

Aus der Medizinischen Universitätsklinik
Abteilung Innere Medizin II
(Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie, Infektiologie)
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau

**Untersuchung der Gesprächszeit mit Patienten und
Angehörigen unter Zugrundelegung
der Arbeitszeitverteilung von Krankenhausärzten**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des Medizinischen Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg i.Br.

Vorgelegt 2007
von Dorothee Kempf
geboren in Villingen-Schwenningen

Dekan: Prof. Dr. med. C. Peters
1. Gutachter: Prof. Dr. Dr. h.c. mult. H.E. Blum
2. Gutachter: PD Dr. Momm
Jahr der Promotion: 2007

Für meine Eltern, Verena und Peter

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Das Gespräch zwischen Arzt und Patient	8
1.2	Das Gespräch zwischen Arzt und Angehörigen	9
1.3	Inhalte ärztlicher Tätigkeit	10
1.4	Untersuchung von Faktoren, die die zeitliche Verteilung ärztlicher Aufgaben möglicherweise beeinflussen	11
1.5	Untersuchung der Verteilung der Inhalte ärztlicher Tätigkeit auf die Wochentage	12
2	Material und Methoden	13
2.1	Pilotphase	13
2.2	Studiendesign	14
2.2.1	Auswahl der Stationen	14
2.2.2	Querschnitterhebung	15
2.2.3	Messungen	15
2.2.4	Fragebogen	21
2.3	Auswertung und Statistik	21
3	Ergebnisse	22
3.1	Demographische Daten	22
3.2	Anteile einzelner Tätigkeiten am gesamten Arbeitsaufwand	23
3.3	Vergleich der Zeiten von operativen und konservativen Stationen	26
3.4	Vergleich von Selbsteinschätzung und Fremdmessung	29
3.5	Vergleich der verschiedenen Tätigkeiten von Ärzten und Ärztinnen	30
3.6	Einfluss der Länge der Berufserfahrung auf die Länge der Gesprächszeiten und die Länge der praktischen Tätigkeiten	32

3.7	Zufriedenheit der Ärzte	33
3.7.1	Zufriedenheit der Ärzte mit der zur Verfügung stehenden Zeit für Patientengespräche, Angehörigengespräche und für praktische Tätigkeiten	33
3.7.2	Vergleich der Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten	34
3.7.3	Vergleich der Zufriedenheit von konservativ und operativ tätigen Ärzten	35
3.8	Faktoren, die die Zufriedenheit der Ärzte beeinflussen	36
3.8.1	Einfluss der Länge der Berufserfahrung auf die Zufriedenheit	36
3.8.2	Einfluss des Geschlechtes auf die Zufriedenheit	37
3.9	Ergebnisse der Querschnitterhebung auf einer chirurgischen Station	38
4	Diskussion	41
4.1	Gesprächszeit mit Patienten	42
4.1.1	Bisherige Forschungsergebnisse	42
4.1.2	Der Vergleich mit den eigenen Daten	45
4.2	Gesprächszeit mit Angehörigen	48
4.3	Gesamtarbeitszeit, Anteil der Gespräche und Anteil administrativer Aufgaben am Arbeitsaufwand	51
4.3.1	Vergleich der aktuellen Studie mit vorangehenden Untersuchungen in der Literatur	51
4.3.2	Vergleich zwischen konservativ und operativ tätigen Ärzten	56
4.4	Vergleich von Selbsteinschätzung und Fremdmessung	58
4.5	Vergleich von Ärztinnen und Ärzten	59
4.6	Einfluss der Länge der Berufserfahrung	61
4.7	Zufriedenheit der Ärzte mit Gesprächen und mit Praktischen Tätigkeiten	62
4.8	Einfluss der Länge der Berufserfahrung und des Geschlechtes auf die Zufriedenheit der Ärzte	63
4.9	Querschnitterhebung auf einer chirurgischen Station	66

5	Zusammenfassung	68
6	Appendix	69
7	Literaturverzeichnis	73
8	Lebenslauf	78
9	Danksagung	79

1 Einleitung

Die Zeitschrift „Die Zeit“ titelt in ihrer Ausgabe vom 03.08.2006: „Arzt und Patient haben verlernt, miteinander zu reden. Dabei hilft eine gute Beziehung dem Kranken mehr, als viele Mediziner wahrhaben wollen“ (Albrecht, Die Zeit, Ausgabe Nr.32, 03.08.2006).

Die Frankfurter Allgemeine Zeitung schreibt am 13.10.2004 in einem ihrer Artikel, dass rund 80% der medizinischen Irrtümer auf menschlichem Versagen beruhen. „Zu den auslösenden Faktoren zählen etwa eine übermäßige Arbeitsbelastung, zu wenig Schlaf, Differenzen innerhalb der Gruppe, persönliche Schwierigkeiten und- mit Abstand am häufigsten - Unzulänglichkeiten bei der Kommunikation“ (Lutterotti, FAZ, Nr.239 Seite N2, 13.10.2004).

Diese beiden Artikel verdeutlichen, dass in der Gesellschaft die Themen Arzt-Patienten-Beziehung und Kommunikation aktuell Gegenstand der Diskussion sind. Die Medizin muss sich dieser Diskussion stellen.

Die Approbationsordnung für Ärzte sieht seit 2002 die Förderung kommunikativer Kompetenzen vor. So schlüpfen die Studenten zum Beispiel in Rollenspielen in die Haut von Patienten und lernen schon frühzeitig, wie man sich bei Angehörigen vorstellt und ihnen schlechte Nachrichten übermittelt.

Ziel dieser Studie soll es daher sein, zumindest die zeitliche Komponente des Gespräches zwischen Arzt¹ und Patient näher zu untersuchen und der Frage nachzugehen, woran es in der Kommunikation mangelt. Da eine der Standardklagen der Ärzte lautet, sie kämen aus lauter Zeitmangel nicht zu einem gründlicheren Gespräch und ihnen blieben vor lauter Dokumentation, Kontrollanfragen der medizinischen Dienste und Befundüberprüfung nur wenige Minuten pro Patient, soll diese Studie weiterhin untersuchen, wie ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus sich heutzutage gestaltet und welche Faktoren Einfluss auf sie nehmen.

¹ Im Folgenden wird zur Vereinfachung immer von Ärzten gesprochen, dies bezieht sich in gleicher Weise auf Frauen wie auf Männer.

1.1 Das Gespräch zwischen Arzt und Patient

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist auch heute noch das zentrale Instrument für die Diagnostik und die Therapie von Krankheiten. Überbordende Bürokratie, ständig zunehmender Zeitdruck und chronische Arbeitsüberlastung auf Seiten der Ärzte führen dazu, dass die Zeit für solche Gespräche immer knapper geworden ist. So befragten Hemmer-Schanze und Fuessl niedergelassene Allgemeinärzte und Internisten unter anderem nach den Hindernissen, die im beruflichen Alltag dem Zuhören der Patienten im Wege stehen. Von den Befragten werten 45,6% die hohe Arbeitsbelastung und den Zeitdruck als sehr großes Hindernis und 36,3% als großes Hindernis (Hemmer-Schanze, Fuessl 2006).

Ungeachtet um welchen inhaltlichen Zusammenhang es sich im einzelnen Falle handelt, ein gutes und für beide Seiten ertragreiches Gespräch benötigt Zeit und Ruhe. Diese beiden Faktoren kommen heutzutage immer häufiger zu kurz. Ein Ziel dieser Studie war es, herauszufinden, wie viel Zeit für das Gespräch zwischen Arzt und Patient aktuell im Krankenhaus zur Verfügung steht. In der Literatur sind zu diesem Thema ältere Untersuchungen, vor allem aus den USA und Großbritannien zu finden (Fry 1952; Mair, Mair 1959; Morrell 1971; Balint 1975; Wilkin, Metcalfe 1984; Howie, Heaney et al. 1999; Cape 2002; Ogden, Bavalia et al. 2004). Es handelt sich hierbei jedoch vor allem um Gesprächszeiten, die in Allgemeinarztpraxen ermittelt wurden. Dagegen sind nur wenige Untersuchungen zum Thema Arzt-Patienten-Gespräch im Krankenhaus bekannt, bedeutend ist in diesem Zusammenhang die Studie von Häuser und Schwebius. Sie untersuchten die Gesprächszeiten von fünf Krankenhausärzten und kamen zu dem Ergebnis, dass pro Tag durchschnittlich zwei Minuten während der Visite mit jedem einzelnen Patienten gesprochen wird (Häuser, Schwebius 1999).

Die vorliegende Studie behandelt die Frage, ob sich die Länge dieser Gespräche seither verändert hat, und wenn ja, ob diese Gespräche länger oder kürzer geworden sind. Im Vergleich zur Studie von Häuser und Schwebius umfasst die vorliegende Studie jedoch ein größeres Kollektiv von Ärzten, die in verschiedenen Bereichen eines Klinikums der Maximalversorgung tätig sind, während es sich in der Studie von Häuser und Schwebius allein um

allgemeininternistisch tätige Ärzte handelt. Die vorliegende Studie kann so beispielsweise zwischen den Zeitwerten von operativ und konservativ tätigen Ärzten Vergleiche anstellen.

In der vorliegenden Studie wurde zusätzlich eine differenziertere Unterteilung der ärztlichen Tätigkeit in verschiedene Parameter vorgenommen als in der Studie von Häuser und Schwebius.

1.2 Das Gespräch zwischen Arzt und Angehörigen

Die Behandlung eines kranken Menschen beinhaltet nicht nur Gespräche mit diesem selbst, sondern auch Gespräche mit seinen Angehörigen. Die Wünsche der Angehörigen bezüglich des Inhaltes eines Gespräches mit einem Arzt sind vielfältig: Sie erwarten vom Arzt Informationen über Diagnose und Therapie der Erkrankung, Informationen über die Auswirkungen der Erkrankung auf das alltägliche Leben, sowie Informationen über die Prognose der Erkrankung und über den eventuell nahenden Tod des Patienten. Der Arzt ist nicht nur bezüglich seines medizinischen Wissens gefordert, sondern muss dem Angehörigen auch in existentiellen Fragen Rede und Antwort stehen. So wünschen sich laut einer Studie von Hartmann et al. 50% der Angehörigen eine Teilnahme an der Visite, 21% wünschen sich gemeinsame Gespräche von Familie, Arzt und Patient und rund 13% äußern ein Bedürfnis nach Beratungsgesprächen über emotional bedeutsame Themen (Hartmann et al. 1999).

Wie viel Zeit für diese Gespräche zur Verfügung steht, wurde 1999 ebenfalls von Häuser und Schwebius untersucht. Ergebnis war eine Minute pro Angehöriger und Tag. Die vorliegende Studie untersucht diesen Zeitwert auf seine aktuelle Gültigkeit.

1.3 Inhalte ärztlicher Tätigkeit

Die Aufgaben eines Krankenhausarztes sind mannigfaltig. Zu ihnen gehören Patientengespräche, Untersuchungen von Patienten, Dokumentation, Kurvenvisite, Bewertung von Befunden und vieles mehr.

Recherchen der gegenwärtig vorhandenen Literatur zeigen, dass es bis heute kaum Studien gibt, welche die zeitliche Verteilung der ärztlichen Aufgaben auf den gesamten Arbeitstag eines Stationsarztes untersuchen. Die Beantwortung dieser Frage ist unter anderem Gegenstand der Freiburger Studie.

Untersucht wird in der vorliegenden Studie des Weiteren, ob es zwischen verschiedenen ärztlichen Fachbereichen Unterschiede sowohl in der prozentualen als auch in der absoluten Zeitverteilung der Aufgaben gibt.

Die Untersuchung der Inhalte ärztlicher Tätigkeit und deren zeitlicher Verteilung wirft ferner die Frage auf, wie die Ärzte selbst die Zeit einschätzen, die sie für bestimmte Tätigkeiten täglich aufwenden.

Auch Häuser und Schwebius untersuchten die Selbsteinschätzung von Ärzten bezüglich der zeitlichen Verteilung der ärztlichen Tätigkeiten. Die vorliegende Studie überprüft die Untersuchung der Selbsteinschätzung der Ärzte und stellt die ermittelten Schätzwerte den Zeitwerten gegenüber, die tatsächlich gemessen wurden.

Neben der Selbsteinschätzung der Ärzte bezüglich der zeitlichen Verteilung wird als zweiter subjektiver Parameter ihre Zufriedenheit mit der zur Verfügung stehenden Zeit für bestimmte Tätigkeiten untersucht.

Ein Blick in die Literatur zeigt, dass das Thema „allgemeine Berufszufriedenheit von Ärzten“ bereits häufig Gegenstand von Studien war (Mechanic 1975; Mawardi 1979; Skolnik, Smith et al. 1993; Bovier, Perneger 2003; Cohen, Patten 2005).

1.4 Untersuchung von Faktoren, die die zeitliche Verteilung ärztlicher Aufgaben möglicherweise beeinflussen

Für junge Ärzte, die gerade ihr Studium absolviert haben, bedeutet der erste Schritt ins Arbeitsleben oft einen „Sprung ins kalte Wasser“. Von einem auf den anderen Tag ist man plötzlich für mehrere Patienten, eventuell für eine ganze Station selbst verantwortlich. Erst im Laufe des Berufslebens entwickelt sich die Routine, die die Durchführung bestimmter Aufgaben erleichtert. Der Arbeitsstil verändert sich, man wird in einigen Bereichen schneller und sicherer.

Die vorliegende Studie untersucht deshalb die Frage, ob und in welcher Weise die Berufserfahrung eines Arztes Einfluss auf die Länge verschiedener ärztlicher Tätigkeiten hat.

Aber nicht nur die Berufserfahrung hat möglicherweise hierauf Einfluss, sondern auch das Geschlecht des Arztes.

Die Frage nach Unterschieden zwischen Männern und Frauen bezüglich ihrer Arbeitsweise wurde schon vielfach in der Literatur behandelt (Meeuwesen, Schaap et al. 1991; Roter, Lipkin et al. 1991; Bensing, van den Brink-Muinen et al. 1993; Bernzweig, Takayama et al. 1997; Howie, Heaney et al. 1999; Roter, Geller et al. 1999; van Dulmen, Bensing 2000; Britt, Valenti et al. 2002; Farber, Urban et al. 2002; Roter, Hall et al. 2002; Street, Gordon et al. 2005; Hemmer-Schanze, Fuessl 2006).

Die vorliegende Studie untersucht in diesem Kontext, inwieweit das Geschlecht des Arztes die Länge der Patientengespräche, die Länge der Angehörigengespräche und die Länge der Praktischen Tätigkeiten beeinflusst.

Weiterhin beschäftigt sie sich in diesem Zusammenhang mit der Fragestellung, inwieweit die Berufserfahrung und das Geschlecht des Arztes seine Zufriedenheit mit Patientengesprächen, mit Angehörigengesprächen und Praktischen Tätigkeiten beeinflussen, wie ebenfalls in der Literatur schon mehrfach behandelt (Haas, Cleary et al. 1998; Wetterneck, Linzer et al. 2002; End, Mittlboeck et al. 2004).

.

1.5 Untersuchung der Verteilung der Inhalte ärztlicher Tätigkeit auf die Wochentage

Nachdem der Inhalt ärztlicher Tätigkeit auf verschiedene Weise beleuchtet wurde, untersucht die vorliegende Studie zuletzt, inwieweit Unterschiede in der ärztlichen Tätigkeit zwischen den einzelnen Wochentagen bestehen. Gemeint sind Unterschiede bezüglich der Inhalte der Arbeit an den einzelnen Arbeitstagen oder bezüglich der Verteilung einzelner Tätigkeiten auf die verschiedenen Arbeitstage.

