit des leitenden Arztes. Es sollte das Bestreben jedes Klinikleiters sein, Strukturen in seiner Abteilung zu schaffen, die Teamfähigkeit und Bereitschaft zur Kooperation fördern und den jungen Ärztinnen und Ärzten in angstfreier Atmosphäre das Gefühl von Anerkennung und Wertschätzung vermitteln (4). Das heißt jedoch nicht, dass Disput und offene Auseinandersetzung zugunsten oberflächlicher Harmonie außen vor bleiben sollen. Als realistische Basis für vertrauensvolle Bindungen innerhalb eines Arbeitsteams sind sie wünschenswert, ja unerlässlich (13). Ein in diesem Sinn verstandener fairer und respektvoller Umgang von Ärztinnen und Ärzten untereinander ist die Voraussetzung für menschliches Verhalten gegenüber den Patienten.

### **Ganzheitliche Sicht**

In einem solchermaßen veränderten Betriebsklima wird es uns - obwohl hamstergleich im Laufrad der technisierten und ökonomisierten Medizin eingebunden - auch besser gelingen, die Hörfähigkeit für die Bedürfnisse und Leiden der Patienten zu erhalten und immer wieder das einfühlsame Gespräch zu suchen (9).

Hohes ärztliches Wirken und Können setzt auch da ein, wo die Heilbarkeit einer Krankheit aufhört. Das Vermitteln von medizinischen Fakten und Untersuchungstechniken kann daher nur ein Teilbereich in Aus- und Weiterbildung sein. Viel entscheidender ist es verantwortliches, fürsorgliches Handeln zu erlernen, und dies nicht nur mit dem Blick auf den Teilaspekt „Krankheit“, sondern auf den „ganzen Menschen“ (8,9).

Nur als ganzheitlich denkende und handelnde Ärzte erfahren wir die Befriedigung in unserem Beruf, nach der wir uns sehnen.

### **„Der getriebene Mensch“**

Ein gutes Arbeitsklima und die Möglichkeit, sich vom stressigen Arbeitsalltag ausreichend erholen zu können, sind wichtige Voraussetzungen, um Motivation und Arbeitskraft langfristig zu erhalten. Überhöhter Arbeitsdruck wird Einsatzbereitschaft, Fleiß und Leistung nicht erhöhen können (3). Die erwarteten und zum Teil eingeforderten übermenschlichen Arbeitsleistungen, die sich oft bis tief in die Nacht erstrecken, sollten keine Vorbildfunktion erhalten. Denn diese auch in Politik und Wirtschaft gängige, historisch gesehen „calvinistisch-puritanistische“ Arbeitsauffassung (13), in der die Berufsarbeit die einzig tragende Achse der Lebensführung darstellt, erfüllt von ärztlicher Seite aus gesehen oft schon die Kriterien einer Sucht (12).

Mögen die Motive für dieses Arbeitsverhalten auch noch so edel erscheinen: wissenschaftlicher Forschungsdrang, ärztlicher Beruf als „Leidenschaft“, Gestaltungswille oder einfach nur hohes moralisches Pflicht- und Verantwortungsgefühl, immer spielen auch forsches Karrieredenken, ausgeprägte „Suche nach Erfolg und Anerkennung“ (12), Streben nach „Macht“ und „Reichtum“ sowie die Befriedigung „männlicher Eitelkeiten“ eine Rolle (5,11). Die Psychologen sehen lediglich den „getriebenen Menschen“ (Max Weber), ruhelos und entwurzelt in unserer „flexiblen Gesellschaft“ (13), der aus seiner Lebensgeschichte die Phantasie mit sich herumschleppt, nur durch seine Leistung akzeptiert und geliebt zu werden. Er sucht seinen moralischen Wert durch die Arbeit zu beweisen (11). Nur selten gelingt dies dem „arbeitsfixierten Familienflüchtling“ zumindest im häuslichen Bereich, wo ihm oftmals mangelnde Alltagstauglichkeit und fehlende Erziehungskompetenz vorgeworfen wird (11).

