

Ärztlicher Präsentismus – ist das eine Krankheit? Man könnte es denken, denn viele Kolleginnen und Kollegen meinen, sie dürften nicht fehlen, auch wenn sie ernsthaft krank sind. Häufig liegt das an den hohen Ansprüchen an uns selbst, aber auch Personalmangel und wirtschaftlicher Druck sorgen dafür, dass wir unsere eigene Gesundheit und die unserer Patienten gefährden. Prof. Dr. Jörg Braun wünscht sich ein Umdenken.



Wenn Ärztinnen und Ärzte krank arbeiten

Leider fällt es uns Ärztinnen und Ärzten schwer, uns um uns selber zu kümmern. Dies zeigt sich zum Beispiel in der weit verbreiteten Selbstdiagnostik und Selbsttherapie, die immer wieder dazu führt, dass schwerwiegende Erkrankungen falsch oder zu spät diagnostiziert und nicht angemessen behandelt werden.

Einer der Gründe für den medizinisch schwierigen Umgang mit uns selbst liegt in den hohen Ansprüchen, die wir an uns haben (Tab. 1). Selbstverständlich handelt es sich hierbei um eine „Mission impossible“, da diese Ziele allein aus Zeitgründen schon nicht miteinander kompatibel sind und die erforderlichen Rollenkombinationen unmöglich in einer Person zu vereinbaren sind.

Tab. 1: Unsere Erwartungen an uns. Wir sollten ...

- alles wissen (zumindest aus dem eigenen Spezialgebiet)
- keine Fehler machen
- hohe kommunikative Kompetenz aufweisen
- gegenüber den Patienten immer freundlich, gelassen und zugewandt sein
- wirtschaftlich hoch erfolgreich sein
- selbstverständlich gesund sein!
- auch außerhalb des Berufs Erfolg haben: eine tolle Ehe führen, engagierte Eltern sein, soziales Engagement zeigen, anspruchsvolle Hobbys pflegen (Musik, Golf, Marathon)

Die hohen Erwartungen an uns zeigen sich besonders deutlich bei der Frage, mit welchen Krankheiten man als Ärztin oder Arzt eigentlich arbeitsunfähig ist. So arbeiten über 80 Prozent der Kolleginnen und Kollegen mit Erkältungskrankheiten, für die sie, ohne zu zögern, ihre Patienten krankschreiben würden (1). Dabei stellt sich zum einen die Frage, inwieweit die Erkrankung zu einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit zum Beispiel in Bezug auf operative Eingriffe oder schwierige

Differenzialdiagnosen führt. Zum anderen gefährdet eine Ärztin oder ein Arzt mit Infektionskrankheit auch seine Patientinnen und Patienten.

Folgende Kasuistiken könnten dafür typisch sein:

1. Eine 30-jährige Stationsärztin arbeitet (in der Zeit vor Corona) mit grippalem Infekt. Sie trägt einen Mundschutz und gibt nicht die Hände. Nachdem die Stimme „weg“ ist, macht sie die Visite mit einem großem Schild „Wie geht es Ihnen?“, das sie mit einem etwas gezwungenen Lächeln jedem Patienten präsentiert und dabei auf ihren Hals zeigt. Sie meldet sich erst krank, nachdem auch das Kind erkrankt ist.
2. Eine besorgte OP-Schwester informiert den Ärztlichen Direktor einer Klinik, dass der Operateur wegen Durchfalls jetzt schon zum dritten Mal vom Tisch abgetreten ist, und fragt, ob dies hygienisch vertretbar sei. Nach einem Verbot durch den Ärztlichen Direktor, die OP fortzuführen, ließ sich der Operateur bereitwillig durch seine Frau abholen. Als Durchfallursache war eine Norovirus-Infektion zu vermuten.

Wann sind Sie „unfit for work“?

Mit welchen Erkrankungen würden Sie sich als „unfit for work“ fühlen, bzw. mit welchen Krankheiten können Sie noch hinreichend funktionieren? Arbeiten Sie mit Erkältung („früher“ hätten dies die meisten von uns bestätigt)? Mit Kopfschmerzen (die bei Ärzten „Migräne“ heißen)? Fieber? Durchfall? Einem neu diagnostizierten Malignom? Urämie? Bei allen diesen Erkrankungen habe ich Ärztinnen und Ärzte erlebt, die sich bestenfalls widerwillig davon abhalten ließen, weiter zu arbeiten. Dabei findet sich häufig weder im Krankenhaus noch in der Praxis jemand, der den kranken Kollegen nach Hause schickt.

