

# Assistenzärztinnen und -ärzte: Ein Ärgernis?

F. Sutter

Professor R. Krapf erörterte die geplante Unterstellung der Assistenzärztinnen und -ärzte\* unter das Arbeitsgesetz [1]. Er beschrieb einige ganz wesentliche Einsichten in die Problematik der heutigen Ärzte in Weiterbildung, nämlich der Mangel an gutem klinischen «Teaching» und Förderung, die frustrierende Unterforderung während Jahren und das Vorenthalten von adäquater Verantwortung und Kompetenz. Die Ansätze in diesem Artikel wurden aber nicht konsequent genug weitergeführt und es werden meiner Ansicht nach die falschen Schlüsse daraus gezogen. Mit den erhöhten Kosten – gleich in Titel und Einleitung erwähnt – oder gar der drohenden Schliessung von Spitälern zu argumentieren, ist inadäquat. Einige Gedanken:

## Die Situation

Assistenzärzte sind hochmotivierte junge Akademiker, die mit viel Einsatz und Enthusiasmus ein langes Studium absolviert haben. Sie brennen darauf, das erarbeitete Grundlagewissen in die Praxis umzusetzen, im klinischen Alltag Erfahrungen zu sammeln und praktische Fähigkeiten zu erlernen. Sie sehen sich selbst als die kommende Generation von Klinikern und sind gewappnet, aufs höchste gefordert und gefördert zu werden.

Die bittere Enttäuschung folgt bald: Von Förderung und Teaching ist an den Spitälern oft nicht viel zu spüren. Die heutigen Assistenten sind allzuoft zu Laufburschen und Schreiberlingen degradiert. Sie führen Anweisungen von verschiedensten (auch nicht-ärztlichen) Seiten aus und halten die Kliniken überall dort am Laufen, wo sich sonst niemand findet, der «den Job» macht. Sie ordnen Krankengeschichten, suchen Röntgenbilder, tragen Blut- und Gewebeproben durchs Spital, rennen verschwundenen Dokumenten nach, räumen als «Vorlesungsassistenten» nach Vorträgen auf.

Die klinische Anleitung und Weiterbildung fristet oft ein marginales Dasein. Die Chef- und Oberärzte sind selber bis an die Grenze belastet und da sie selber auch kaum aktives Teaching erhalten haben, sehen sie auch keine Notwendigkeit, Zeit dafür zu investieren. Zur Beruhigung aller werden dann der Röntgenrapport und die Chefvisite als Weiterbildung deklariert, auch wenn sie vornehmlich der Bewältigung der klinischen Routine dienen.

Schlimmer aber ist, dass den Assistenzärzten kaum Kompetenzen zugestanden werden. Für Indikationsstellungen muss auch ein erfahrener Assistent den Oberarzt rufen. Jeder Verband-

wechsel muss vom Operateur persönlich überprüft werden. Die Assistenten versehen den Notfalldienst rund um die Uhr, ihre Kompetenzen sind aber oft auf die Triage, das «Staten» der Patienten und den Papierkram beschränkt. Das klinische Prozedere wird in der Regel von den Vorgesetzten diktiert.

Diese Entwicklung im Bereich der Arbeitssituation der Assistenzärzte ist so weit fortgeschritten, dass das Wort «Assistenzarzt» nicht nur unter den nicht-ärztlichen Spitalmitarbeitern, sondern zunehmend auch unter den Patienten und in der breiten Bevölkerung fast schon ein Schimpfwort ist. Eine Patientin fragte mich einmal im Nachtdienst bei der Begrüssung: «Sind sie ein richtiger Arzt oder bloss Assistenzarzt?» Auch die Vorgesetzten und niedergelassenen Kollegen tragen zu diesem Bild bei: Junge Assistenten dürfen oft kaum kleine Eingriffe wie Wundversorgungen durchführen, in manchen Subdisziplinen können Standardprozeduren erst nach dem Erreichen des Facharztstitels erlernt werden. Niedergelassene vermerken zum Teil auf Zuweisungsschreiben «Bitte Beurteilung/ Behandlung durch OA», wie wenn es nicht selbstverständlich wäre, dass die Assistenten bei Bedarf erfahrenere Kollegen hinzuziehen.

