

ARBEITSPLATZ KRANKENHAUS

Flache Hierarchien, gute Betreuung, Konzentration aufs Arztsein

Wie ein kleines Krankenhaus in der Provinz dem Ärztemangel erfolgreich begegnet.

Viele halten das von außen vorgegebene DRG-System mit seinem systemimmanenten Hamsterad aus immer mehr Leistung für immer weniger Geld für den Totengräber des Krankenhauses. Das ist nur bedingt richtig. Der wesentliche existenzgefährdende Faktor für die Kliniken ist bereits jetzt die Verknappung des ärztlichen Personals, besonders des ärztlichen Nachwuchses. Es erstaunt, wie Krankenhausadministratoren und Chefarzte einer seit rund 15 Jahren absehbaren Entwicklung wie paralytisch ge-

arbeiten und tarifwidriger Ausbeutung der ärztlichen Arbeitskraft aus.

4. Ein schlechtes Betriebsklima und unverhältnismäßige hierarchischen Strukturen führen zu Ängsten, Rückzug in die innere Emigration und Demotivation.

Als leitende Ärzte einer internistischen Abteilung eines Krankenhauses in geografischer Randlage Nordwestdeutschlands haben wir bei der Suche nach ärztlichem Nachwuchs ein kleines Experiment durchgeführt, das die Richtigkeit dieser Thesen bestätigte. Parallel zu einem an-

oben genannte Faktoren beschrieben, wenn es um den Vergleich mit Erfahrungen aus anderen Kliniken geht. Das Ergebnis war, dass die ansonsten vergleichbare Nachbarklinik keine Bewerbungen zu verzeichnen hatte, wir dagegen innerhalb von vier Wochen rund 40 Bewerbungen auf dem Schreibtisch liegen hatten. Nun ist die Gewinnung ärztlicher Kollegen sicherlich nicht nur über einen Internetauftritt zu erzielen. Vielmehr müssen die Antithesen zu den abschreckenden Faktoren in einer Abteilung gelebt werden.

Im Jahr 2004 erhielten wir wegen höchster wirtschaftlicher Not die Gelegenheit, eine Krankenhausabteilung völlig neu im Kollegialsystem zu organisieren. Aufgrund eigener Erfahrungen und mit gesundem Menschenverstand stellten wir unter anderem die Gewinnung und die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses in den Mittelpunkt der Umstrukturierung. Dabei legten wir vier Prämissen zugrunde:

1. Die frühzeitige Weiterbildung in allen technischen Untersuchungs- und Therapieverfahren motiviert junge Kollegen und entlastet im Klinikalltag die knappen fachärztlichen Ressourcen.

2. Die intensive fachärztliche Betreuung der Assistenten und der ihnen anvertrauten Patienten steigert die Lernkurve und Sicherheit des Nachwuchses. Sie führt zur optimalen, reibungsarmen, also auch ökonomischen Patientenversorgung und wird die Liegezeit deutlich reduzieren.

3. Die Entlastung von nicht ärztlichen und delegierbaren Arbeiten und volle die Berücksichtigung der effektiven ärztlichen Arbeitszeiten führen zu einem echten, auch ökonomieorientierten Strukturwandel in den Arbeitsabläufen des Krankenhausalltags. ▶

Die Wertschätzung der Kollegen untereinander als Erfolgsfaktor: das Team der internistischen Abteilung des St.-Bernhard-Hospitals Brake



Foto: St. Bernhard-Hospital

genüberstehen, ohne die einfachen Gründe für diese Entwicklung zu benennen und abzustellen.