Trotz ausführlicher Literaturrecherche konnte keine andere Studie gefunden werden, die dieses Thema zum Gegenstand ihrer Untersuchungen gemacht hat.

2 Material und Methoden

Um zu untersuchen, wie viel Zeit für das Gespräch mit Patienten und Angehörigen verwendet wird, wurden Stationsärzte verschiedener Abteilungen der Universitätsklinik Freiburg während ihrer Arbeit begleitet. Es wurde hierbei nicht nur die Länge der Gespräche gemessen, sondern auch der Zeitaufwand, der für andere Bereiche ärztlicher Tätigkeit benötigt wird. Zusätzlich wurden die begleiteten Ärzte gebeten, einen Fragebogen über ihre Berufszufriedenheit auszufüllen.

2.1 Pilotphase

Um die Methodik zu etablieren, und Problembereiche zu identifizieren, wurde der eigentlichen Studie eine Pilotphase vorgeschaltet. Während dieser Phase wurden Stationsärzte aus den Bereichen Gastroenterologie (zwei Ärzte), Hämatologie und Onkologie (drei Ärzte), Nephrologie (ein Arzt), Infektiologie (ein Arzt) und Kardiologie (ein Arzt) bei ihrer Arbeit für einen Tag begleitet. Das Ziel dieser Phase der Studie war es, herauszufinden, welche Bereiche der ärztlichen Tätigkeit außerhalb des Gespräches mit Angehörigen und Patienten zeitlich erfasst werden sollten. Außerdem galt es zu ermitteln, auf welche Weise die Messung der Gespräche mit den Patienten bzw. mit den Angehörigen geschehen sollte.

Im ursprünglichen Studienprotokoll war vorgesehen, die Gesprächszeiten nur während der Visite zu messen, also nur während des Vormittages die Ärzte zu begleiten. Die Erfahrungen aus der Pilotphase zeigten jedoch, dass die Studie ganztägig durchgeführt werden musste.

Die Gründe dafür sind:

1. Viele Unterbrechungen der ärztlichen Tätigkeit während der Visite
2. Durch die Abwesenheit vieler Patienten während der morgendlichen Visite aufgrund von Untersuchungen etc. werden in dieser Zeit nicht alle Gespräche erfasst.
3. Gespräche mit Angehörigen fallen häufig unplanbar in die Zeit außerhalb der Visite.

4. Neuaufgenommene Patienten wurden häufig zwei- bis dreimal visitiert. Vormittags alleine durch den Stationsarzt, und nachmittags dann durch Stations- und Oberarzt gemeinsam.

Nach der Auswertung der Pilotphase wurde die ärztliche Tätigkeit in 15 Parameter unterteilt (siehe Kapitel 2.2.3 Messungen).

Die Zeiten, die während der Pilotphase gemessen wurden, sind in den ausgewerteten Ergebnissen nicht berücksichtigt.

2.2 Studiendesign

2.2.1 Auswahl der Stationen

In die Messungen wurden Stationen folgender Abteilungen des Universitätsklinikums Freiburg mit einbezogen:

In der Medizinischen Klinik waren es zwei nephrologische Stationen, drei kardiologische Stationen, sechs hämatologische und onkologische Stationen, eine rheumatologische Station, eine pneumologische Station, drei gastroenterologische Stationen und eine infektiologische Station.

Aus der Abteilung für Chirurgie wurden drei unfallchirurgische und orthopädische Stationen, zwei herz- und gefäßchirurgische Stationen, zwei urologische Stationen, eine thoraxchirurgische Station, zwei allgemein- und bauchchirurgische Stationen und eine handchirurgische/ plastische Station in die Studie mit eingeschlossen.

Außerdem wurden Ärzte auf zwei Stationen der Klinik für Strahlenheilkunde und ebenfalls zwei Ärzte aus der Abteilung für Neurologie des Universitätsklinikums Freiburg begleitet. Weiterhin wurde die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe in die Studie mit eingebunden. Die Messungen schlossen hierbei drei Stationen für allgemeine und onkologische Stationen sowie eine Wöchnerinnenstation mit ein.

Insgesamt wurden auf 36 Stationen Ärzte jeweils während eines Tages bei ihrer Arbeit begleitet. Von all diesen wurden zwei Ärzte zweimal begleitet, da sie aufgrund abteilungsinterner Rotationen die Station im Zeitraum der Datenerfassung gewechselt hatten. Insgesamt wurden 34 verschiedene Ärzte begleitet.

2.2.2 Querschnittserhebung

Weiterhin wurde eine Querschnittserhebung für fünf Arbeitstage während einer Woche in der Chirurgie vorgenommen. In dieser Woche wurde ein Arzt von Montag bis Freitag jeweils von Beginn bis Ende eines jeden Arbeitstages begleitet und gemessen. Es handelte sich dabei um eine Woche, in der der betroffene Arzt weder für Nacht-, noch Hintergrund- oder anschließenden Wochenenddienst eingeteilt war. Diese Erhebung fand in der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie statt. Die dabei gemessenen Zeiten sind separat erfasst und berechnet.

2.2.3 Messungen

Der Ablauf der ärztlichen Tätigkeit wurde in die folgenden 15 Parameter unterteilt:

1. Diagnostisches / Therapeutisches Gespräch
2. Psychologisches / Erläuterndes Gespräch
3. Angehörigengespräch
4. Ärztliche Besprechung
5. DRG: Verschlüsselung und mit ihr verbundene Tätigkeiten
6. Diktieren / Briefe schreiben
7. Berichtwesen
8. Praktische Tätigkeiten
9. Bewertung von Befunden
10. Konsile
11. Besprechung mit Kollegen
12. Kurvenvisite

13. Anmeldung weiterer Untersuchungen
14. Lehre
15. Sonstiges/Verwaltung

Nachfolgend werden die einzelnen Parameter erläutert:

1. **Diagnostische und Therapeutische Gespräche** beinhalten die klassischen Gespräche zwischen Arzt und Patient während der täglichen Visite, aber auch die Erhebung der Anamnese eines neu aufgenommenen Patienten. Weiterhin eingeschlossen in diesen Bereich sind Aufklärungsgespräche vor ärztlichen Eingriffen wie Operationen oder kleineren „Eingriffen“, zum Beispiel Pleurapunktionen. Außerdem zählen die Gespräche zur Entlassung hierzu.
2. **Psychologische / Erläuternde Gespräche** beinhalten in erster Linie die Vermittlung einer schlechten Diagnose, zum Beispiel einer Krebsdiagnose. Außerdem gehören Gespräche in diesen Bereich, in denen näher auf Fragen und Ängste des Patienten eingegangen wird. Gespräche über den drohenden Tod oder über das Leben mit der schweren Krankheit zählen hierzu. Auch Beratungen älterer Patienten bezüglich ihrer Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt, zum Beispiel in einem Altersheim, sind berücksichtigt.
3. Das **Gespräch mit den Angehörigen** beinhaltet sowohl direkte als auch telefonische Gespräche. Die Inhalte dieser Gespräche sind vielfältig, sie reichen von der Beantwortung praktischer Fragen bis hin zum persönlichen Gespräch über Ängste und Trauer.

Alle Gespräche, an denen der zu messende Arzt teilnahm, sind in den gemessenen Zeiten berücksichtigt. Das heißt, es sind auch solche Gespräche mit eingeschlossen, die ein anderer Arzt führte, bei denen der begleitete Arzt lediglich anwesend war. Dies war zum Beispiel während der morgendlichen Stationsvisite immer wieder der Fall. Alle Gespräche mit Patienten der jeweiligen Station, die ein anderer Arzt ohne die Anwesenheit des zu begleitenden Arztes führte, sind in der Studie nicht berücksichtigt.

4. Der Parameter **Ärztliche Besprechung** fasst alle Besprechungen zusammen, die fest in den Stationsalltag mit eingeplant sind. Dazu gehört beispielsweise die Versammlung der gesamten Abteilung einmal täglich oder das Treffen zur Röntgenbesprechung. Für die ärztlichen Besprechungen gilt das gleiche Verfahren, welches auch für die Gespräche zwischen Arzt und Patient angewandt wurde: Es wurden nur solche Besprechungen in die Studie mit eingeschlossen, an denen der jeweilige Arzt auch teilnahm.
5. Ein weiterer Faktor des Aufgabenfeldes eines Stationsarztes sind **diagnosis-related-groups (DRGs)**. Hierunter fallen die gemessenen Zeiten, die für das Verschlüsseln an sich sowie für Besprechungen zum Thema DRG benötigt wurden. Ebenfalls beschäftigen manche der Stationen, die an dieser Studie teilnahmen, sogenannte „DRG-Beauftragte“, also nicht-ärztliche Mitarbeiter, die ausschließlich für das Verschlüsseln, bzw. für die Überprüfung der bereits erfolgten Verschlüsselungen zuständig sind. Mit diesen Beauftragten geführte Beratungsgespräche sind ebenfalls unter dem Punkt DRG berücksichtigt.
6. Das **Schreiben oder Diktieren von Briefen** ist ein wichtiges Mittel, alle Fakten über Diagnose und Therapie der Patienten zusammenzutragen. Diese Briefe sind eine wichtige Informationsquelle für weiterbehandelnde Ärzte. Das Schreiben oder Diktieren von Briefen gehört deshalb zur täglichen ärztlichen Arbeit. Auch die Zeit, die für die Korrektur von Briefen jüngerer Kollegen und von Sekretärinnen oder anderen Schreibkräften benötigt wurde, ist in diesem Punkt enthalten.
7. Zur Einheit **Berichtswesen** zählen Tätigkeiten wie das Ausfüllen von Formularen. Gemeint sind zum Beispiel Formulare von Krankenkassen oder Rehabilitations-Kliniken. Außerdem gehören Krankenschreibungen oder Versicherungsanfragen dazu.
8. Unter den Begriff **Praktische Tätigkeiten** fallen diejenigen Aufgaben, die der klassischen ärztlichen Tätigkeit in der heutigen Zeit entsprechen: Als Beispiele seien hier genannt:
 - Allgemeine körperliche Untersuchungen
 - Venenpunktionen und Blutabnahmen

- Kreuzbluttestungen und die Gabe von Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentraten
- die diagnostische Arbeit mittels Ultraschallgerät oder EKG
- Aszitespunktionen
- die Verabreichung von Injektionen oder Chemotherapeutika

In jedem dieser Fälle wurde die Gesamtzeit, die für den Vorgang benötigt wurde, gemessen, also auch Vor- und Nacharbeiten. Damit ist zum Beispiel das Ausfüllen des Protokolls einer Chemotherapie gemeint, oder auch das Manövrieren des EKG-Gerätes zwischen den einzelnen Stationszimmern vor und nach der Untersuchung.

9. Die **Bewertung von Befunden** ist ebenfalls eine ärztliche Aufgabe. Gemeint ist unter anderem das Beurteilen alltäglich neu anfallender Laborberichte oder das Bewerten von Röntgenbildern und EKGs. Auch das Studium von alten Arztbriefen neu aufgenommener Patienten fällt in diesen Bereich. Oftmals füllte der Arzt den Aufnahmebogen eines Patienten parallel zum Aufnahmegespräch aus. In einigen Fällen kam es jedoch vor, dass der Arzt den Aufnahmebogen eines neuen Patienten erst nach der ersten Untersuchung ausfüllte. In diesen Fällen wurde die dafür benötigte Zeit auch unter der Bewertung von Befunden verbucht.
10. Täglich werden in Universitätsklinika viele **Konsile** durchgeführt. Auch sie müssen telefonisch angemeldet werden, außerdem muss zusätzlich ein Konsilschein ausgefüllt werden. Der Parameter Konsile enthält alle Zeiten, die ein Arzt mit solchen Aufgaben verbrachte.
11. Der kontinuierliche verbale **Austausch mit Kollegen** ist Voraussetzung für den reibungslosen Ablauf des Stationsbetriebes in einem Akutkrankenhaus. Mit Kollegen sind hier sowohl Ober- als auch Chefärzte als auch Assistenten und das Pflegepersonal gemeint. Ebenfalls zu den Kollegen gehören Sozialarbeiter, Seelsorger und Mitarbeiter aus anderen Bereichen, die in die Behandlung der stationären Patienten eingebunden sind. Unter der Rubrik Austausch mit Kollegen ist die Gesamtzeit aller gemessenen Gespräche zwischen dem Arzt und den oben erwähnten Personen während des Arbeitstages dargestellt. Auch telefonische Gespräche mit niedergelassenen Kollegen oder Kollegen aus anderen Krankenhäusern sind berücksichtigt.
12. Der Parameter **Kurvervisite** enthält unter anderem die gemessene

Zeit, die zum Beispiel für das Erstellen einer Kurve eines neuen Patienten benötigt wurde. Eingeschlossen sind alle Eintragungen in diese Kurve am jeweiligen Arbeitstag. Es kann sich dabei sowohl um elektronisch wie auch schriftlich geführte Kurven handeln. Außerdem ist es auf vielen Stationen üblich, täglich einen schriftlichen Arbeitsplan zu erstellen, der alle an diesem Tag zu erledigenden Aufgaben auflistet. Die Zeit, die für das Erstellen dieses Planes und alle ihn betreffenden Eintragungen aufgewandt wurde, ist ebenfalls unter dem Punkt Kurvenvisite zu finden.

13. Die **Anmeldung von weiteren Untersuchungen** zur genaueren Diagnostik ist ein fester Bestandteil im Alltag eines Stationsarztes. Gemeint ist zum Beispiel das Ausfüllen von Anmeldeformularen, zum Beispiel für eine Röntgen- oder Laboruntersuchung oder die Ausstellung eines Rezeptes. In vielen Fällen ist es üblich, dass der Stationsarzt den Patienten zusätzlich telefonisch zu dieser Untersuchung anmeldet. Auch die für diese Telefonate benötigte Zeit ist hier berücksichtigt.

Ebenfalls unter die Einheit Anmeldung für weitere Untersuchungen fallen solche Zeiten, die für Therapieanforderungen benötigt wurden. Eine Therapieanforderung ist zum Beispiel die Bestellung eines Chemotherapeutikums in der Apotheke oder einer Blutkonserve in der Blutbank. Außerdem sind Zeiten, die mit dem Ausfüllen eines Aufklärungsbogens für einen diagnostischen Eingriff verbracht werden, mit eingeschlossen.

14. Die **Lehre** ist eine essentielle Aufgabe der Universitätskliniken. Sie findet immer weniger nur in der Theorie in Hörsälen und Laboren statt, denn die neue Approbationsordnung legt vor allem auf praxisorientierte Ausbildung der zukünftigen Ärzte großen Wert. Aus diesem Grunde beansprucht der Studentenunterricht an vielen Tagen Zeit des Stationsarztes. Auch das Beantworten von Fragen der Studenten im Praktischen Jahr, das Erklären und Assisitieren bei ersten praktischen Eingriffen wie einer Punktion gehört zum Komplex Lehre.

Der Punkt der Lehre berücksichtigt zusätzlich die Betreuung von Doktoranden, die Mitarbeit an Forschungsarbeiten und auch die Teilnahme an Fortbildungen, die während der normalen Arbeitszeit des begleiteten

Stationsarztes stattfanden. Recherchen im Internet nach neuesten Forschungsergebnissen wurden ebenfalls eingeschlossen.

15. In der letzten Spalte **Sonstiges/Verwaltung** wurden alle Tätigkeiten untergebracht, die den anderen Spalten nicht zuzuordnen waren. Da zu Beginn der Studie noch nicht geplant war, auch chirurgische Stationen mit einzuschließen, war keine eigene Spalte für den operativen Bereich im Messbogen vorhanden. Deshalb mussten die hierfür benötigten gemessenen Zeiten zunächst in der Spalte Sonstiges untergebracht werden. Die im OP verbrachte gemessene Zeit verblieb auch in dieser Rubrik, wurde aber separat gekennzeichnet. Außerdem wurde die für das Schreiben von OP-Berichten aufgewendete Zeit separat notiert.