In einer Publikation aus 2010 wurde dieser ärztliche Präsentismus als „Public health hazard“ bezeichnet, also als Gefahr für die öffentliche Gesundheit (2). Dies betrifft mindestens 80 Prozent der Kollegen (3, 4).

In den wenigen Publikationen, die es zu dem Thema gibt, konnte weder ein Geschlechterunterschied noch ein Fachgruppen-Ranking nachgewiesen werden, auch wenn gerade Chirurgen besonders stolz darauf sind, auch mit erheblichen Einschränkungen noch funktionsfähig zu sein („Nur die Harten kommen in den Garten!“).

Ursachen für dieses Verhalten untersuchte Cowman 2019 (1). Er fand „positive“ Gründe wie eine hohe Arbeitszufriedenheit (der Arztberuf als „high rewarding job“), eine hohe Identifikation und entsprechend hohes Engagement sowie ein ausgeprägtes Teambewusstsein – neben dem Verantwortungsgefühl für den Patienten. „Negative“ Gründe für den ärztlichen Präsentismus waren Personalknappheit, hohe Arbeitslast, befristete Verträge oder der Verdienstaufschlag in einer Praxis. Ein Krankheitsausfall war deshalb „eigentlich“ nicht möglich, da kein anderer die Aufgabe übernehmen konnte. Auch mit zunehmender Berufserfahrung werden die Sorgen der Ärztinnen und Ärzte nicht weniger (Tab. 2).

Während in der Klinik in der Regel Kollegen einen kranken Mitarbeiter ersetzen können – zumindest theoretisch –, stellt sich die Situation in der Praxis vielleicht noch schwieriger dar, denn in einer Einzelpraxis ist eine krankheitsbedingte Praxisschließung nahezu unmöglich: Allein das Ab- bzw. Umbestellen von Patienten ist sehr aufwendig und eine

Tab. 3: Gründe, sich nicht impfen zu lassen

Ärzte	Nicht-Ärzte
keine Zeit	Angst vor Spritzen
kein praktikables Angebot in der Klinik	Angst vor Nebenwirkungen
fehlende Information	Annahme, die Erkrankung spielt keine Rolle mehr
Fehleinschätzung einer geringen Wahrscheinlichkeit einer Infektion	Annahme, dass „Kinderkrankheiten“ wie Masern, Mumps und Röteln Erwachsene nicht mehr betreffen
fehlende Wahrnehmung eines persönlichen Risikos	Impfgegner, Verschwörungstheoretiker, Esoteriker usw.

Tab. 2: Gründe, nicht krank zu sein

Ärzte	alle (%)	1. Jahr	2. Jahr
Kollegen nicht überfordern	57	62	57
Sorge, Dienst zurückzahlen zu müssen	8	0	3
Angst, als schwach bewertet zu werden	12	19	10
Sorge um Patienten	56	46	60

Daten aus „Why Physicians work when sick“, Jena et al., *Jama* 2012 (5)

kurzfristige Terminabsage natürlich eine Negativwerbung. Häufig fehlt eine Ausfallversicherung. In einer Gemeinschaftspraxis führt krankheitsbedingtes Fehlen zwangsläufig zur Überlastung der verbliebenen Kollegen. Hinzu kommt, dass viele Patienten lange auf einen Termin gewartet und möglicherweise einen weiten Anreiseweg angetreten haben, für den sie sich extra freigenommen haben.

Viele Patienten wollen zwar nicht von einem kranken Arzt behandelt werden („Der Doktor hat mich angesteckt!“), gleichzeitig sind sie empört, wenn ihnen kein Termin in der Sprechstunde ermöglicht wird.

Konflikt zwischen widerstreitenden Werten

Im Kern ist der ärztliche Präsentismus also ein Konflikt zwischen widerstreitenden Werten: Fürsorge für Kollegen und Patienten im Widerstreit mit Selbstfürsorge. Dieser Konflikt ist verbunden mit dem Risiko, sich selbst, den Kollegen und den Patienten zu schaden (durch eigene Fehler oder Ansteckung).