Als wichtigste Faktoren für den Ärzteeodus an Deutschlands Kliniken lassen sich aufzählen:

1. Dem Nachwuchs wird in großem Stil eine adäquate Weiterbildung vorenthalten.

2. Junge Kolleginnen und Kollegen werden mit den Problemen des klinischen Alltags allein gelassen.

3. Eine mangelnde Wertschätzung drückt sich in der Beibehaltung ineffizienter Arbeitsabläufe, Zumutung von nicht ärztlichen Ar-

deren Krankenhaus der Region haben wir eine optisch ungewöhnliche, vom Inhalt her aber gleiche Stellenanzeige im Deutschen Ärzteblatt geschaltet. Diese enthielt einen Hinweis auf unsere Internetseiten. Der Internetauftritt unserer Klinik unterscheidet sich allerdings von anderen Klinikinternetseiten insofern, als dass wesentliche Inhalte von den Assistenzärzten gestaltet werden. In offenbar authentisch wirkenden Erfahrungsberichten erfährt der Leser, dass die Arbeit und Weiterbildung in unserer Abteilung Freude macht. Andererseits werden immer wieder

4. Ein gutes Arbeitsklima mit niedrigen Hierarchien führt zu einer Identifikation mit der Abteilung, zu bestmöglichen Leistungen und zu einem optimalen Fehlermanagement.

Wir haben zunächst einen weitverbreiteten Fehler beseitigt, nämlich die Assistenzärzte mit der Patientenführung allein zu lassen. Durch die Einrichtung einer fachärztlichen Begleitung, die vom Beginn der Patientenaufnahme an mit den Assistenzärzten die Diagnostik und The-

Resultate sind eine optimale Codierung, Steigerung der Fallschwere, weniger Nachfragen der Kostenträger und nahezu keine nachträglichen Rechnungsabschlüsse, weil Codierung und Arztbrief konkordant sind.

Im Funktionsbereich erledigt nicht ärztliches Personal den Transport und die Lagerung des Patienten; Blutabnahmen und das Anlegen eines venösen Zugangs sind Aufgabe der Pflegekräfte. Der Arzt kon-

zentriert sich auf die Untersuchung und die Befunddokumentation. Ergebnisse: Steigerung der Untersuchungszahlen um 30 bis 50 Prozent gegenüber 2003, nahezu personalneutrale Steigerung der Fallzahlen um 30 Prozent.

Der wichtigste Faktor aber für das optimale Funktionieren der Abteilung war, die Wertschätzung der Kollegen untereinander und im Krankenhausbetrieb zu kultivieren. Wirklich flache Hierarchien, die jedem Arzt das Fragen ermöglichen, ohne ihm das Gefühl zu vermitteln, sich zu blamieren, werden gelebt. Überstunden, die nicht dokumentiert, vergütet oder in Freizeit ausgeglichen werden, gehören der Vergangenheit an. Fortbildungen sind selbstverständ-

lich und werden bezahlt, wie auch die Gewährung einer Poolbeteiligung durch die Chefärzte. Das alles hat dazu geführt, dass wir, obwohl wir uns in der Provinz befinden, seit einigen Jahren ein sehr stabiles Team junger Ärzte und Ärztinnen haben, die oft über den notwendigen Zeitraum ihrer Weiterbildung unserer Abteilung treu sind und wir uns aktuell über Nachwuchsmangel nicht beklagen können. Zudem haben sich die Umstrukturierungen auch aus ökonomischer Sicht als erfolgreich erwiesen. Allein die Liegezeitreduzierung von 8,8 Tagen im Jahr 2003 auf 5,8 Tage im Jahr 2005 – bei einer um 30 Prozent gestiegenen Fallzahl – bewirkte ein Plus im sechsstelligen Eurobereich. Von 2003 auf 2005 konnte der Arzneimittelverbrauch um 30 Prozent reduziert werden. Jährlich stehen uns nur aus dem Patientenzuwachs (2003 = 2 084 Patienten, 2007 = 2754 Patienten) der internistischen Abteilung etwa 620 Case-Mix-Punkte mehr zur Verfügung als 2003. Ein Haus, das 2003 vor der Zahlungsunfähigkeit stand, hat im Jahr 2007 einen sechsstelligen Überschuss erwirtschaftet und zugleich mehr als 350 000 Euro in technische Neuerungen investiert. ■

*Dr. Jörg Bigge
Chefarzt Medizinische Klinik, St. Bernhard
Hospital GmbH, Brake, www.sbhospital.de*

Fortbildungen sind selbstverständlich und werden bezahlt, wie auch die Gewährung einer Poolbeteiligung.

rapie unter ständiger Rückkopplung leitet, wird die Lernkurve der jungen Kollegen unglaublich beschleunigt. Die sonst oft als schicksalhaft angesehenen Reibungsverluste, auch ökonomischer Art, durch die Unerfahrenheit der jungen Kollegen können so reduziert werden. Nebeneffekt ist eine signifikante Reduzierung der Liegezeiten, weil im Regelfall die diagnostische Phase, die einer Therapie vorangehen muss, auf ein Minimum verkürzt werden kann.