Da die Zeiten aus dem Bereich der **Verwaltung** aufgrund ihrer Kürze schwer separat gemessen werden konnten, wurden sie am Ende jedes Arbeitstages als Differenz zwischen Gesamtarbeitszeit und der Zeit, die für alle anderen Tätigkeiten gemessen wurde, berechnet. Übrig blieben außerdem Zeiten für persönliche Verrichtungen (Hände waschen, Händedesinfektion, Toilettengang), für Computerprobleme und für längere Wege, die während der Arbeitszeit zurückgelegt werden mussten. Auch diese Tätigkeiten wurden nicht separat gemessen.

Unter der Kategorie **Verwaltung** wurden Arbeiten subsummiert, die durch eine Sekretärin oder Schreibkraft ohne medizinisches Wissen durchführbar sind:

- Beantwortung telefonischer Anfragen oder Faxen diverser Unterlagen
- Suche nach Krankenakten oder alten Befunden eines Patienten
- Sortieren von Akten und andere Aufräumarbeiten im Arztzimmer
- Führung eines Einbestellkalenders für ambulante Termine
- Bekleben von Konsil- und anderen Scheinen zur Anforderung von Untersuchungen mit Patientenklebern
- Koordination der Bettenverteilung im Dialog mit den anderen bettenführenden Stationen

Pausen während der Arbeitszeit wurden ebenfalls gemessen und addiert. Die Gesamtzeit an Pausen wurde separat ausgewertet.

2.2.4 Fragebogen

Der zweite Bestandteil der Studie war ein Fragebogen, der die Zufriedenheit der teilnehmenden Ärzte in verschiedenen Bereichen ihrer Tätigkeit untersuchen sollte.

Während der Pilotphase wurde dieser Bogen am Ende des untersuchten Arbeitstages an den jeweiligen Arzt verteilt, mit der Bitte, diesen in den darauf folgenden Tagen in Ruhe auszufüllen. Mit diesem Vorgehen wurde eine nur mangelhafte Rücklaufquote erreicht. Deshalb wurde entschieden, den Fragebogen direkt am Ende des gemessenen Arbeitstages ausfüllen zu lassen. Ein Beispiexemplar des Fragebogens ist der Arbeit als Appendix III angefügt.

2.3 Auswertung und Statistik

Alle gemessenen Zeiten wurden in einer Excel-Tabelle zusammengefasst und diese dann durch zwei unabhängige Personen überprüft. Die Durchschnittswerte der gemessenen Zeiten für die verschiedenen Bereiche wurden elektronisch berechnet. Weiterhin wurden die Durchschnittswerte sowohl für den konservativen als auch für den operativen Bereich separat berechnet und dann miteinander verglichen.

Die Signifikanz der Unterschiede zwischen den von den Ärzten selbst eingeschätzten und den tatsächlich gemessenen Zeiten, die für Kommunikation und Dokumentation aufgewandt werden mussten, wurde mittels zweiseitigem T-Test für abhängige Stichproben bestimmt. Sonstige Signifikanzen wurden mit dem T-Test für unabhängige Stichproben ermittelt. Bezüglich der Veränderung der Zufriedenheit mit verschiedenen Tätigkeiten im Verlauf des Berufslebens wurde der Pearson-Korrelationskoeffizient berechnet.

Die statistischen Analysen wurden mittels SPSS 13.0 für Windows® durchgeführt. Diagramme und Schaubilder wurden mit Hilfe von Microsoft Excel 2000®, Sigma Plot 8.0 für Windows® und CorelDraw 10® erstellt.

3 Ergebnisse

3.1 Demographische Daten

Im Zeitraum vom 15.03.05-19.09.05 wurden 34 Ärzte auf 36 Betten führenden Normalstationen des Universitätsklinikums begleitet. Von diesen 36 Stationen mussten zwei aus dem Datensatz herausgenommen werden (Auswertungsrate 94%). Hierbei handelte es sich um eine chirurgische Station (Hand- / Plastische Chirurgie), auf der der begleitete Arzt zum Nachtdienst eingeteilt war, sowie um eine internistische Station (Hämatologie / Onkologie), die zum Zeitpunkt der Datenerhebung für ambulante Patienten genutzt wurde. Abzüglich dieser beiden Stationen ergab sich eine Gesamtsumme von 34 Stationen beziehungsweise 32 Ärzten (zwei der Ärzte wurden wegen eines Stationswechsels zweimal begleitet).

Von den 32 ausgegebenen Fragebögen konnten 31 ausgewertet werden (Antwortrate 96%). 19 der 31 Ärzte, die einen ausgefüllten Fragebogen zurückgaben, waren in konservativen Bereichen tätig, zwölf in operativen Bereichen. Neun der 19 konservativ tätigen Ärzte waren Männer und zehn waren Frauen, von den zwölf operativ tätigen Ärzten waren acht Männer und vier Frauen.

Die Zeitspanne der Berufserfahrung lag durchschnittlich bei 30 Monaten (Variationsbreite 4-192 Monate).

Von den insgesamt gemessenen 34 Arbeitstagen fielen vier auf einen Montag, neun auf einen Dienstag, sechs auf einen Mittwoch, zehn auf einen Donnerstag und fünf auf einen Freitag.

Insgesamt wurden auf den 34 Stationen 614 Patienten stationär betreut. Die durchschnittliche Belegung lag bei 18 Patienten pro Station.

3.2 Anteile einzelner Tätigkeiten am gesamte Arbeitsaufwand

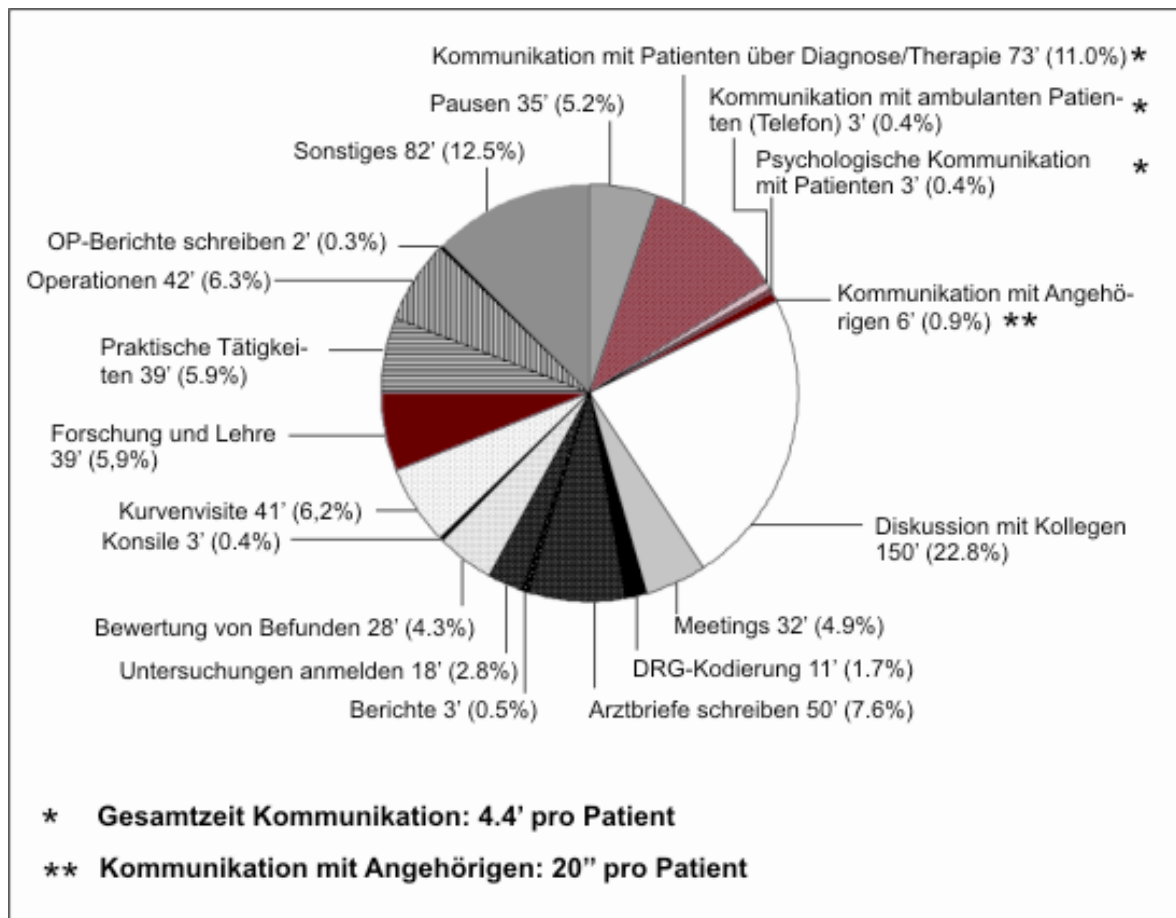


Abbildung 1

Die Gesamtdauer eines Arbeitstages lag zwischen 490 Minuten (29400 Sekunden oder 8,16 Stunden; kürzester gemessener Arbeitstag) und 848 Minuten (50880 Sekunden oder 14,13 Stunden; längster gemessener Arbeitstag). Diese Zeiten wurden beide in konservativen Bereichen gemessen. Aus allen 34 begleiteten Arbeitstagen ergab sich eine durchschnittliche Arbeitszeit von 658,91 Minuten (39534 Sekunden oder 10,98 Stunden). In dieser Zeit machten die begleiteten Ärzte im Durchschnitt 35 Minuten (genau: 34,48 Minuten) Pause.

Die gesamte Kommunikationszeit pro Tag zwischen einem Arzt und seinen Patienten lag bei 79 Minuten, dies entspricht einem Anteil von 11,8% an der Gesamtarbeitszeit. Pro Patient und Tag errechnet sich so eine Gesprächszeit mit dem behandelnden Arzt von 4 Minuten 17 Sekunden. Dieser Wert enthält

die Summe der gemessenen Zeiten für diagnostische und therapeutische Gespräche, für psychologische und erläuternde Gespräche und für Gespräche mit ambulanten Patienten, in der Regel Gespräche am Telefon.

Die Kommunikationszeit mit Angehörigen ergab einen Durchschnittswert von 20 Sekunden pro Tag und Patient, einen Angehörigen pro Patienten angenommen. Insgesamt verbandte ein Arzt im Durchschnitt 5 Minuten 54 Sekunden seiner Arbeitszeit für Gespräche mit Angehörigen. Dies entspricht einem Anteil von 0.9%. Auf den meisten Stationen arbeiteten zwei oder auch mehr Ärzte gleichzeitig, in zum Teil komplexen Schichtsystemen. Trotzdem wurde entschieden, alle Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Messung auf der Station befanden waren und für die der begleitete Arzt verantwortlich war, in die gemessene Kommunikationszeit mit einzurechnen. Der zweite Arzt auf der Station war häufig für andere Aufgaben zuständig, zum Beispiel für bestimmte Untersuchungen wie Ultraschall oder für den OP. Prädiktive Faktoren für eine kurze Kommunikationszeit konnten nicht gefunden werden.

Für den Bereich Verwaltung und Sonstiges wurde im Durchschnitt ein Aufwand von 82 Minuten pro Arbeitstag gemessen. Dieser Bereich hatte somit einen Anteil von 12,5% an der Gesamtarbeitszeit.

Ärztliche Besprechungen (Meetings) fanden im Durchschnitt pro Tag 32 Minuten lang statt. Es ergibt sich so ein Anteil von 4.9% an der Gesamtarbeitszeit. Die Zahl der ärztlichen Besprechungen pro Arbeitstag lag bei den begleiteten Ärzten zwischen null und vier pro Tag.

Die gemessenen Zeiten für den Parameter DRG betragen durchschnittlich elf Minuten pro Arzt und Arbeitstag, dies entspricht einem prozentualen Anteil von 1,7%. Das Intervall der gemessenen DRG-Zeiten lag zwischen null und 4 045 Sekunden (67 Minuten 25 Sekunden).

Pro Tag wurden durchschnittlich 50 Minuten (7,6%) für das Schreiben oder Diktieren von Briefen aufgewandt.

Das Berichtswesen benötigte 3 Minuten (0,5%) pro Tag im Durchschnitt.

Ein Arzt verbrachte im Durchschnitt 39 Minuten (5,9%) mit praktischen Tätigkeiten.

Die Befundbewertung beanspruchte 28 Minuten (4,3%).

Die Anforderung von Konsilen beanspruchte 3 Minuten (=0,4%).

Den größten Anteil am Arbeitstag hatte die Besprechung mit Kollegen, mit einem Durchschnittswert von 150 Minuten pro Arzt (22,8%).

Für die Kurvenvisite verbandte ein Arzt 41 Minuten (6,2%).

Für die Anmeldung von weiteren Untersuchungen brauchte er 18 Minuten (=2,8%).

Lehre und Forschung nahmen im Durchschnitt 39 Minuten (5,9%) der täglichen Arbeitszeit ein.

Die OP-Zeit betrug durchschnittlich 42 Minuten (6,3%). Dieser Wert kommt zustande, indem die Gesamtoperationszeit durch die Anzahl aller gemessenen Stationen (operativ und konservativ) geteilt wurde, und ist somit eine künstlich ermittelte Zahl. Die Durchschnittszeit von zwei Minuten (0,3%), die für das Schreiben von OP-Berichten verwendet wurde, entstand auf gleiche Weise, und ist ebenfalls wenig aussagekräftig. Für diese beiden Bereiche sind die Zeitwerte aus dem Kapitel 3.3, in dem Internisten und Chirurgen separat betrachtet werden, bedeutender.