2001 bezeichnete Rosvold krank arbeitende Ärztinnen und Ärzte als „hazardous heroes“ und fand eine erschreckende Zahl von weit über 50 Prozent, die auch mit ansteckenden Erkrankungen ohne weitere Schutzmaßnahmen arbeiteten (3). Zu diesen Infektionskrankheiten zählten z. B. Norovirus-Infektionen, aber auch Influenza. Zu der Frage, wie hoch denn das Risiko für Patienten ist, sich bei ihren kranken Ärztinnen und Ärzten anzustecken, gibt es interessanterweise praktisch keine Literatur. Allerdings erscheint es aus infektiologischer Sicht extrem unwahrscheinlich, dass eine Approbation vor der Weitergabe von Erregern schützt.

Impfschutz wird oft vernachlässigt

Erschreckenderweise haben viele Ärztinnen und Ärzte einen völlig unzureichenden Impfschutz selbst für Erkrankungen wie Hepatitis

B oder Influenza (6). Dabei dienen diese Impfungen nicht nur dem persönlichen Schutz gerade in Anbetracht der erhöhten Exposition. Sie dienen auch dem Schutz vor einer nosokomialen Transmission auf vulnerable Patienten, dem Schutz vor einer Übertragung auf Kollegen und Angehörige. Von daher sollte vor der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht gegen Masern – die ich unterstütze – zunächst ein Impfgebot für Angehörige des Gesundheitswesens durchgesetzt werden. Gründe, warum Ärzte Impfungen nicht wahrnehmen, weichen signifikant von den Gründen ab, die Patienten von Impfungen abhalten (Tab. 3).

Fazit: Ärztinnen und Ärzte arbeiten regelmäßig trotz Krankheit. Ursache hierfür sind innere (Pflichtbewusstsein, Kollegialität) und äußere Gründe (Unterbesetzung, fehlender Ersatz bei Ausfall). Möglichkeiten, gerade die infektiologischen Risiken für sich selbst zum Beispiel durch Impfen oder Schutzausrüstung zu reduzieren, werden dabei von vielen nicht genutzt. Der ärztliche Präsentismus geht mit beträchtlichen Risiken für den Arzt und für seine Patienten einher, auch wenn beide Effekte bisher unzureichend untersucht sind.

Wer kann die Mechanismen ändern?

Zur Fragestellung, wie man diese Mechanismen ändern kann, ist es zunächst einfacher zu beschreiben, wer dies eher nicht tun wird. Eine Krankenhausleitung wird zunächst kein Interesse daran haben, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte nicht zur Arbeit kommen, wenn sie krank sind, da sonst viel mehr Personal vorgehalten werden müsste. Gerade in den ersten Monaten der Corona-Krise haben wir in den Krankenhäusern erlebt, welche Personallücken entstehen, wenn allein Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Atemwegsinfekten von der Arbeit ferngehalten werden. Die Einschränkung von Leistungen infolge von Personalausfällen erfolgt nach meiner Erfahrung in den seltensten Fällen. Dass dieses nicht nur dem wirtschaftlichen Druck in Krankenhäusern und bösen Geschäftsführern anzulasten ist, zeigen die Erfahrungen in Praxen, in denen eine Leistungseinschränkung auch oft das allerletzte Mittel ist, um auf Personalausfälle zu reagieren. Ärzte werden also nicht damit rechnen können, aktiv nach Hause geschickt zu werden, wenn sie krank sind.

Ein Bewusstseinswandel kann also nur individuell und strukturell erfolgen. Eine individuelle Lösung beginnt mit der Erkenntnis, dass man ersetzbar ist und dass Krankheit zum Leben einer Ärztin oder eines Arztes ebenso gehört wie zum Leben der Patienten: Krankheit muss als planbarer Notfall verstanden werden, auf den man sich vorbereiten kann (sinnvollerweise dann, wenn man noch gesund ist): Hierzu zählt, dass man persönliche Grenzen zieht, also z. B. nicht arbeitet, wenn man Fieber hat. Schließlich müssen wir im kollegialen Miteinander von einer Kultur wegkommen, in der krank arbeiten als heldenhaft empfunden wird und nicht als unprofessionell.