## Die Ursache

Die Ursache dieses Missstandes liegt darin, dass die Assistenten von Vorgesetzten und Niedergelassenen nicht als kommende Generation und Nachfolger betrachtet und entsprechend gefördert, sondern als potentielle Konkurrenten und leider notwendiges Ärgernis angesehen werden. Es mag Teil einer bewussten oder unbewussten Strategie sein, diese Konkurrenten «dumm» zu halten. Auf der anderen Seite sind Assistentinnen und Assistenten nötig, um die Basisarbeit in den Kliniken zu erledigen. Es geht nicht ohne. Sie stellen daher quasi eine Gruppe «Ärzte zweiter Klasse» in den Spitälern dar.

## Die Folge

Die chronische klinische Unterforderung gepaart mit hoher zeitlicher Arbeitsbelastung führt zu zunehmender Unzufriedenheit. Einzelne

\* In der Folge wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die Kolleginnen sind natürlich immer mit gemeint.

Korrespondenz:  
Dr. med. Florian Sutter  
University of Sydney, Department  
of Clinical Ophthalmology  
Sydney & Sydney Eye Hospital  
8 Macquarie Street  
Sydney 2001, Australia

E-Mail: sutterf@eye.usyd.edu.au

Assistenzärzte oder Gruppierungen haben in der Vergangenheit immer wieder versucht, diese Entwicklung zu beeinflussen, leider erfolglos. Eine Veränderung muss daher auf dem Wege von Reglementierungen herbeigeführt werden.

### Ein anderes System

Ich bin zurzeit im Ausland tätig und lerne ein anderes System der ärztlichen Weiterbildung kennen. Ähnliche Beobachtungen bestätigen auch Kollegen, welche ebenfalls in angelsächsischen Systemen gearbeitet haben. Zugegeben – es ist auch hier nicht alles Gold, was glänzt. Aber es gibt wichtige Unterschiede im Bereich der Weiterbildung. Die Belastung der «Registrars» (Ärzte in fachlicher Weiterbildung) durch reguläre Arbeit und Dienste ist ähnlich hoch, wie ich es von der Schweiz her gewohnt bin. Trotzdem habe ich keine Klagen über zu hohe Belastungen gehört. Warum? Die jungen Ärztinnen und Ärzte werden hier wirklich als Nachwuchs wahrgenommen und akzeptiert. Sie arbeiten eng mit erfahrenen Vorgesetzten zusammen, werden aber von Anfang an konsequent und stufenweise in Diagnostik sowie operative und nicht-operative therapeutische Verfahren eingeführt. Teaching ist eine zentrale Aufgabe der erfahreneren Registrars und der Fachärzte. Es besteht eine eigentliche «Teaching-Kultur», an der alle ärztlichen Stufen teilhaben. Die Registrars erhalten auch rasch adäquate Kompetenzen und tragen dadurch früh zu einem effizienten Betrieb bei, weil sie einfachere Fälle in eigener Regie betreuen können. Ihre klinische Arbeitskraft ist wertvoll, und die paramedizinischen Berufe übernehmen alle nicht zwingend ärztlichen Tätigkeiten. Die Registrars administrieren weniger, sehen aber mehr Patienten. Die Motivation ist extrem hoch und entsprechend sind Leistung und Zufriedenheit. Es werden wesentlich weniger Ärzte aus- und weitergebildet, diese dafür richtig.