3.2 Vergleich der Zeiten von operativen und konservativen Stationen

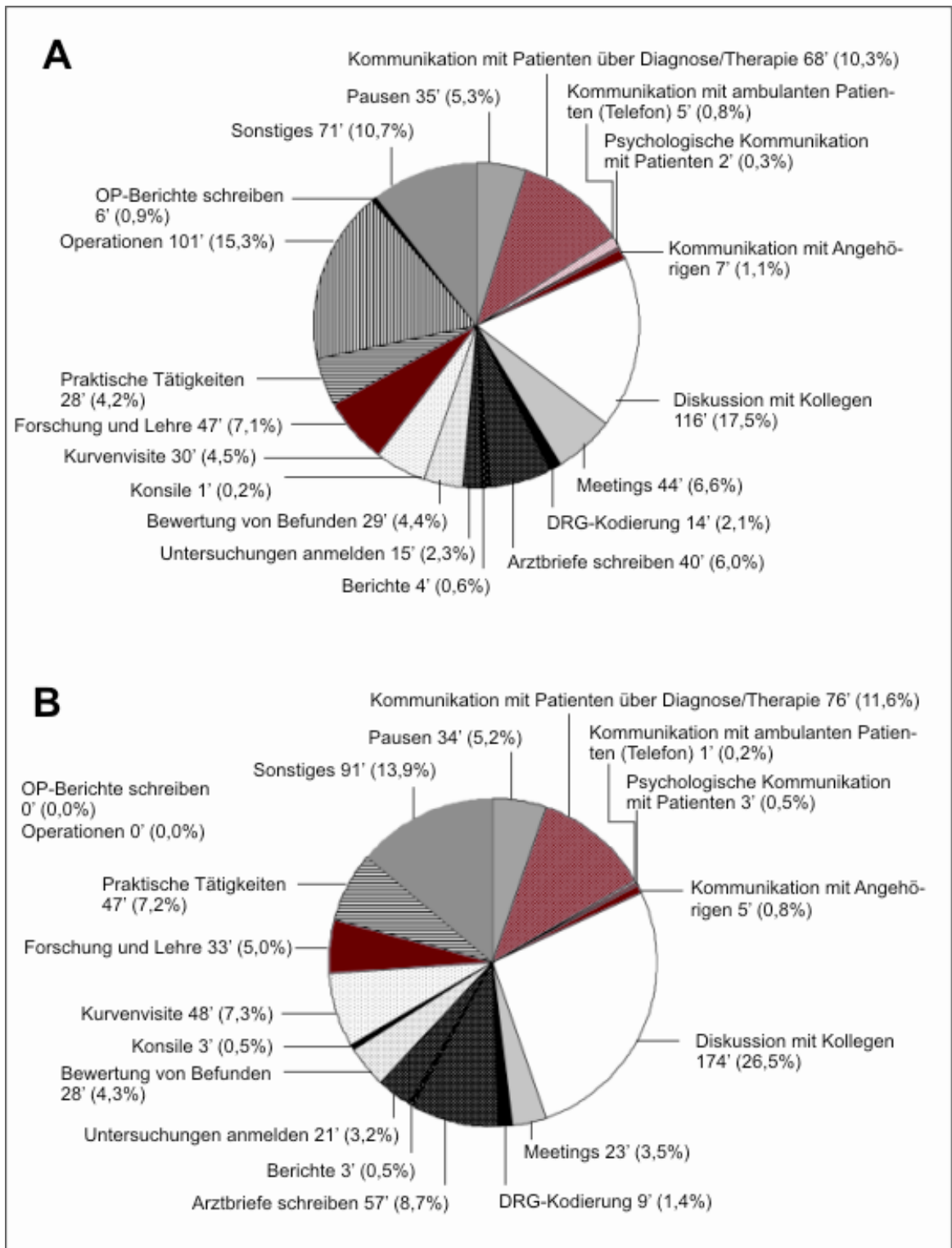


Abbildung 2

A Zeiten der operativen Stationen

B Zeiten der konservativen Stationen

Die operativ tätigen Ärzte sprachen durchschnittlich 68 Minuten (10,3%) pro Tag mit ihren stationären Patienten, fünf Minuten (0,8%) mit ihren ambulanten Patienten und zwei Minuten (0,3%) führten sie psychologische Gespräche. Die konservativ tätigen Ärzte sprachen durchschnittlich 76 Minuten (11,6%) mit stationären Patienten, eine Minute (0,2%) mit ambulanten Patienten und drei Minuten (0,5%) führten sie psychologische Gespräche. Ein signifikanter Unterschied zwischen operativ und konservativ tätigen Ärzten konnte so für den Bereich der Kommunikation mit Patienten nicht festgestellt werden.

Für Gespräche mit Angehörigen ergab sich bei den operativ tätigen Ärzten eine Gesprächszeit von 7 Minuten (1,1%) pro Tag, bei den konservativ tätigen Ärzten eine Gesprächszeit von 5 Minuten (0,8%).

Für die Besprechungen mit Kollegen errechnete sich bei den operativ tätigen Ärzten eine Durchschnittszeit von 116 Minuten (17,5%), bei den konservativ tätigen Ärzten 174 Minuten (26,5%). Es zeigte sich eine signifikante Differenz von knapp 60 Minuten pro Tag.

Die täglichen Meetings (die Abteilungsversammlungen) beanspruchten bei den operativ tätigen Ärzten durchschnittlich 44 Minuten (6,6%) der Arbeitszeit, bei konservativ tätigen Ärzten 23 Minuten (3,5%).

Für die DRG- Kodierungen verbrauchte ein operativ tätiger Arzt im Durchschnitt 14 Minuten (2,1%), ein konservativ tätiger Arzt 9 Minuten (1,4%).

Ein operativ tätiger Arzt schrieb täglich 40 Minuten (6,0%) Arztbriefe, ein konservativ tätiger Arzt 57 Minuten (8,7%).

Für die Rubrik Berichtswesen ergab sich bei den operativ tätigen Ärzten ein täglicher Zeitaufwand von vier Minuten (0,6%), bei den konservativ tätigen Ärzten von drei Minuten (0,5%).

Untersuchungen anzumelden kostete den operativ tätigen Arzt 15 Minuten (2,3%) seiner Arbeitszeit, den konservativ tätigen Arzt 21 Minuten (3,2%).

Der Zeitaufwand für die Bewertung von Befunden lag bei den operativ tätigen Ärzten bei 29 Minuten (4,4%) pro Tag, bei den konservativ tätigen Ärzten bei 28 Minuten (4,3%).

Konsilanforderungen beanspruchten bei den operativ tätigen Ärzten eine Minute (0,2%), bei den konservativ tätigen Ärzten drei Minuten (0,5%).

Die Kurvenvisite nahm bei den operativ tätigen Ärzten 30 Minuten (4,5%) ihrer täglichen Arbeitszeit in Anspruch, bei den konservativ tätigen Ärzten waren es 48 Minuten (7,3%).

Für Forschung und Lehre verwendeten operativ tätige Ärzte 47 Minuten (7,1%) täglich, konservativ tätige Ärzte 33 Minuten (5,0%).

Der operativ tätige Arzt war durchschnittlich 28 Minuten (4,2%) am Tag praktisch tätig. Hinzu kamen täglich 101 Minuten (15,3%) für Operationen. Der konservativ tätige Arzt war 47 Minuten (7,2%) seiner Arbeitszeit mit praktischen Tätigkeiten beschäftigt. Zusätzlich zu der Zeit für Operationen benötigte ein operativ tätiger Arzt sechs Minuten (0,9%) täglich für das Schreiben von OP-Berichten.

Die Pausenzeit war für beide Fachbereiche fast identisch, bei den operativ tätigen Ärzten waren es 35 Minuten (5,3%) täglich, bei den konservativ tätigen Ärzten 34 Minuten (5,2%).

Für sonstige Tätigkeiten ergab sich bei operativ tätigen Ärzten ein Wert von 71 Minuten (10,7%), bei konservativ tätigen Ärzten ein Wert von 91 Minuten (13,9%).

3.4 Vergleich von Selbsteinschätzung und Fremdmessung

Parameter	Schätzwert (Minuten)	Gemessener Wert (Minuten)	P-Wert
Patienten- gespräch	133 Minuten	79 Minuten	P<0,001
Angehörigen- gespräch	43 Minuten	6 Minuten	P<0,001
Dokumentation	226 Minuten	148 Minuten	P<0,002
Gesamtarbeitszeit	644 Minuten	659 Minuten	P=0,12

Dokumentation: Berichtswesen, OP-Berichte, Briefe schreiben, Verwaltung (Sonstiges), DRG

Tabelle 1

Die Ärzte schätzten im Fragebogen ihre Kommunikationszeit mit Patienten fast doppelt so hoch ein wie die tatsächlich gemessene Zeit. Sie gaben im Durchschnitt eine geschätzte Zeit für ihre Kommunikation mit Patienten von 133 Minuten pro Arbeitstag an im Gegensatz zur gemessenen Zeit von 79 Minuten (siehe Tabelle 1).

Für die Kommunikationszeit mit Angehörigen gaben die Ärzte eine geschätzte Zeit an, die siebenmal so lang war wie die eigentlich gemessene Zeit. Die geschätzte Zeit betrug durchschnittlich 43 Minuten pro Tag, gemessen wurden 6 Minuten.

Fast man unter dem Begriff Dokumentation die Tätigkeiten Berichtswesen, OP-Berichte, Briefe schreiben bzw. Diktieren, Verwaltung (Sonstiges) und DRG zusammen, dann liegt der Schätzwert der Ärzte nicht weit über dem gemessenen Wert.

Die Einschätzungen der Ärzte bezüglich ihrer gesamten Arbeitszeit täglich entsprachen mit einem durchschnittlichen Wert von 644 Minuten dem gemessenen Wert von 659 Minuten fast genau.

3.5 Vergleich der verschiedenen Tätigkeiten von Ärzten und Ärztinnen

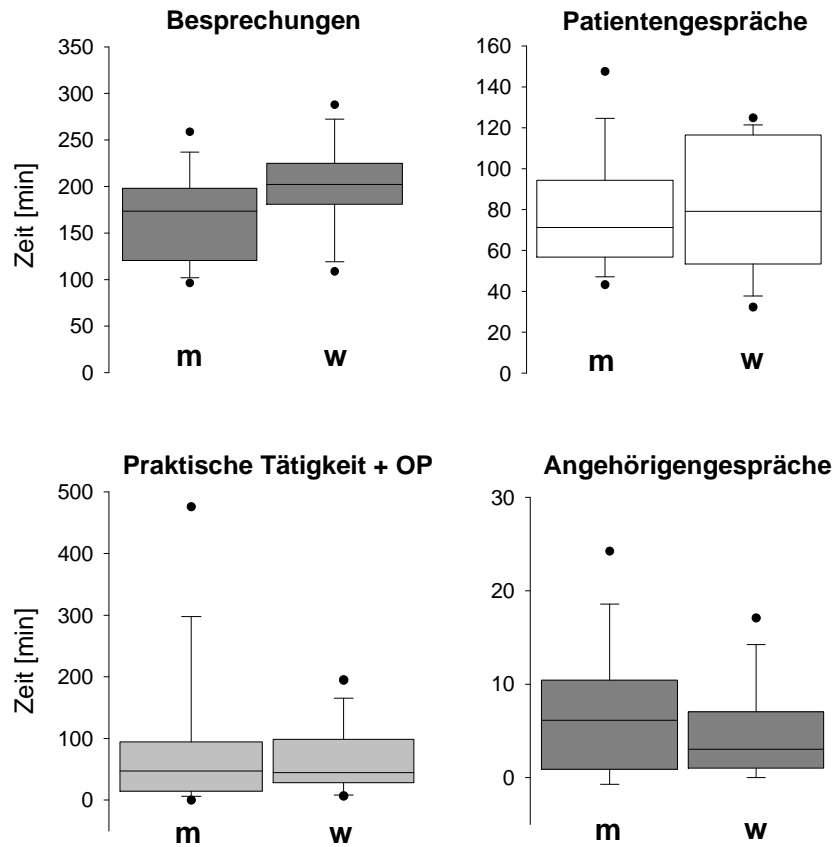


Abbildung 3

Die Ärzte, die an dieser Studie teilnahmen, besprachen sich im Durchschnitt täglich 134 Minuten mit ihren Kollegen. Die Ärztinnen verwendeten hierfür hingegen 174 Minuten ihrer Arbeitszeit. Dies ergibt eine Differenz von 40 Minuten.

Die Gesprächszeit der Ärzte mit ihren Patienten betrug durchschnittlich vier Minuten vier Sekunden pro Patient und Tag, bei ihren Kolleginnen waren es vier Minuten 38 Sekunden. Auf den gesamten Arbeitstag berechnet ergab sich, dass Ärzte im Schnitt pro Tag 75 Minuten ihrer Arbeitszeit mit Patientengesprächen verbrachten, Ärztinnen verwendeten hierfür 80 Minuten.

Ein Arzt sprach im Durchschnitt 21,8 Sekunden mit einem Angehörigen, eine Ärztin 16,38 Sekunden. Für den ganzen Tag errechneten sich so für Ärzte

knapp 7 Minuten Gesprächszeit mit Angehörigen, für Ärztinnen knapp 5 Minuten.

Für Praktische Tätigkeiten und die Zeit im OP errechnete sich für die Ärzte ein Zeitaufwand von 92 Minuten täglich, für die Ärztinnen waren es 65 Minuten.

3.6 Einfluss der Länge der Berufserfahrung auf die Länge der Gesprächszeiten und die Länge der praktischen Tätigkeiten

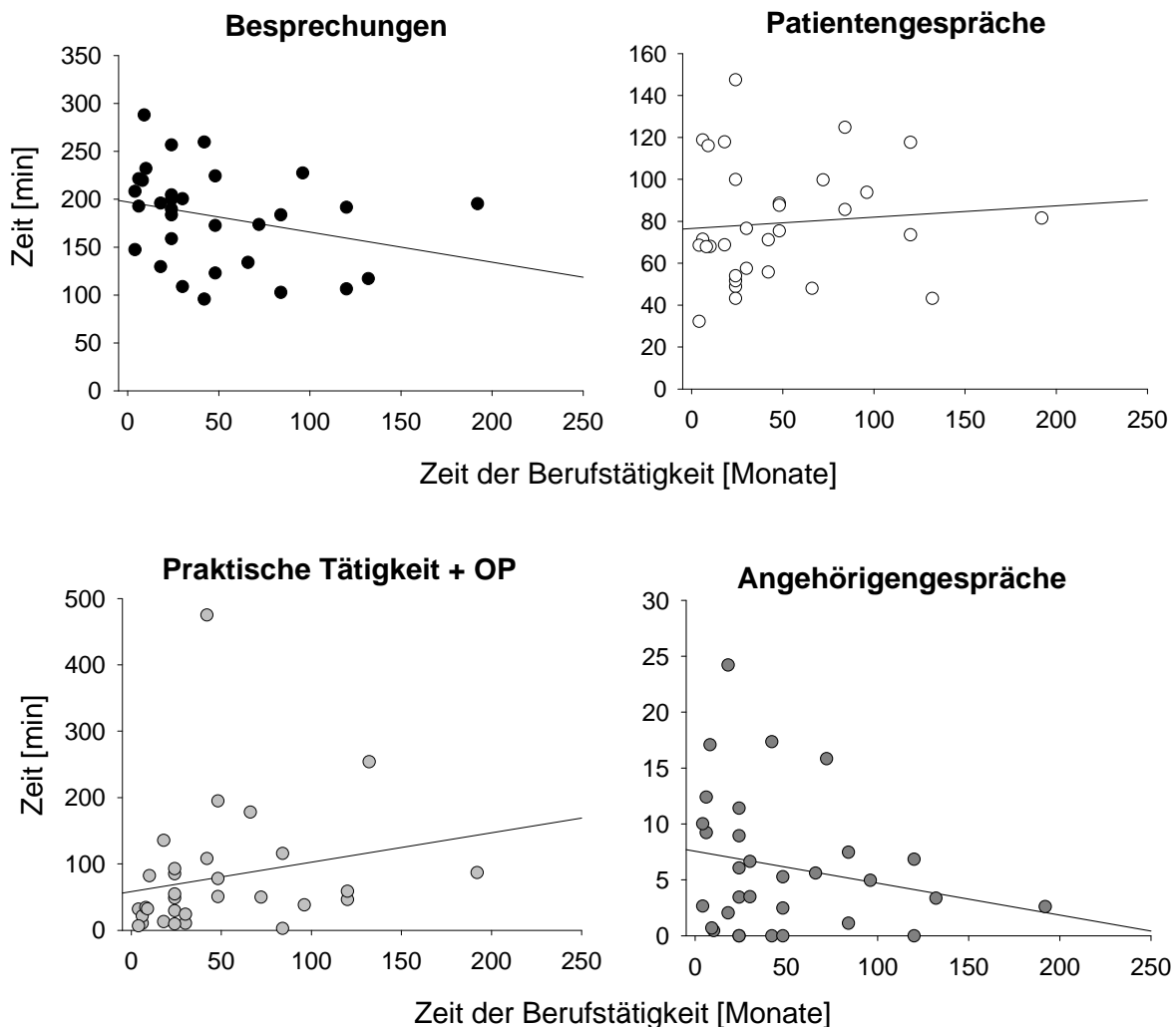


Abbildung 4

Der Komplex „Besprechungen mit Kollegen“ zeigte sich in dieser Studie als der Parameter mit dem größten Zeitaufwand für den Arzt. Vergleich man die gemessenen Zeiten für diesen Komplex mit der Länge der Berufserfahrung des jeweiligen Arztes, so zeigte sich eine deutliche Abnahme der hierfür aufgewendeten Zeit im Laufe der Berufsahre eines Arztes.