Auf der strukturellen Ebene müssen wir zu einer Personalvorhaltung

kommen, die krankheitsbedingte Ausfälle mit einplant. Dafür ist die Geschäftsführung verantwortlich. Personalausfälle, die darüber hinausgehen, müssen zur Reduktion der Leistung führen. Hierzu müssen vom Arbeitgeber klare Vorgaben formuliert werden, die die gelebte Praxis, zu arbeiten, wenn man krank ist, sanktionieren.

Auch in der Praxis muss für einen krankheitsbedingten Ausfall vorgesorgt werden. Dies umfasst Versicherungen zum Auffangen eines Betriebsausfalls ebenso wie vorbereitete Texte für die MFA zu eventuellen Terminabsagen. Sehr hilfreich wäre sicher auch eine kollegiale Absprache in puncto Vertretungsregelungen. In Norwegen ist es Standard, dass in jeder Kommune ein Pool von Vertretungsärzten vorgehalten wird, aus dem im Notfall jemand einspringen kann.

Tab. 4: Die neuen Werte der Ärzte: ein subjektiver Vorschlag

- **hohe fachliche Kompetenz auf dem jeweiligen Gebiet**
- **hohe Flexibilität und Änderungsbereitschaft**
- **Medizin ist Teamarbeit! Denken und arbeiten in Netzwerken**
- **wissenschaftlich fundierte „Schulmedizin“!**
- **Selbstwahrnehmung (Achtsamkeit) und Selbstfürsorge**
- **klare politische Forderungen: ausreichende Personalstärke, zwingende Vertretungskonzepte, Verantwortung der Geschäftsführung**
- **Fokussierung auf ärztliche Ziele (Der Patient steht im Mittelpunkt)**
- **das Arztleben ist ein Marathonlauf und kein Kurzstreckensprint!**

Alle Ärztinnen und Ärzte sollten zu einem pfleglichen Umgang mit ihren Ressourcen kommen und Situationen, die einen 120-prozentigen Einsatz erfordern, vermeiden. Hierfür benötigen wir neue gemeinsame

Werte (Tab. 4), wie sie unter anderem im Genfer Gelöbnis gefordert werden. Wir wollen keine Helden sein, sondern auf lange Sicht unsere Arbeitsfähigkeit für uns und für unsere Familien erhalten. Wir sollten nicht zögern, unsere kranken Kollegen nach Hause zu schicken (auch wenn dies manchmal mühsam ist). Ein anderer wird dies im Zweifel nicht tun!

Zusammenfassung

Über 80 Prozent der Ärzte arbeiten, auch wenn sie krank sind. Dabei ist krank arbeiten unethisch, weil es mit hohen Risiken einher geht – sowohl für den Patienten als auch den Arzt einhergeht. Die Erkrankung ist kein Hinweis auf eigenes Versagen; wir müssen uns daher nicht für die eigene Krankheit entschuldigen! Jede Ärztin und jeder Arzt muss für sich festlegen, was die Grenze für „unfit for work“ ist (z.B. Fieber, Durchfall und Erbrechen, aber auch Erkrankungen der Kinder). Angehörige und Kollegen müssen diese Grenze durchsetzen. Die Dienst-vorgesetzten haben eine Verantwortung für kranke Mitarbeiter. Jedes Krankenhaus und jede Praxis muss eine Vorsorge für krankheitsbedingte Ausfälle von Mitarbeitern treffen. Schließlich sind dringend weitere wissenschaftliche Untersuchungen zum Thema notwendig.

*Literaturverzeichnis im Internet
unter www.aekhh.de/haeb-lv.html*

Prof. Dr. Jörg Braun

Chefarzt Innere Medizin
Ärztlicher Direktor

1. Vorsitzender der Stiftung Arztgesundheit (www.arztgesundheit.de)
Klinik Manhagen
E-Mail: prof.joerg.braun@manhagen.de



EIN UNTERNEHMEN
DER PVS HOLDING

**PRIVAT-
ABRECHNUNG
IN HAMBURG**

**EIN STARKER
PARTNER IN
SCHWIERIGEN
ZEITEN.**

Wir sind in der aktuellen Situation gut aufgestellt und weiterhin als zuverlässiger Partner für Ihre Privatabrechnung an Ihrer Seite.

MITGLIED IM



GANZ NAH, GANZ SICHER.

Tel. 040 3346930-62 | pvs-bbh.de