### Huhn oder Ei?

In der Schweiz wird oft argumentiert, die Arbeitszeiten seien so hoch, weil es so viel Administratives zu tun gäbe. Ich behaupte, es ist umgekehrt: Weil die Assistenzärzte bisher bereit oder gezwungen waren, praktisch unbeschränkt zu arbeiten, bestand sogar ein Anreiz, ihnen immer mehr nicht-ärztliche Aufgaben zu übertragen. Investitionen in die Effizienzsteigerung waren nicht nötig. Die Beschränkung der Arbeitszeit

soll nun einen (finanziellen) Anreiz schaffen, diese Entwicklung umzukehren. Die Arbeit der Assistenzärzte soll «kostbarer» werden, damit sich das Umlagern von nicht-ärztlichen Tätigkeiten auf die Assistenzärzte nicht mehr lohnt. Die Assistenzärzte können sich dann auf eigentliche ärztliche (das heisst vor allem klinische) Tätigkeiten konzentrieren, wovon Effizienz und Weiterbildung profitieren.

### Qualität

Wenn es um Assistenzärzte geht, wird oft die Qualität von Weiterbildung und Patientenbetreuung ins Feld geführt. Diese ist aber keineswegs von der Anzahl Patienten oder «Fälle» abhängig, welche ein Assistenzarzt sieht (wie Prof. R. Krapf [1] argumentiert), sondern ganz wesentlich davon, in welcher Art der Weiterzubildende in das Management dieser Fälle eingebunden ist. Wenn sich seine Rolle darauf beschränkt, das Administrative und Organisatorische zu erledigen, während das klinische Prozedere weitgehend diktiert wird, bleibt der Weiterbildungseffekt gering. Wenn aber der Weiterzubildende zentral in die klinischen Prozesse eingebunden ist, wenn er der primär betreuende Arzt ist, wenn er das Prozedere vorschlagen kann und Anleitung und konstruktive Kritik von den Vorgesetzten erhält, wenn er (stufengerecht) Verantwortung für seine Beurteilungen und Entscheidungen übernehmen kann und muss, dann wird er sehr rasch an der Erfahrung wachsen und wirkliche Weiterbildung erfahren – auch wenn die «Fallzahlen» etwas geringer sind. Ebenso wird die Qualität der Patientenbetreuung nicht abnehmen, denn in einem Klima von Förderung und Unterstützung wird der junge Arzt selbstverständlich den Vorgesetzten zuziehen, wenn eine Problemstellung seinen Erfahrungsgrad übersteigt.

### Die Lösung

Die Beschränkung der Arbeitszeit gemäss «Initiative Suter» scheint mir nötig und geeignet, durch eine Rückverlagerung nicht-ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen die Qualität von klinischer Arbeit und Weiterbildung der Assistenzärzte zu verbessern. Die Gesamtsituation kann meiner Meinung nach aber nur grundlegend verändert werden, wenn zusätzlich ein radikaler Gesinnungswandel stattfindet. Man sollte nicht mehr Assistenzärzte weiterbilden, sondern eher weniger. Diese sollten aber maximal gefördert werden. Sie sollten hohe

Verantwortung und Kompetenzen erhalten, aber mit häufigem Feedback und positiver Unterstützung geführt werden. Und sie sollten als vollwertige – nur weniger erfahrene – Kollegen und Nachfolger anerkannt und geschätzt werden. Effizienz, Leistung und Zufriedenheit würden steigen.

Dieser Gesinnungswandel lässt sich leider nicht institutionalisieren, sondern müsste in den Köpfen der gesamten schweizerischen Ärzte-

schaft stattfinden. Und wir Ärzte (Niedergelassene, Kaderärzte und Assistenten) müssten wohl zwei Dinge lernen, die wir so schlecht können: Erstens Zusammenhalten und zweitens Teilen.

### Literatur

- 1 Krapf R. Unterstellung der Assistenzärzte unter das Arbeitsgesetz: falsche Anreize und zu hohe Kosten. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(9):421-4.

# Unterstellung der Assistenzärzte unter das Arbeitsgesetz

F. Kurth

In seinem Artikel [1] vertritt R. Krapf die Meinung, dass es nicht den Interessen der Assistenzärztinnen\* diene, wenn diese dem Arbeitsgesetz unterstellt würden.