Für die Patientengespräche zeigte sich im Bezug auf die Anzahl der Berufsmonate eines Arztes eine Zunahme des täglichen Zeitaufwandes.

Für die Angehörigengespräche ließ sich hingegen eine deutliche Abnahme der gemessenen Zeiten bezüglich der Anzahl der Berufsmonate feststellen.

Die Zeit, die mit Praktischen Tätigkeiten und mit Operieren verbracht wurde, nahm mit zunehmender Anzahl der Berufsmonate zu.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein Arzt mit zunehmender Berufserfahrung mehr Zeit mit Patientengesprächen, mit Praktischen Tätigkeiten und mit Operieren verbrachte, jedoch weniger Zeit mit Gesprächen mit Kollegen und Gesprächen mit Angehörigen als ein jüngerer Kollege. Diese Ergebnisse erreichen jedoch keine statistische Signifikanz.

3.7 Zufriedenheit der Ärzte

3.7.1 Zufriedenheit der Ärzte mit der zur Verfügung stehenden Zeit für Patientengespräche, für Angehörigengespräche und für praktische Tätigkeiten

Die Zufriedenheit der Ärzte mit der ihnen zur Verfügung stehenden Zeit für Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, und für praktische Tätigkeit wurde in deutschen Schulnoten gemessen (1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=ausreichend, 5=mangelhaft, 6=ungenügend). Die befragten Ärzte insgesamt benoteten ihre Zufriedenheit mit der Zeit für Arzt-Patienten- Gesprächen mit der Note 3,7, mit der Gesprächszeit mit Angehörigen mit der Note 3,8, und mit der Zeit für praktische Tätigkeiten mit der Note 3,8.

3.7.2 Vergleich der Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten

Parameter	Ärztinnen (Durchschnittnote)	Ärzte (Durchschnittnote)
Patientengespräch	3,8	3,7
Angehörigengespräch	3,8	3,9
Praktische Tätigkeiten	3,1	4,4

Tabelle 2

Für die Ärztinnen separat betrachtet ergab sich die Note 3,8 für die Zufriedenheit mit der Zeit für Patientengespräche, die Note 3,8 für die Zufriedenheit mit der Zeit für Angehörigengespräche und die Note 3,1 für die Zufriedenheit mit der Zeit für praktische Tätigkeiten. Bei den männlichen Kollegen ergab sich für die Zufriedenheit mit der Zeit für Patientengespräche die Note 3,7, für die Zufriedenheit mit der Zeit für Angehörigengespräche die Note 3,9 und für die Zufriedenheit mit der Zeit für praktische Tätigkeiten die Note 4,4. Es lassen sich also im Bereich der Zufriedenheit mit der Zeit für praktische Tätigkeiten signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen.

3.7.3 Vergleich der Zufriedenheit von konservativ und operativ tätigen Ärzten

Parameter	Konservativ	Operativ
Patientengespräch	3,8	3,6
Angehörigengespräch	3,7	4,0
Praktische Tätigkeiten	3,7	3,8

Tabelle 3

Betrachtet man konservativ und operativ tätige Ärzte getrennt, so ergibt sich folgender Notenspiegel: Bei den konservativen Bereichen tätigen Ärzte die Note 3,8 für die Zufriedenheit mit der Zeit für Patientengespräche, die Note 3,7 für die Zufriedenheit mit der Zeit für Angehörigengespräche und die Note 3,7 für die Zufriedenheit mit der Zeit für praktische Tätigkeiten die Note 3,7.

Bei den operierenden Ärzten ergab sich die Note 3,6 für die Zufriedenheit mit der Zeit für Patientengespräche, die Note 4,0 für die Zufriedenheit mit der Zeit für Angehörigengespräche und die Note 3,8 für die Zufriedenheit mit der Zeit für Praktische Tätigkeiten.

3.8 Faktoren, die die Zufriedenheit der Ärzte beeinflussen

3.8.1 Einfluss der Länge der Berufserfahrung auf die Zufriedenheit

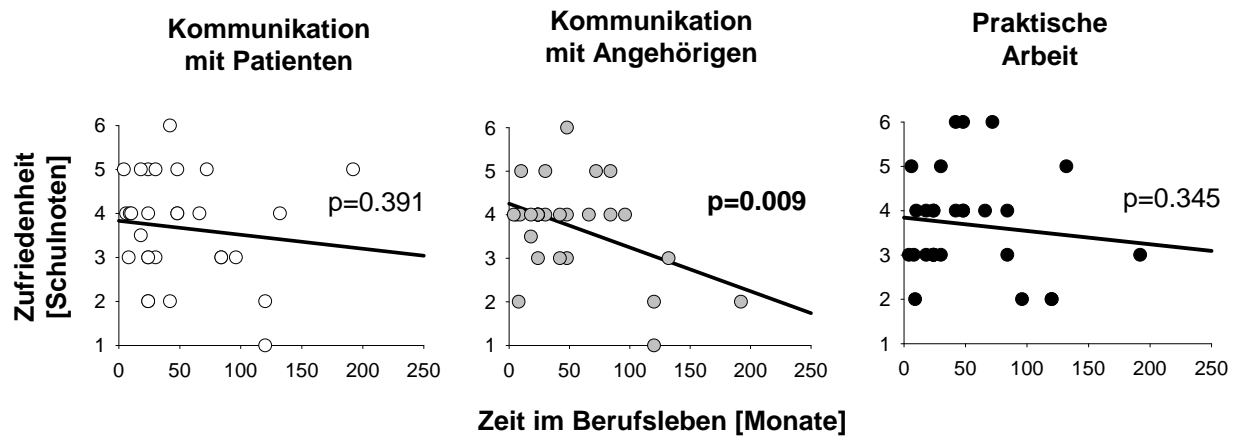


Abbildung 5

Insgesamt schienen die Ärzte mit ihrer Zeit für Kommunikation und mit ihrer Zeit für Praktische Tätigkeiten zufriedener zu sein, je länger sie sich im Berufsleben befanden. Signifikant verbessert sich im Laufe des Berufslebens die Zufriedenheit der Ärzte mit ihrer Zeit für Angehörigengespräche ($p=0,009$). Die Zufriedenheit der Ärzte mit der Zeit für Patientengespräche und mit der Zeit für Praktische Tätigkeiten verbessert sich dagegen nicht signifikant ($p=0,391$ und $p=0,345$).

3.8.2 Einfluss des Geschlechtes auf die Zufriedenheit

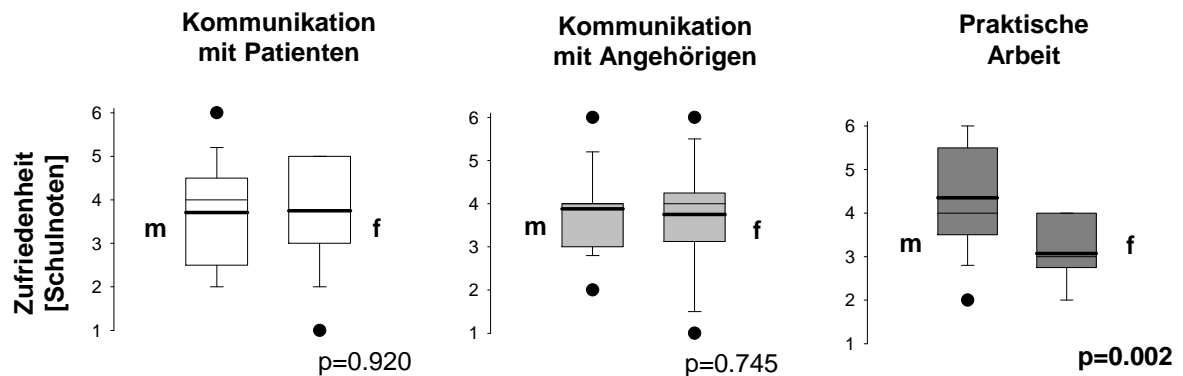


Abbildung 6

In Bezug auf die Kommunikation ergaben sich gleiche Zufriedenheitswerte für Ärztinnen und Ärzte ($p=0,920$ für die Patientengespräche und $p=0,745$ für die Angehörigengespräche). Hingegen waren die Ärztinnen mit der Zeit für Praktische Tätigkeiten signifikant zufriedener als es die Ärzte waren ($p=0,002$). Für die Ärztinnen errechnete sich eine Durchschnittsnote von 3,1, für die Ärzte von 4,4 (siehe Tabelle 2).

3.9 Ergebnisse der Querschnittserhebung auf einer chirurgischen Station

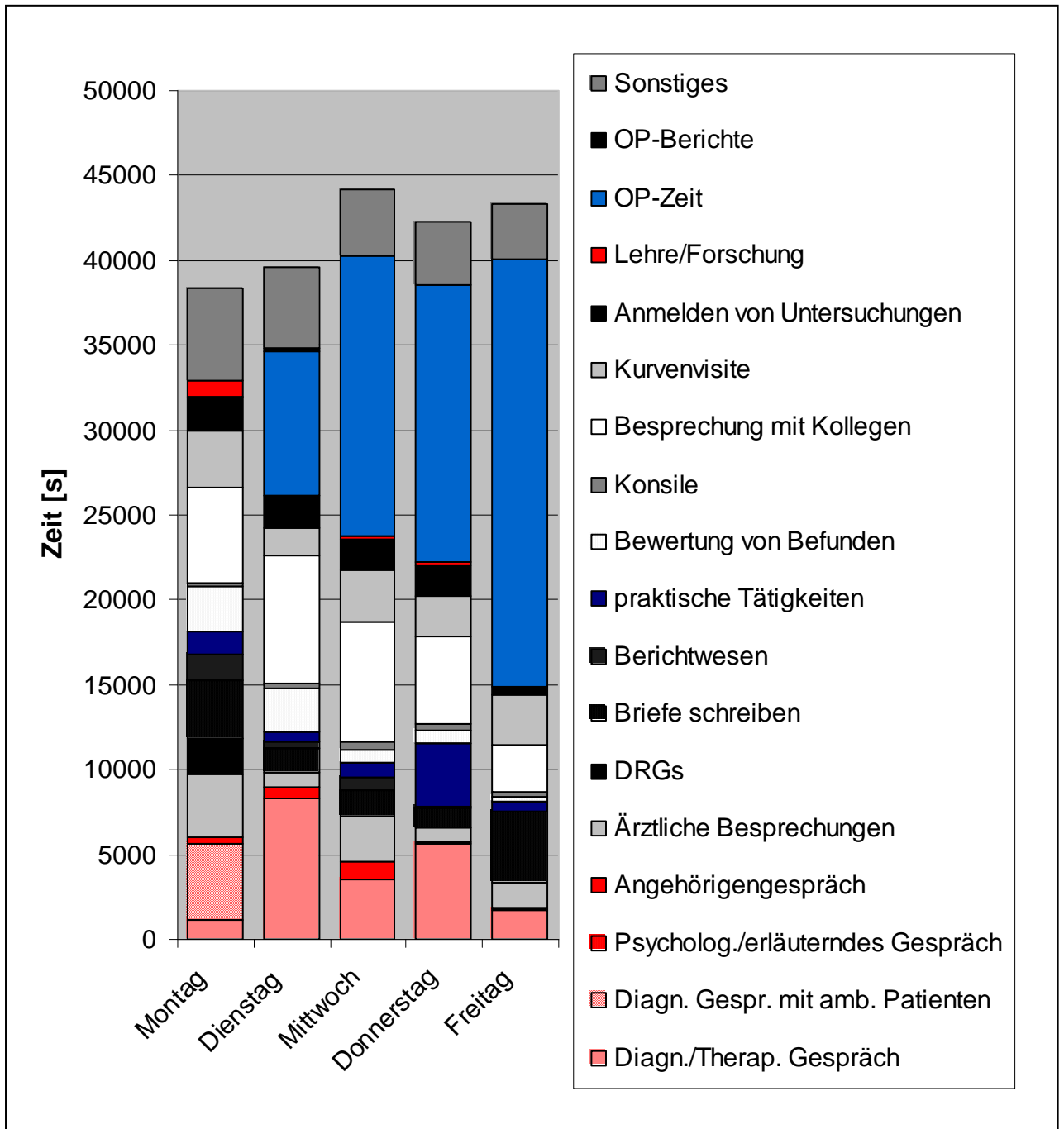


Abbildung 7

Die Querschnittserhebung über den Zeitraum von einer Woche auf einer chirurgischen Station (siehe Kapitel 2.2.2) zeigte folgende Ergebnisse:

Bei den **Patientengesprächen** zeigte sich am Dienstag der Höchstwert mit 139 Minuten, der niedrigste Wert am Freitag mit 29 Minuten. Der Durchschnittswert der Wochenerhebung betrug 83 Minuten.

Bei den **Angehörigengesprächen** zeigte sich am Mittwoch mit 17 Minuten der höchste, am Freitag mit einer Minute der niedrigste Wert. Der Durchschnitt der Wochenerhebung bei den Angehörigengesprächen betrug sieben Minuten.

Ärztlichen Besprechungen dauerten am Montag mit 62 Minuten am längsten, am Dienstag mit 15 Minuten am kürzesten. Die Durchschnittszeit der Wochenerhebung betrug 32 Minuten.

Der Parameter **DRG** war am Montag mit 35 Minuten am längsten. An den anderen Tagen wurde nicht verschlüsselt. Durchschnittlich waren es sieben Minuten pro Tag der Wochenerhebung.

Am Freitag ergab sich für den Parameter **Briefe schreiben** mit 69 Minuten der höchste Wochenwert, am Donnerstag mit 20 Minuten der niedrigste Wert. Der Durchschnittswert der Wochenerhebung lag bei 39 Minuten.

Der Arbeitsaufwand für den Parameter **Berichtswesen** war am Montag mit 25 Minuten der größte der Woche. Am Freitag waren es null Minuten. Insgesamt ergab sich ein Durchschnittswert für die Wochenerhebung von neun Minuten.

Praktische Tätigkeiten dauerten am Donnerstag mit 62 Minuten am längsten, am Dienstag mit zehn Minuten am kürzesten. Der Durchschnittswert der Wochenerhebung betrug 24 Minuten.

Die **Bewertung von Befunden** ergab am Montag den Höchstwert der Woche von 45 Minuten, am Freitag den niedrigsten von fünf Minuten. Durchschnittlich waren es 23 Minuten pro Tag während der Wochenerhebung

Die gemessenen Zeiten für **Konsilanforderungen** lagen zwischen dem Höchstwert von neun Minuten am Mittwoch und dem niedrigsten Wert von zwei Minuten am Montag. Der Durchschnittswert für die Wochenerhebung betrug fünf Minuten.

Die Zeit für **Besprechungen mit Kollegen** lag zwischen 46 Minuten am Freitag und maximal gemessenen 127 Minuten am Dienstag. Durchschnittlich waren es 94 Minuten pro Tag während der Wochenerhebung.

Die gemessenen Zeiten für die **Kurvenvisite** bewegten sich zwischen 26 Minuten am Dienstag und 55 Minuten am Montag. Es ergab sich ein Durchschnittswert von 44 Minuten.

Die Zeit für **Anmeldungen zu weiteren Untersuchungen** war Montag mit 34 Minuten am höchsten. Der Wert nahm kontinuierlich im Verlauf der Woche ab, und am Freitag wurden noch 9 Minuten gemessen. Durchschnittlich waren es 27 Minuten pro Tag während der Wochenerhebung.