Des Weiteren haben wir konsequent alle Ärzte von nicht ärztlichen und delegierbaren Arbeiten entlastet. Beispielsweise liefern unsere Assistenten nur die Rohdaten für die DRG-Codierung, die dann von Fachkräften vorgenommen wird.

zentriert sich auf die Untersuchung und die Befunddokumentation. Ergebnisse: Steigerung der Untersuchungszahlen um 30 bis 50 Prozent gegenüber 2003, nahezu personalneutrale Steigerung der Fallzahlen um 30 Prozent.

Der wichtigste Faktor aber für das optimale Funktionieren der Abteilung war, die Wertschätzung der Kollegen untereinander und im Krankenhausbetrieb zu kultivieren. Wirklich flache Hierarchien, die jedem Arzt das Fragen ermöglichen, ohne ihm das Gefühl zu vermitteln, sich zu blamieren, werden gelebt. Überstunden, die nicht dokumentiert, vergütet oder in Freizeit ausgeglichen werden, gehören der Vergangenheit an. Fortbildungen sind selbstverständ-

RECHTSREPORT

Herzinfarkt wurde nicht erkannt

Stellt ein Arzt im Bereitschaftsdienst bei einem Patienten differenzialdiagnostische Anzeichen für einen Herzinfarkt fest, muss er die Möglichkeit ausschließen, dass der Betroffene einen solchen erlitten hat. Entweder wird er selbst tätig, oder er muss den Patienten in ein Krankenhaus überweisen. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden.

Im zugrunde liegenden Fall untersuchte der betreffende Arzt den 34 Jahre alten Kläger im Rahmen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes in dessen Wohnung. Dieser litt an Durchfall, Erbrechen, Schwindel und Übelkeit. Die Ehefrau wies darauf hin, dass er auch über Schmerzen im Brustbereich geklagt hatte und in seiner Familie eine Herzin-

farktgefährdung bestehe. Die Untersuchung des Patienten ergab bei bekanntem Hochdruck einen Blutdruck von 200 mmHg zu 130 mmHg. Der Arzt verabreichte ihm eine Tablette Gelonida sowie fünf Milligramm Nifedipin. Nach etwa 15 Minuten erbrach sich der Mann. Der Arzt spritzte daraufhin intramuskulär Dolantin. Er diagnostizierte bei seinem Patienten, der während seiner Anwesenheit zweimal wegen Durchfalls und Erbrechens die Toilette benutzte, einen grippalen Infekt, eine Interkostalneuralgie und Diarrhö.

Die Frage, ob er ins Krankenhaus wolle, verneinte der Patient. Später fand die Ehefrau ihn leblos auf dem Boden liegend. Ein herbeigerufener Notarzt diagnostizierte einen Atem- und Kreislaufstillstand und reanimierte den Mann erfolgreich. Im Krankenhaus stellten die Ärzte

dann einen akuten Hinterwandinfarkt fest. Wegen eines generalisierten hypoxischen Hirnschadens blieben Beeinträchtigungen zurück.

Der BHG hat den Fall an das Berufungsgericht zurückverwiesen. In einem Gerichtsgutachten und einem Privatgutachten seien die Symptome für einen Herzinfarkt nicht beachtet worden; beide durften deshalb nach Ansicht des BGH nicht berücksichtigt werden. Insbesondere hätten die Gutachter die geschilderten Schwindelgefühle und die Atemnot des Mannes nicht gewürdigt. Das Berufungsgericht hat zudem zu prüfen, ob nicht der Arzt beweisen muss, dass der eingetretene Schaden auch bei rechtmäßigem Vorgehen zustande gekommen wäre. (Bundesgerichtshof, Urteil vom 16. Oktober 2007, Az.: VI ZR 229/06)

RA Barbara Berner