Herr Krapf stellt fest, dass die heutigen ärztlichen Arbeitszeiten bei mehr als 60 Stunden pro Woche lägen und damit überdurchschnittlich hoch seien. Eine Gefährdung durch steigende Fehlerhäufigkeit sieht er aber erst ab einem Wochenpensum von 80 bis 100 Stunden (dies entspricht einer täglichen Arbeitszeit von 11,4 bis 14,3 Stunden pro Tag bei 7 Arbeitstagen pro Woche!) als erwiesen an. Zusätzlich will er als Ursache für vermehrte Fehler bei dieser hohen Belastung nicht unbedingt die Arbeitszeit als solche gelten lassen, sondern er meint, dass eventuell auch nur die Frustration über schlechte Berufsaussichten zu solchen Fehlern führt.

Ob er diese Zahlen und Annahmen auch für andere Berufsgruppen wie zum Beispiel Pilotinnen gelten lassen würde, bleibt offen, wage ich aber zu bezweifeln.

Im Gegensatz zu Herrn Krapf bin ich überzeugt, dass eine eindeutig begrenzte Arbeitszeit ein Anreiz zu schnellerem, effektiverem Arbeiten bedeutet, gleichzeitig wird nur so der nötige Kostendruck ausgelöst, um die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen zu ändern.

Wenn die Arbeitszeit verringert würde auf immer noch überdurchschnittliche 50 Stunden, würden die Assistenzärztinnen zu relativ teuren Arbeitskräften werden. Diese Verteuerung wird dann zu einer Übertragung der administrativen

Aufgaben auf weniger hoch bezahlte Mitarbeiterinnen führen müssen. Einen anderen Weg zur Verhütung der auch von Prof. Krapf beklagten massiven Aufbürdung von «arztfremden» Tätigkeiten gibt es meiner Meinung nach nicht.

Warum Herr Krapf der Meinung ist, dass verkürzte Arbeitszeiten keinen Anreiz für «Speditiv» darstellen sollen, führt er nicht aus, meiner Meinung nach liegt er aber mit dieser Annahme falsch:

Was bedeutet denn eigentlich speditiv anderes, als dass man schnell und gezielt seine Arbeit erledigt?

Bisher ist es aber immer noch üblich, dass eine Assistenzärztin, die nach getaner Arbeit pünktlich das Spital verlässt, viel eher in Rechtfertigungszwang gerät als die, die gegen 22.00 Uhr übernächtigt den Heimweg antritt und am nächsten Morgen müde zum Frührapport erscheint.

Einige der ärztlichen Leiterinnen müssen offenbar noch lernen, was viele andere Führungspersonen schon wissen, dass nämlich Mitarbeiterinnen, die früh genug zu Hause sind, um sich noch anderweitigen Interessen zu widmen, die ein intaktes Familienleben führen können und sogar noch genug Zeit haben, um auszuschlafen, die besseren und ausgeglicheneren und somit schliesslich die effizienteren Mitarbeiterinnen sind.

Die Idee, die Herr Krapf von der idealen Assistenzärztin suggeriert, unterscheidet sich offensichtlich nicht von der Vorstellung, die schon mindestens eine Generation vor ihm bestand:

\* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Artikel bei Bezeichnungen, die beide Geschlechter betreffen, nur die weibliche Form benutzt, wobei aber die männlichen Geschlechtsgenossen ebenfalls gemeint sein sollen.

Korrespondenz:  
Felix Kurth  
OA Medizin  
Spital Dornach  
Spitalweg 11  
CH-4143 Dornach

E-Mail: felix.kurth@gmx.at

Es ist der männliche Arzt, der entweder Jungeselle ist oder noch besser eine Frau hat, die ihm nicht nur das Essen einkauft und kocht, seine Wäsche wäscht, die Wohnung säubert und seine Kinder betreut, sondern auch noch sein gesamtes soziales Leben ausserhalb des Spitals organisiert, die gleichzeitig Verständnis hat für seine langen Arbeitszeiten und deren fehlende Berechenbarkeit, und die sich möglichst noch geduldig seine Sorgen anhört – kurz: ihn in jeder Hinsicht unterstützt.