Lehre und Forschung machten in dieser Arbeitswoche nur einen kleinen Teil der Aufgaben aus. Die gemessenen Werte bewegten sich zwischen null Minuten am Dienstag und Freitag und 16 Minuten am Montag. Der Durchschnittswert für die Wochenerhebung betrug vier Minuten.

Die Zeit, die der begleitete Arzt **im OP** verbrachte, wurde im Verlauf der Woche von Tag zu Tag länger. Am Montag wurden null Minuten OP-Zeit gemessen, und am Freitag 419 Minuten (=6 Stunden 59 Minuten). Der Durchschnittswert der Woche lag bei 222 Minuten.

Die **gesamte Arbeitszeit** bewegte sich in einem Zeitrahmen zwischen 650 Minuten (=10,8 Stunden) am Montag und 736 Minuten (=12,3 Stunden) am Mittwoch, dem Höchstwert. Durchschnittlich waren es 700 Minuten (=11,6 Stunden) pro Tag.

4 Diskussion

„Im Laufe einer Karriere, die ungefähr 40 Jahre andauert, führt ein Krankenhausarzt ungefähr 150 000 bis 200 000 Gespräche mit Patienten und Angehörigen“ (Fallowfield, Jenkins et al. 2002). Diese Zahl zeigt deutlich, welche Bedeutung das Gespräch und die daraus entstehende Beziehung zwischen Arzt und Patient im Arbeitsleben eines Krankenhausarztes hat.

Balint bezeichnet das Gespräch zwischen Arzt und Patient als das zentrale diagnostische und therapeutische Instrument (Balint 1975). Nach Sawicki erscheint jedoch die Kommunikation zwischen Arzt und Patient als eines der auffälligsten Defizite in der medizinischen Versorgung in allen Ländern – im ambulanten wie im stationären Bereich“ (Sawicki 2005). Sawicki hatte mit Hilfe strukturierter Telefoninterviews 1474 zufällig ausgewählte Bundesbürger zum Thema deutsches Gesundheitssystem und seine Versorgungsqualität befragt. Häuser und Herzog erklären, dass sich die Rahmenbedingungen für Gespräche der somatisch behandelnden Ärzte mit ihren Patienten und Angehörigen in den letzten Jahren zunehmend verschlechtert haben. „Immer mehr Patienten sind bei einer immer kürzeren Liegezeit (durchschnittliche Verweildauer im allgemeinen Krankenhaus 1998: 10,4 Tage) zu versorgen“ (Häuser, Herzog 2002). Ein weiteres viel kritisiertes Problem ist, dass die Ärzte in den deutschen Krankenhäusern sich heute mehr denn je mit bürokratischen und dokumentativen Aufgaben beschäftigen müssen. „Heute wird auf den Stationen und bei der Visite mehr über die DRGs und die Rechtfertigung des eigenen Tuns vor Medizinischem Dienst der Krankenkassen und Verwaltung diskutiert als über die medizinischen Belange der Patienten“ (Middeke 2005). Nicht nur im Inhalt der Kollegengespräche, sondern auch in den sonstigen Tätigkeiten eines Stationsarztes, wie dem Briefe schreiben und der Kurvenvisite, dem Anmelden von weiteren Untersuchungen oder der Beantwortung von Versicherungsanfragen spiegelt sich die zunehmende Bürokratisierung des Arztberufes wieder. Es scheint also eine logische Schlussfolgerung zu sein, dass die Zeit, die Ärzte für das Gespräch mit ihren Patienten und mit Angehörigen verbringen können, weniger geworden ist.

4.1 Gesprächszeit mit Patienten

4.1.1 Bisherige Forschungsergebnisse

Die Freiburger Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Gesprächszeit pro Tag und Patient 4 Minuten und 17 Sekunden beträgt (siehe Kapitel 3.2). Es gibt wenig vergleichbare Studien, die die Gesprächszeit deutscher Krankenhausärzte mit ihren Patienten gemessen haben. Erwähnenswert ist die Studie von Häuser und Schwebius, die eine Gesprächszeit von knapp zwei Minuten pro Patient während der Visite ergab (Häuser, Schwebius 1999). Allerdings spiegeln diese zwei Minuten nur die Zeit wieder, die während der Visite mit den Patienten gesprochen wurde. Fehlenberg gibt für seine Untersuchung zur Länge der Arzt- Patient- Kommunikation im Jahre 1983 einen Durchschnittswert von 3,5 Minuten pro Tag und Patienten an (Fehlenberg, Köhle 1983). Viele ältere Studien zum Thema „Länge des Gespräches zwischen Allgemeinarzt und Patient“ sind vor allem aus England bekannt. Es muss jedoch erwähnt werden, dass die vorliegenden Studien zur Gesprächsdauer bei Arztbesuchen in der Allgemeinarztpraxis oft nicht eindeutig zwischen der Länge der Konsultation und der Länge des Gespräches unterscheiden.

Schon historisch ist die Zahl von Watts aus dem Jahre 1952, der einen Durchschnittswert von 7,2 Minuten Gesprächszeit pro Patient beim Allgemeinarzt beschrieb (Watts 1952). Fry hingegen, dessen Ergebnisse ebenfalls aus dem Jahre 1952 stammen, gibt einen Durchschnittswert von 5,0 Minuten an (Fry 1952). Die Ergebnisse der Studien von Mair und Mair, einige Jahre später, sind 8,8 Minuten (1957) beziehungsweise 8,3 Minuten (Mair and Mair 1959). 1964 erschien die Studie von Crombie, wiederum mit insgesamt kürzeren Werten und einer Durchschnittslänge von 5,7 Minuten (Crombie 1964). Anfang der siebziger Jahre wurde diese Zahl dann durch Morrell mit der Angabe von 5,8 Minuten und 5,2 Minuten bestätigt (Morrell 1971).

Ebenfalls in dieser Zeit untersuchte Balint die zeitlichen Rahmenbedingungen für das Patientengespräch niedergelassener Allgemeinärzte. Englische Allgemeinärzte nahmen sich laut seiner Arbeit durchschnittlich sechs Minuten, deutsche hingegen durchschnittlich fünf Minuten für ein Gespräch Zeit (Balint 1975). In den achtziger Jahren waren es 7,5 Minuten, die die Allgemeinärzte in

der Gegend um Manchester für ein durchschnittlich langes Gespräch mit ihren Patienten benötigten (Wilkin, Metcalfe 1984). Eine andere Studie aus dieser Zeit ergab jedoch längere Konsultationsdauern von durchschnittlich 11,0 Minuten für das Jahr 1986 beziehungsweise 9,5 Minuten für 1987 (Peter, Tate et al. 1989).

Man kann also im Verlauf der Jahre zwischen 1952 und 1989 einen groben Trend in Richtung längere Gesprächsdauer zwischen Arzt und Patient im britischen Raum feststellen. Ein möglicher Grund dafür ist zum einen die Zunahme der Zahl der sogenannten „general practitioners“ (welche den hiesigen Allgemeinärzten entsprechen), und damit eine Verringerung der Patientenzahl pro Arzt. Ein anderer Grund ist vielleicht auch eine grundsätzliche Veränderung im Arzt- Patient- Verhältnis: Die traditionelle Sichtweise der Arzt-Patienten-Beziehung versteht den Arzt als den Verantwortlichen für medizinische Entscheidungen, während der Patient passiv den Empfehlungen des Arztes folgt. Es handelt sich um das sogenannte paternalistische Modell der Arzt-Patient- Beziehung. Zeitgemäßer erscheint das deliberative Modell, in dem Arzt und Patient gemeinsam mögliche Ziele diskutieren, nachdem der Patient dem Arzt seine Werte mitgeteilt und der Arzt dem Patienten die medizinische Evidenz erläutert hat (Faller 2003). Diese heute erwünschte Form der Kommunikation zwischen dem Arzt und seinem Patienten wird häufig nur teilweise in die Tat umgesetzt, nicht zuletzt, weil sie zeitintensiver und komplexer ist.

Neuere Zahlen aus Großbritannien bewegen sich im Bereich von acht bis zehn Minuten Gesprächsdauer. So ermittelten Howie et al. 1999 einen Durchschnittswert von 8.0 Minuten für die Länge der Konsultation in englischen Praxen (Howie, Heaney et al. 1999). An dieser Studie nahmen 221 Ärzte, die in 53 verschiedenen Praxen arbeiteten, teil. Die acht Minuten ergaben sich aus einer Untersuchung von 23799 Gesprächen mit englisch sprechenden Patienten. Die Messung der Zeiten wurde durch die Ärzte selbst durchgeführt. Drei Jahre später, 2002, wurde aus 160 auf Tonband aufgenommenen Gesprächen zwischen englischen Patienten und ihren GPs (=general practitioner) eine Gesprächsdauer von 9,9 Minuten errechnet (Cape 2002).

Ogden et al. beschrieben 2004 schließlich anhand von 294 Gesprächen mit Patienten eine Gesprächslänge von durchschnittlich 8,9 Minuten. Diese Studie fand ebenfalls in britischen Allgemeinpraxen statt, und auch hier wurden die Messungen durch die Ärzte selbst durchgeführt (Ogden, Bavalia et al. 2004).

Es zeigt sich also, dass die aus den Jahren vorher erkennbare Tendenz zur Zunahme der Gesprächsdauer stagniert.

Interessant ist aber auch ein Vergleich mit Messungen aus anderen europäischen Ländern und aus den USA.

Eine Studie aus Estland aus dem Jahr 2003, bei der insgesamt 405 Arztbesuche bei 27 Allgemeinärzten auf Video aufgenommen wurden, zeigte eine durchschnittliche Gesprächslänge von acht Minuten, also ein den britischen Ergebnissen sehr ähnliches Ergebnis (Tahepold, Maaros et al. 2003).

Andersson untersuchte vor einigen Jahren die Dauer der Patientengespräche sieben männlicher Ärzte, die in vier verschiedenen Gesundheitszentren in Schweden arbeiteten. Für die Gespräche mit insgesamt 66 männlichen Patienten ergab sich der Wert von durchschnittlich knapp 19 Minuten. Bei den 93 weiblichen Patienten waren es fast drei Minuten mehr, nämlich knapp 22 Minuten (Andersson 1989).

Zwei vergleichende Studien, die eine zwischen den USA und den Niederlanden und die andere zwischen den USA und Japan zeigten folgende Ergebnisse:

Der amerikanisch-niederländische Vergleich zeigte eine Differenz von über sechs Minuten hinsichtlich der Länge der Patientengespräche. In der amerikanischen Studie waren es durchschnittlich 15,4 Minuten Gesprächsdauer, in der niederländischen Studie hingegen 9,5 Minuten. Diese Zahlen errechneten sich zum einen aus einem Kollektiv von 98 auf Tonband aufgenommenen Gesprächen aus den USA aus den Jahren 1992/1993. Die Gesprächsdauer, die sich für die niederländischen Allgemeinärzte errechnete, bezog sich auf 102 Gespräche, die 1986 auf Videokassetten gespeichert worden waren (Bensing 2003).

Der Vergleich zwischen fünf amerikanischen Allgemeinärzten (mit pro Arzt vier auf Tonband aufgenommenen Patientengesprächen) und vier Internisten aus Japan (mit jeweils fünf auf Tonband aufgenommenen Patientengesprächen pro Arzt) ergab folgende Gesprächslängen: Durchschnittlich 668,7 Sekunden (=11

Minuten 9 Sekunden) für die amerikanischen Ärzte und 505 Sekunden für die japanischen Ärzte (=8 Minuten 25 Sekunden) (Ohtaki, Ohtaki et al. 2003).

1999 wurde zur Dauer von Patientengesprächen in der Allgemeinarztpraxis auch eine Studie in Singapur durchgeführt. Zwanzig Tage lang wurden Arzt-Patienten-Gespräche in einer Praxis gemessen. Der Durchschnittswert, der sich nach dieser Zeit ergab, lag bei 9,3 Minuten (Voo 1999).

Van den Brink-Muinen et al. verglichen die Gesprächsdauern aus sechs europäischen Ländern, nämlich aus den Niederlanden, aus Großbritannien, Spanien, Belgien, Deutschland und der Schweiz. Die verwendeten Daten entstammten der Eurokommunikationsstudie (1996-1999). In jedem Land wurden 15 Patientengespräche pro Arzt beobachtet und ihre Zeitdauer gemessen (insgesamt waren es 2825 Gespräche). Bei den beobachteten Ärzten handelte es sich um Allgemeinärzte beziehungsweise um sog. „General Practitioners“. Die durchschnittlich längsten Gespräche führten die Schweizer mit 15,6 Minuten und die Belgier mit 15,0 Minuten. Hierauf folgten die niederländischen Ärzte mit 10,2 Minuten, dann die britischen Ärzte mit durchschnittlich 9,4 Minuten. Die kürzesten Gespräche wurden bei den spanischen (7,8 Minuten) und bei den deutschen Ärzten (7,6 Minuten) gemessen (van den Brink-Muinen, Verhaak et al. 2003).

4.1.2 Der Vergleich mit den eigenen Daten

Der Vergleich zwischen den vier Minuten 17 Sekunden, die im Universitätsklinikum Freiburg gemessen wurden und den oben zitierten Gesprächsdauern für die Kommunikation zeigt sehr deutliche Differenzen. Die vier Minuten 17 Sekunden sind die kürzeste Variante in diesem internationalen Vergleich, der einen Zeitraum von über 50 Jahren umfasst. Es gibt jedoch einen entscheidenden Unterschied zwischen diesem Ergebnis und all den anderen: Die vier Minuten 17 Sekunden entstammen einem Kollektiv von Krankenhausärzten, während der Großteil der zitierten Studien Arzt-Patienten-Gespräche in Allgemeinarztpraxen oder Pendants zu deutschen Allgemeinarztpraxen untersuchte. Dies darf im Vergleich nicht unberücksichtigt

bleiben: Denn ein Gespräch zwischen einem Allgemeinarzt und seinem Patienten findet im Gegensatz zur Situation im Krankenhaus nicht täglich statt. Weiterhin konzentriert sich ein Arzt-Patienten-Gespräch im Krankenhaus in der Regel auf ein, in einigen Fällen auch mehrere, konkrete Probleme, dessen bzw. deren Entwicklung jeden Tag neu begutachtet wird. Arzt-Patienten-Gespräche in der Allgemeinarztpraxis haben andere Funktionen, wie Beratung und Routinekontrollen. Aufgrund dieser inhaltlichen Unterschiede ist es nur bedingt möglich, Vergleiche zwischen Krankenhausärzten und niedergelassenen Allgemeinärzten anzustellen.

Trotzdem ist es auffällig, dass der Hauptteil der oben genannten Untersuchungen zum Thema „Länge der Arzt-Patienten-Gespräche“ in anderen europäischen Ländern, in den USA und auch Asien stattgefunden hat. Es existieren kaum Zahlen aus deutscher Forschung. In Großbritannien wurde, wie deutlich zu erkennen ist, schon früh in den fünfziger Jahren aktiv in diesem Bereich geforscht, während erste Zahlen aus Deutschland in den 1970er Jahren bekannt wurden (Balint 1975). Die Zahlen von Fehlenberg einige Zeit später beschreiben dann das erste Mal die Gesprächsbedingungen im stationären Bereich. Er nennt 3,5 Minuten als Durchschnittswert (Fehlenberg, Köhle 1983). Häuser und Schwebius führten eine Studie durch, deren Methodik vergleichbar mit derjenigen ist, die im Universitätsklinikum Freiburg verwendet wurde. Allerdings bestand bei Häuser und Schwebius das Kollektiv aus insgesamt 5 begleiteten Ärzten, in Freiburg waren es 36 Ärzte, die begleitet wurden, beziehungsweise 34 ausgewertete Arbeitstage. Die an der Studie von Häuser und Schwebius teilnehmenden Ärzte arbeiteten in allgemeininternistischen Abteilungen in verschiedenen Krankenhäusern der Regel- und der Schwerpunktversorgung (Häuser, Schwebius 1999). Trotz der deutlich niedrigeren Fallzahl fällt es hier aber leichter, Vergleiche anzustellen, da diese Zahlen ebenfalls aus dem Krankenhaus stammen, und nicht aus einer Allgemeinarztpraxis.