Vielleicht sollten wir daher im eigenen Interesse, im Interesse unserer Familien und besonders der Kinder eine gewisse Rücknahme und Relativierung der absoluten Dominanz von Beruf, Leistung (und folglich auch Einkommen) anstreben (5), denn „es ist das Wissen um die Vergänglichkeit des Lebens, das immer wieder den Anstoß gibt zu einem veränderten, bewussteren Gebrauch der Zeit“ (10).

### **Wer übernimmt die Verantwortung?**

Wir wissen um die grundsätzliche Abhängigkeit des individuellen ärztlichen Handelns von den Vorgaben des Gesundheitssystems und dessen Abhängigkeit von ökonomischen und politischen Faktoren (9). Daher ist, gerade im Zeitalter der „organisierten Unverantwortlichkeit“ (1), zu fragen: Wer wird letztlich die persönliche Verantwortung übernehmen, wenn der scheinbar unabdingbare, in allen Konsequenzen noch nicht überschaubare „Wandel in unseren Kliniken“ doch fortschreitend zu Lasten der Menschlichkeit geht?

Zumindest für den von Ärzten überschaubaren klinikinternen Bereich hat zu gelten: Wer den Anspruch auf „Richtlinienkompetenz“ erhebt, muss auch für die Folgen gerade stehen, denn nur in der Übernahme von Verantwortung erweist sich die Ausübung von Macht auch moralisch als legitim (13).

Der Beruf des Arztes ist großartig, und „Arzt sein“ wird immer auch mit Idealismus verknüpft bleiben. Wir müssen versuchen, den jungen Ärztinnen und Ärzten in der Ausbildung das heute mehr denn je entstandene Gefühl zu nehmen, dass es aus vielerlei Gründen ein Fehler war, sich für diesen Beruf entschieden zu haben.



## Literatur

1. Beck U: Risikogesellschaft – auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt: Suhrkamp 1986.
2. DMW 126; 2001: A 111-112 (Nr. 6).
3. Fleischmann L: Schabbat. Hamburg: Heyne 1999.
4. Flintrop J: Mobbing im Krankenhaus. Mit Bauchschmerzen zum Dienst. Deutsches Ärzteblatt 2001;98: B 625-630 (Heft 12).
5. Fromm E: Haben oder Sein. Die seelischen Grundlagen einer neuen Gesellschaft. Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt 1976.
6. Lifton J L: Ärzte im Dritten Reich. Stuttgart: Klett-Cotta 1988.
7. Postman N: Die zweite Aufklärung. Berlin: Berlin Verlag 1999.
8. Richter G: Welches Menschenbild formt zukünftige Ärztinnen und Ärzte an den Universitäten? DMW 1994; 119: 1131-1134.
9. Richter H-E: Wanderer zwischen den Fronten. Köln: Kiepenheuer & Witsch 2000.
10. Schmid W: Schönes Leben? Einführung in die Lebenskunst. Frankfurt: Suhrkamp 2000.
11. Schnack D, Gesterkamp T: Hauptsache Arbeit? Männer zwischen Beruf und Familie. Hamburg: Rowohlt 1998.
12. Schneider C, Bühler K-E: Arbeitssucht. Deutsches Ärzteblatt 2001; 98: A 463-465 (Heft 8).
13. Sennett R: Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: Siedler 1998.
14. Sölle, D: Die Hinreise. Stuttgart: Kreuz 1975.

„Ach, wie war es damals noch so schön,  
als man bei Ihnen Herr Doktor krank sein durfte!“

Meinem ärztlichen Lehrer und Vater, dem  
**Landarzt Dr. med. Herbert Görg**  
zum 80. Geburtstag gewidmet.

*Anschrift des Verfassers:*

**Dr. med. Konrad Görg**  
Dürerstraße 35  
35039 Marburg  
E-Mail: goergk@med.uni-marburg.de