Dieser Arzt ist der, für den eben ausser der Arbeit die beiden weiteren von Herrn Krapf aufgeführten Interessenfelder Familie und Hobby keine wesentliche Bedeutung haben und für den allenfalls Geld noch einen Anreiz darstellt.

Dieser Arzt kann sich dann «voll auf den Beruf konzentrieren und die Facharztausbildung schnell erreichen, um später allenfalls eine wissenschaftliche Ausbildung u.ä.m. zu beginnen [...]»

Diese Hilfsstrukturen, die den männlichen Ärzten der letzten Generation noch zur Verfügung standen, existieren immer weniger häufig und ich traue ihnen auch nicht hinterher. Die Erkenntnis, dass nicht unbedingt diejenige die beste Ärztin ist, deren Leben sich nur noch im Spital abspielt, sondern dass auch die Erfahrungen, die ausserhalb der Schule, der Universität und des Arbeitsplatzes erworben wurden, für einen Beruf wie den der Ärztin essentiell sind, setzt sich immer mehr durch.

Das von Herrn Krapf entworfene Modell, das überraschenderweise eine Patientinnenbetreuung im Akkord vorsieht, gibt der Assistenzärztin die Aufgabe, in möglichst kurzer Zeit möglichst viele Patientinnen «durchzuschleusen», wobei dann jede entlassene Patientin mit brutto etwa 400 Franken entlohnt wird und einen Punkt von 750 zur Fachprüfung nötigen Punkten einbringt. Dieser Plan mutet schon abenteuerlich an.

Es wird ausgeführt, dass heute in drei Jahren von einer Ärztin etwa 750 Patientinnen betreut werden (wie gesagt mit einer Arbeitsbelastung von mehr als 60 Stunden pro Woche).

Diese Zahl sollen die «Speditiven» in 18 bis 24 Monaten versorgen, was entweder auf eine 90- bis 120-Stunden-Woche hinausläuft (eine Woche hat 168 Stunden) oder eine deutliche Verkürzung der aufgewendeten Zeit pro Patientin mit sich bringt.

Dieses Modell würde angeblich die Institutionen zwingen, die Arbeitsbedingungen der Assistenzärztinnen zu verbessern, aber warum das so sein soll, bleibt unklar.

Ich sehe vielmehr die Gefahr, dass die Assistenzärztinnen die Verantwortung übernehmen müssen für lange Verweilzeiten der Patientinnen (die dann mit einer Gehaltskürzung bestraft werden, da sich das Gehalt nach der Zahl der betreuten Patientinnen richten soll).

Prof. Krapf führt sogar als Vorteil auf, dass das Modell zu einer Verkürzung der Hospitalisationszeiten führen würde. Aber dieses Argument ist schon gewagt. Das hiesse, dass sich die Hospitalisationszeit der Patientinnen nach der für die Weiterbildung geforderten Zahl der zu betreuenden Patientinnen richten würde!

Die Chirurgen haben einen zu absolvierenden Operationskatalog. Dadurch haben sich ihre Arbeitsbedingungen mitnichten verbessert, sie sind im Gegenteil sehr abhängig vom Wohlwollen ihrer Chefs. Und keiner würde davon ausgehen, dass sich die Zahl der durchgeführten Appendektomien erhöhen würde, wenn die Zahl der für die Facharztanerkennung nötigen Operationen heraufgesetzt würde.

Ich kann nur nachdrücklich dafür plädieren, endlich auch Ärztinnen als normale Arbeitnehmerinnen zu behandeln, die es nicht als Gnadentat betrachten müssen, wenn ihre Arbeitszeit auf immer noch überdurchschnittliche 50 Stunden reduziert wird.

## Literatur

- 1 Krapf R. Unterstellung der Assistenzärzte unter das Arbeitsgesetz: Falsche Anreize und zu hohe Kosten. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(9):421-4.