Häuser und Schwebius geben zwei Minuten Gesprächszeit pro Tag und Patient während der Visite an, in der Freiburger Studie sind es für alle geführten Gespräche insgesamt durchschnittlich vier Minuten 17 Sekunden. Die Gesprächszeit von 3,5 Minuten, die Fehlenberg in seiner Arbeit 1983 beschreibt, ist ebenfalls ein Durchschnittswert aus Gesprächen während der

Stationsvisite. Man erkennt im Vergleich zu den zwei Minuten von Häuser und Schwebius 16 Jahre später eine Tendenz zur Kürzung der Gesprächszeit.

Da die Freiburger Studie alle Parameter der stationären Tätigkeit gemessen hat, und alle Patientengespräche unter einem Parameter zusammengefasst wurden, ist ein direkter Vergleich mit den Gesprächszeiten aus der Studie von Häuser und Schwebius und denen aus der Studie von Fehlenberg nur eingeschränkt möglich.

Fraglich bleibt insgesamt, ob 4 Minuten 17 Sekunden genügend Zeit dafür bieten, dass sowohl die medizinischen als auch die psychosozialen Sorgen und Probleme eines Patienten, die im Rahmen einer physischen Erkrankung entstehen können, genügend Beachtung finden können.

So erklärt die Studie von Mehnert et al., dass 30% der Krebspatienten, abhängig von der Tumorlokalisation und der Fortgeschrittenheit des Leidens, ein Bedürfnis nach zusätzlicher psychosozialer Betreuung haben (Mehnert, Koch 2005). Die Studie von Lorenzo et al. kommt zu dem Ergebnis, dass Patienten die Qualität der Informationen, die sie von ihrem Arzt erhalten, für sehr hoch einschätzen, wenn genügend Zeit für das Gespräch mit dem Onkologen zur Verfügung steht. Genauso beurteilen Patienten aber Gespräche als unbefriedigend, die sie als zu kurz bewerten (De Lorenzo, Ballatori et al. 2004).

Makaryus et al. untersuchten das Verständnis der Patienten bezüglich ihrer Behandlungspläne und ihrer Diagnosen, und kamen unter anderem zu der Vermutung, dass mangelhafte Kommunikation zwischen Arzt und Patient wahrscheinlich die Hauptursache für die Noncompliance der Patienten ist (Makaryus, Friedman 2005).

Diese Aussagen bestärken die Vermutung, dass genügend Gesprächszeit mit den Patienten wichtiger Bestandteil einer ärztlichen Behandlung ist. Eventuelle Gründe dafür, warum die Gesprächszeit mit Patienten trotz dieser Erkenntnisse so kurz ausfällt, werden im Kapitel 4.4 genauer erläutert.

4.2 Gesprächszeit mit Angehörigen

Der in der vorliegenden Studie ermittelte Messwert für die Länge der Gesprächszeit mit den Angehörigen der Patienten lag bei 20 Sekunden pro Patient. Es gestaltete sich schwierig, für diesen Bereich vergleichbare Daten in der Literatur zu finden.

Die Arbeit von Häuser und Schwebius gehört zu diesen wenigen und kam zu dem Ergebnis, dass pro Tag eine Minute lang mit den Angehörigen eines Patienten gesprochen wurde (Häuser, Schwebius 1999). Weiterhin vermuten Häuser und Schwebius, dass inzwischen weniger Zeit für Gespräche mit Angehörigen und Patienten zur Verfügung steht. Dies kann durch die vorliegenden Daten, vor allem was die Gespräche mit Angehörigen angeht, bestätigt werden. Die durchschnittliche Gesamtzeit von sechs Minuten pro Tag, die ein Stationsarzt im Freiburger Universitätsklinikum mit Angehörigengesprächen verbringt, entspricht fast genau der Hälfte der Zeit, die die Ärzte in der Studie von Häuser und Schwebius für Angehörigengespräche täglich verwendeten, nämlich 12,5 Minuten (Häuser, Schwebius 1999), siehe Tabelle 4.

LeClaire et al. untersuchten in ihrer Studie unter anderem die Häufigkeit der Gespräche zwischen Angehörigen und Arzt pro Tag auf einer Intensivstation. Das Ergebnis variierte erheblich, der Durchschnittswert lag bei 1.4 ± 1.7 Gesprächskontakten pro Tag (LeClaire, Oakes et al. 2005).

Mangram et al. richteten auf einer unfallchirurgischen Intensivstation eine tägliche Gesprächsrunde zwischen Ärzten und Angehörigen ein, und fanden heraus, dass 86,5% der teilnehmenden Familien sehr zufrieden damit waren, zu einer fest ausgemachten Zeit mit dem zuständigen Arzt sprechen zu können (Mangram, McCauley et al. 2005).

„Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung und fehlender Vorbereitung in der medizinischen Ausbildung werden Angehörige von Stationsärzten im allgemeinen Krankenhaus (daher) oft als zusätzliche Belastung erlebt und ihre Bedeutung auf das Ausfüllen von Einverständniserklärungen bei betreuten Patienten sowie den Abtransport der Patienten bei Entlassung reduziert. Weitere Hindernisse in der Einbeziehung von Angehörigen in die stationäre medizinische Versorgung sind durch die Arbeitszeiten und Angehörigen

bestimmt: Berufstätige Angehörige bitten oft um einen Gesprächstermin zwischen 17 und 18 Uhr, einer Zeit, zu der die Arbeitszeit des Stationsarztes aufgrund des Arbeitszeitgesetzes beendet sein müsste. Oder die Angehörigen werden nachmittags unangemeldet bei dem Stationsarzt mit einem Gesprächswunsch vorstellig, der vom Stationsarzt abgelehnt wird, weil er gerade mit den Laborwerten und Nachmittagsanordnungen oder einem Neuzugang beschäftigt ist“ (Häuser, Herzog 2002). Diese Aussagen begründen zum mindestens teilweise, warum die Gesprächszeit mit den Angehörigen so kurz ausfällt und warum viele Angehörige unzufrieden mit den Arztgesprächen sind.

So stufen die Angehörigen die kommunikativen Fähigkeiten der Ärzte als mindestens gleich wichtig oder sogar wichtiger als deren klinische Fähigkeiten ein (Hickey 1990).

Eine kanadische Studie, die die Zufriedenheit der Angehörigen auf Intensivstationen untersuchte, fand heraus, dass die Angehörigen mit der Häufigkeit der Arztgespräche am wenigsten zufrieden waren, obwohl die Gesamtzufriedenheit sehr hoch war (Heyland, Rocker et al. 2002).

Laut einer Studie von Hartmann et al. wünschen sich 50% der Angehörigen eine Teilnahme an der Visite, 21% wünschen sich gemeinsame Gespräche von Familie, Arzt und Patient und 13% äußern ein Bedürfnis nach Beratungsgesprächen über emotional bedeutsame Themen (Hartmann et al. 1999).

Es wird also deutlich, dass Gespräche mit den Angehörigen eine wichtige Aufgabe für Stationsärzte sind.

Es ist zu vermuten, dass in einer durchschnittlichen Zeitspanne von 20 Sekunden wahrscheinlich nicht in ausreichendem Maße alle Anliegen besprochen werden können. Ein großes Problem dieser Thematik ist, dass der richtige Zeitpunkt für Arzt-Angehörigengespräche nur schwer zu finden ist. Wie schon Häuser und Herzog erwähnen, sind Ärzte während der Besuchszeit oftmals mit anderen Dingen beschäftigt und befürchten eventuell lange Unterbrechungen durch das anstehende Gespräch. Eine mögliche Lösung wären gesonderte Sprechstundenzeiten für Angehörige, eventuell mit vorheriger Anmeldung. Dies würde dem Arzt die Chance geben, sich zum einen auf das Gespräch vorzubereiten, und zum anderen wäre er in dieser Zeit dann

auch nicht mit anderen Aufgaben wie Kurvenvisite oder Untersuchungsanmeldungen beschäftigt. Der Durchschnittswert von 20 Sekunden pro Angehörigem und Tag kann nicht zufriedenstellend sein.

Auch die Nächsten eines jeden Patienten haben ein Recht darauf, in angemessener Weise über dessen Gesundheitszustand, über Diagnose und Therapie informiert zu werden.

4.3 Gesamtarbeitszeit, Anteil der Gespräche und Anteil administrativer Aufgaben am Arbeitsaufwand

4.3.1 Vergleich der aktuellen Studie mit vorangehenden Untersuchungen in der Literatur

Die durchschnittliche Gesamtarbeitszeit der Ärzte, die in Freiburg an der Studie teilnahmen, liegt bei 659 Minuten, entsprechend knapp elf Stunden (siehe Kapitel 3.2, Graphik I). Auch Häuser und Schwebius maßen in ihrer Studie die Gesamtarbeitszeit der Ärzte und kamen dabei auf 8,6 Stunden, dies entspricht ungefähr 520 Minuten (Häuser, Schwebius 1999). An ihrer Studie nahmen jedoch ausschließlich Internisten teil. Die Ärzte in der Freiburger Studie arbeiteten also täglich durchschnittlich zwei Stunden länger.

Parameter	Häuser und Schwebius 1999	Freiburger Studie 2005
Durchschnittliche Arbeitszeit	8,6 Stunden	11 Stunden
Dokumentation	2,6 Stunden	3,16 Stunden (148 Min.)
Besprechungen	1,3 Stunden	3 Stunden (182 Min.)
Patientengespräche	1,3 Stunden	1,3 Stunden (79 Min.)
Angehörigengespräche	0,2 Stunden	0,1 Stunden (6 Minuten)
Andere Tätigkeiten	3,4 Stunden	3,5 Stunden (210 Min.)

Dokumentation: Berichtswesen, OP-Berichte, Briefe schreiben, Verwaltung (Sonstiges), DRG

Tabelle 4

Der tägliche absolute Zeitaufwand für Dokumentation ist bei den Ärzten im Freiburger Universitätsklinikum etwas höher, 3,16 Stunden versus 2,6 Stunden in der Studie von Häuser et. al.. Der relative Zeitaufwand für Dokumentation liegt in der Häuser-Studie bei 30,2%, in der Freiburger-Studie bei 28,7%. Im Block Dokumentation sind in der Freiburger Studie verschiedene Tätigkeitsbereiche zusammen gefasst. In der Häuser-Studie wird nicht näher erläutert, welche Tätigkeiten unter den Begriff Dokumentation fallen.

Mit Besprechungen sind in der Freiburger-Studie sowohl die täglichen Meetings als auch Diskussionen mit Kollegen gemeint. Der absolute Zeitaufwand liegt in der Freiburger Studie bei drei Stunden, in der Häuser-Studie bei 1,3 Stunden. Relativ betrachtet entsprechen die drei Stunden der Freiburger Studie 27,2%, die 1,3 Stunden der Häuser Studie entsprechen 15%. Der Austausch mit Kollegen scheint in Freiburg deutlich zeitintensiver zu sein als bei Häuser et al., wobei ein möglicher Grund dafür sein kann, dass diese Zahlen an einem Universitätsklinikum gemessen wurden. Hier führt die Ausbildung junger Kollegen eventuell zu längeren Besprechungszeiten mit den verantwortlichen Oberärzten, als dies in kommunalen Krankenhäusern der Fall ist.

Der einzige absolute Zeitwert, der in beiden Studien mit 1,3 Stunden identisch ist, ist der für Arzt-Patienten-Gespräche. Es ergibt sich jedoch für die Studie von Häuser et al. ein prozentualer Anteil der Gesprächszeit mit Patienten von 15% an der gesamten Arbeitszeit, während es bei der Freiburger Studie 11,8% Anteil sind. Diese Differenz von über drei Prozent lässt vermuten, dass die Zeit, die für Arzt-Patienten-Gespräche zur Verfügung steht, relativ betrachtet, seit 1999 weniger geworden ist.

Für die Angehörigengespräche wurden in der Freiburger Studie sechs Minuten pro Tag gemessen, in der Häuser Studie 12,5 Minuten. Prozentual entsprechen die sechs Minuten der Freiburger Studie 0,9%, die 12,5 Minuten der Häuser Studie entsprechen 2,3%. Man erkennt eine deutliche Verringerung der Gesprächszeiten mit Angehörigen, sowohl relativ als auch absolut.

Unter das Schlagwort „Andere Tätigkeiten“ fallen in der Freiburger-Studie folgende Bereiche: Untersuchungen anmelden (18 Minuten), Bewertung von Befunden (28 Minuten), Konsile (drei Minuten), Kurvenvisite (41 Minuten), Forschung und Lehre (39 Minuten), Praktische Tätigkeiten (39 Minuten) und die Zeit, die im OP verbracht wurde (42 Minuten). Diese Parameter wurden

zusammengefasst, um die beiden Studien besser miteinander vergleichen zu können. Das verwendete Kategoriensystem von Häuser et al. legt nahe, dass dort unter der Rubrik „andere Tätigkeiten“ ebenfalls die praktischen Tätigkeiten eingeordnet wurden (operative Tätigkeiten sind bei ihm nicht eingeschlossen, da nur allgemeininternistisch tätige Ärzte begleitet wurden). Der absolute Zeitaufwand für andere Tätigkeiten in der Häuser Studie lag bei 3,4 Stunden, in der Freiburger Studie bei 3,5 Stunden. Relativ betrachtet entsprechen die 3,4 Stunden der Häuser Studie knapp 40%, die 3,5 Stunden der Freiburger Studie 31,8%. Umso erstaunlicher ist es, dass sich trotz des Einschusses praktischer und operativer Tätigkeiten in der genannten Rubrik in der Freiburger Studie sowohl relativ als auch absolut ein geringerer Zeitaufwand ergibt. Offenbar nehmen die dokumentativen Aufgaben im ärztlichen Bereich zu Lasten der Praktischen Tätigkeiten zu.

Wenige Studien untersuchten bisher, wie viel Zeit pro Tag ein Arzt mit welchen Tätigkeiten verbringt. Es ist schwierig, vergleichbare Zahlen aus anderen Studien als der von Häuser et al. zu finden.

Parrish et al. untersuchten an einem Kollektiv von 25 amerikanischen Allgemeinärzten, wie viel Zeit diese mit verschiedenen ärztlichen Tätigkeiten verbrachten (Parrish, Bishop et al. 1967). Ergebnis war, dass 27% der gesamten Arbeitszeit mit diagnostischer Tätigkeit, 20% mit therapeutischer Tätigkeit, 17,2% mit Gesundheitsinformation und Beratung, 10,9% mit Vorsorge, 16,3% mit Administration und 8,6% mit persönlichen Belangen verbracht wurde. Bereits 1967 vermuten Parrish et al., dass Verbesserungen der Geschäftsmethoden und des Managements den prozentualen Anteil der Administration von 16,3% zugunsten des direkten Patientenkontaktes verringern könnten (Parrish, Bishop et al. 1967).

Baker et al. untersuchten in ähnlicher Weise die prozentuale Zeitverteilung der ärztlichen Aufgaben an einer Gruppe von Allgemeinärzten aus Neuseeland (Baker 1976). Ergebnis war, dass 36% der Arbeitszeit mit diagnostischen Tätigkeiten und 9% der Arbeitszeit mit therapeutischen Tätigkeiten, 16% mit Gesundheitserziehung und Beratung, 11% mit Vorsorge, 25% mit Administrativen Arbeiten bezüglich des Patienten (Rezeptverschreibungen, Notizen für Labortests, Überweisungen zu anderen Ärzten, Telefonanrufe, und ähnliches) und weitere 10% mit anderen administrativen Tätigkeiten (finanzielle

Angelegenheiten, Bestellungen, Praxisbelange) verbracht wurde. Für persönliche Belange wurden weitere 7% der Arbeitszeit verwendet. Auch Baker et al. schlagen vor, einige zeitaufwendige Tätigkeiten, wie zum Beispiel die Gesundheitserziehung und die Administration anderen Verantwortlichen zu übertragen (Baker 1976).

Mitchell et al. untersuchten den Arbeitsinhalt von sogenannten senior house officers, also älteren verbeamteten Ärzten, die in der Notaufnahme eines universitären Lehrkrankenhauses arbeiteten (Mitchell, Hayhurst et al. 2004). Diese wurden von Studenten, die sich in der Vorklinik befanden, bei ihrer Arbeit begleitet. Dabei stellte sich heraus, dass die Ärzte 22% ihrer Arbeitszeit mit Anamneseerhebung und der Untersuchung von Patienten verbrachten. Weitere 20% benötigten sie für das Schreiben von Briefen. Insgesamt 4,7% ergaben sich für das Gespräch mit Patienten und Angehörigen, und 5,2% für Praktische Tätigkeiten. Das Gespräch mit Kollegen umfasste 8,2% ihrer Arbeitszeit und für den Studentenunterricht benötigten sie insgesamt 1%. Für Pausen errechneten sich insgesamt 8,5%, für administrative und technische Arbeiten 15%. Zu letzteren wurden folgende Tätigkeiten gezählt: Die Vorbereitung praktischer Tätigkeiten, Blutentnahmen, das Ausfüllen von Formularen, die Suche nach einer Untersuchungskabine und das Hereinbitten des Patienten. Außerdem das Anfunken von Kollegen und das Warten auf Antwort, und die Beantwortung des Telefons. Diese Tätigkeiten, in der Studie von Mitchell et al. unter den Punkten Administration und Technisches zusammengefasst, sind in der Freiburger Studie zum Teil in dem Parameter Verwaltung enthalten. Mitchell et al. vertreten die Meinung, dass dies Tätigkeiten sind, die von Assistenten übernommen werden könnten, und nicht in den Aufgabenbereich eines Arztes gehören. Auch in der Freiburger Studie war ein Kriterium des Parameters Verwaltung, dass hier Tätigkeiten vermerkt sind, die durch eine Sekretärin oder eine andere Arbeitskraft ohne medizinisches Wissen erfüllt werden können. Zu diesen Tätigkeiten gehört die Beantwortung telefonischer Anfragen oder das Faxen von Unterlagen, die Suche nach Krankenakten und alten Befunden, das Sortieren von Akten, die Führung eines Einbestellungskalenders für ambulante Termine und die Koordination der Bettenverteilung. Würden diese Tätigkeiten von anderen Arbeitskräften übernommen, bestünde unter anderem mehr Zeit für den direkten Patientenkontakt.

Der zunehmende Verwaltungsaufwand, den die Ärzte in den Krankenhäusern zu erfüllen haben, wird in den letzten Jahren verstärkt kritisiert. So beschreiben auch Dugdale et al., dass Ärzte heutzutage steigenden Erwartungen an ihre Zeit gegenüberstehen. Zunehmende administrative Anforderungen in der Gesundheitsversorgung beanspruchen Zeit, die sonst mit Patienten verbracht werden könnte (Dugdale, Epstein et al. 1999). 41% der Ärzte beschreiben einen Rückgang der Zeit, die für Patientenkontakte zur Verfügung steht, zwischen den Jahren 1992 und 1995 (Collins, Schoen et al. 1997). Interessant ist in diesem Zusammenhang auch eines der Ergebnisse der Studie von Hemmer-Schanze et al., nämlich dass über drei Viertel der in dieser Studie befragten Ärzte „mindestens einmal täglich unter solchen Zeitdruck gerät, dass sie sich deswegen im Patientengespräch kürzer fassen als sie dies ohne Zeitdruck tun würden“ (Hemmer-Schanze, Füssl, 2006). Zu der Frage nach Hindernissen der Kommunikation wurden von den befragten Ärzten der Studie von Hemmer-Schanze „Aspekte, die arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen und ökonomischen Druck betreffen“, genannt. Dies waren zum Beispiel mangelnde Konzentration wegen ständigen Multitaskings und Zeitdruck.

Ein ernüchterndes Beispiel bezüglich der Rahmenbedingungen im Krankenhaus ist die Aussage eines jungen englischen Arztes nach einem Monat praktischer Tätigkeit: „Wenn man diese chirurgische Arbeit hier macht, gibt es wenig Grund dafür, gesprächig mit den Patienten zu sein. Man hat so viele Aufgaben, man hat keine Zeit, mit den Patienten zu reden... es ist sehr sachlich, man muss sehr kurz und knapp sein, es auf den Punkt bringen“ (Williams, Cantillon et al. 2001).

Die Gründe für kurz gehaltene Gespräche mit Patienten und Angehörigen sind also eigentlich bekannt. Eine mögliche Lösung des Problems wäre es, einen Teil der administrativen Aufgaben und auch der einfacheren praktischen Tätigkeiten, wie Blutentnahmen, an andere Arbeitskräfte zu delegieren.

4.3.2 Vergleich zwischen konservativ und operativ tätigen Ärzten

Konservativ	Parameter	Operativ
80 Minuten	Patientengespräch	75 Minuten
5 Minuten	Angehörigengespräch	7 Minuten
174 Minuten	Besprechung mit Kollegen	116 Minuten
23 Minuten	Meetings	44 Minuten
160 Minuten	Dokumentation	135 Minuten
52 Minuten	Diagnostische Tätigkeiten	45 Minuten
33 Minuten	Forschung und Lehre	47 Minuten
47 Minuten	Praktische Tätigkeiten	28 Minuten
	OP-Zeit	101 Minuten
34 Minuten	Pausen	35 Minuten

Dokumentation: Berichtswesen, OP-Berichte, Briefe schreiben, Verwaltung (Sonstiges), DRG

Diagnostische Tätigkeiten: Untersuchungen anmelden, Befundbewertung, Konsile

Tabelle 5

Vergleicht man die Ergebnisse der getrennten Auswertung von konservativ und operativ tätigen Ärzten, so fallen in folgenden Bereichen deutliche Unterschiede auf:

Besprechungen mit Kollegen benötigten bei den konservativ tätigen Ärzten knapp 60 Minuten mehr Zeit als bei den operativ tätigen Ärzten. Ein Grund hierfür könnte zum Beispiel der höhere Anteil an multimorbiden Patienten in der Inneren Medizin sein, deren Behandlung durch die Vielzahl an Krankheiten häufig komplex ist. Weiterhin erfordern konservative Behandlungskonzepte, wie zum Beispiel die Pharmakotherapie solcher Patienten oftmals ein genaues Abwägen der Wirkungen und Nebenwirkungen.

Bei den Abteilungs-Meetings verhält es sich hingegen umgekehrt (23 Minuten bei den konservativ tätigen Ärzten versus 44 Minuten bei den operativ tätigen Ärzten). Eine Vermutung ist, dass die operativ tätigen Ärzte aufgrund der Tatsache, dass sie häufig den ganzen Tag operieren, sich dann während der Abteilungsbesprechungen verstärkt über ihre Patienten austauschen und diese

Meetings deshalb fast doppelt solange dauern als es bei den konservativ tätigen Ärzten der Fall ist.

Ein weiterer Unterschied zeigt sich im Bereich der Dokumentation (160 Minuten bei den konservativ tätigen Ärzten versus 135 Minuten bei den operativ tätigen Ärzten). Eine Ursache hierfür sind wahrscheinlich die deutlich umfangreicheren Briefe der Internisten. Betrachtet man die gemessenen Zeiten nur für Briefe schreiben an sich, so zeigt sich ein Unterschied von 17 Minuten. Auch die Kurvenvisite benötigte bei den Internisten weitere 18 Minuten mehr als bei den operativ tätigen Ärzten (48 Minuten bei den konservativ tätigen Ärzten versus 30 Minuten bei den operativ tätigen Ärzten). Hier ist als Ursache vielleicht einmal mehr anzuführen, dass internistische Patienten häufig an mehreren schweren Leiden gleichzeitig erkrankt sind, deren Beschreibung, Diagnostik und Therapie umfangreich und zeitaufwendig sind.

Andere Zeitdifferenzen, wie zum Beispiel im Bereich von Forschung und Lehre, sind nicht mit unterschiedlichen Inhalten in den einzelnen Fachbereichen erklärbar. Vielmehr ist hier der Zufall eine mögliche Begründung. Um die Ursache jedoch genauer zu untersuchen, müsste der Parameter in einer neuen Messung in weitere Unterpunkte unterteilt werden und ein größeres Kollektiv an begleiteten Ärzten gewählt werden, um zufällige Unterschiede auszuschließen.

4.4 Vergleich von Selbsteinschätzung und Fremdmessung (siehe Tabelle 1)

Vor allem die Dauer der Angehörigengespräche wurde von den befragten Ärzten sehr viel länger eingeschätzt als sie tatsächlich war. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass diese Gespräche meist zu Unterbrechungen anderer Tätigkeiten führen, und die Ärzte sie aufgrund des durch die Störung entstehenden Zeitdruckes häufig als länger empfinden als sie wirklich sind.

Auch die für Patientengespräche geschätzte Zeit wurde als länger empfunden als die gemessene Zeit. Dies könnte daran liegen, dass ein unter Zeitdruck stehender Arzt das Gespräch mit dem Patienten als lang andauernd und Zeit verbrauchend empfindet, obwohl die eigentliche Gesprächsdauer kürzer ist.

Interessant bezüglich dieses Themas ist die bekannte Studie von Beckman und Frankel aus den achtziger Jahren, die herausfanden, dass Patienten nach durchschnittlich 18 Sekunden Redezeit von ihrem Arzt unterbrochen werden (Beckman 1984). Marvel und Epstein untersuchten dieses Verhalten von Ärzten einige Jahre später erneut, und ihr Ergebnis war 23 Sekunden Redezeit für den Patienten bis zur ersten Unterbrechung (Marvel, Epstein et al. 1999). Marvel und Epstein äußerten die Befürchtung, dass diese frühen Unterbrechungen der Patienten dazu führen könnten, dass wichtige gesundheitliche Probleme des Patienten nicht zur Sprache und damit auch nicht in Behandlung kommen.

Langewitz et al. vermuteten, dass der Kommunikationsstil mit frühen Unterbrechungen von Seiten der Ärzte auf der Annahme basiert, die Patienten brächten den Zeitplan durcheinander, wenn man sie so lange reden ließe wie sie wollten (Langewitz, Denz et al. 2002). Langewitz et al. führten eine Studie durch, die herausfinden sollte, wie lange Patienten tatsächlich reden, wenn man sie reden lässt. Ergebnis war, dass von „335 Patienten 78% weniger als zwei Minuten für ihr Anliegen benötigten und nur 2% länger als fünf Minuten sprachen“. Weiterhin stellten die Ärzte, die die untersuchten Gespräche führten, fest, dass alle Patienten wichtige Informationen mitzuteilen hatten und nicht unterbrochen werden sollten. Vielleicht empfänden Ärzte die Gespräche mit ihren Patienten als weniger zeitaufwendig, wenn ihr Zeitdruck geringer wäre. Dieser Zeitdruck entsteht sicherlich nicht zuletzt wegen der bereits zuvor

angesprochenen Zunahme der administrativen und dokumentierenden Aufgaben, die zu erfüllen sind.

Diese von vielen Ärzten als unliebsam empfundene Arbeit wird meist als länger andauernd wahrgenommen als sie tatsächlich ist, wie die Schätzwerte aus der vorliegenden Studie zeigen.

Vergleichbare Daten aus anderen Studien existieren leider kaum. Auch Häuser und Schwebius untersuchten, ob Unterschiede zwischen den gemessenen und geschätzten Zeiten bestehen. Die Ärzte, die an ihrer Studie teilnahmen, stimmten mit ihrer Schätzung für die Zeit für Patientengespräche jedoch fast mit der bei ihnen tatsächlich gemessenen Zeit überein. Es wurden 1,4 Stunden geschätzt und 1,3 Stunden gemessen. Bei den Angehörigengesprächen schätzten sie 0,6 Stunden, gemessen wurden 0,2 Stunden. Für die Dokumentation gaben sie einen Schätzwert von 3,2 Stunden an, gemessen wurden 2,6 Stunden (Häuser, Schwebius 1999).

4.5 Vergleich von Ärztinnen und Ärzten

Es ist ein bekanntes Klischee, dass Frauen mehr und lieber reden als Männer. Ob dies für Ärztinnen in ihrem Beruf ebenfalls zutrifft, war eine Fragestellung der vorliegenden Studie.

Für die nach dem Geschlecht des Arztes getrennte Untersuchung der Gesprächszeiten mit Patienten ergab sich für die Ärzte ein durchschnittlicher Tageswert von 75 Minuten, für die Ärztinnen waren es 80 Minuten. Für den Arzt waren es durchschnittlich 4 Minuten 4 Sekunden, bei der Ärztin hingegen 4 Minuten 38 Sekunden, also über eine halbe Minute mehr. Viele Studien kamen zu dem Ergebnis, dass Ärztinnen längere Patientengespräche führen als Ärzte (Meeuwesen, Schaap et al. 1991; Roter, Lipkin et al. 1991; Bensing, van den Brink-Muinen et al. 1993; Bernzweig, Takayama et al. 1997; Howie, Heaney et al. 1999; van Dulmen and Bensing 2000; Britt, Valenti et al. 2002).

Es existieren aber auch Studien mit gegenteiligem Ergebnis, wie zum Beispiel die von Roter et al., die herausfanden, dass Gynäkologen länger mit ihren Patientinnen sprachen als Gynäkologinnen (Roter, Geller et al. 1999).

Hemmer-Schanze et al. zeigten in ihrer Studie, dass Frauen einen höheren Anspruch an die Qualität der Kommunikation im Umgang mit Patienten haben, andererseits aber auch zufriedener mit ihrer eigenen kommunikativen Kompetenz sind als ihre männlichen Kollegen (Hemmer-Schanze, Füssl 2006). Andere Studien untersuchten das Gesprächsverhalten der Ärzte und zeigten, dass Frauen sich dem Patienten im Gespräch zugewandter verhalten als es ihre männlichen Kollegen tun. So erklären Street et al., dass Ärztinnen im Gespräch mehr Unterstützung zeigen als Ärzte (Street, Gordon et al. 2005). Ärztinnen, die an der Studie von Farber et al. teilnahmen, nahmen sich mehr Zeit, wenn sie Patienten über eine schlechte Diagnose informieren mussten und zeigten mehr emotionale Unterstützung als ihre männlichen Kollegen (Farber, Urban et al. 2002) .

Roter, Hall et al. ermittelten, dass Ärztinnen im Vergleich zu den Ärzten längere Patientengespräche führten, und sich bedeutend mehr in aktivem partnerschaftlichem Verhalten engagierten. Weiterhin bemühten sie sich mehr um die Mitteilung psychosozialer Informationen und emotional bedeutender Themen (Roter, Hall et al. 2002).

In der vorliegenden Studie beträgt die gemessene Gesamtgesprächsdauer pro Tag für die Ärzte 75 Minuten, die für die Ärztinnen 80 Minuten. Dieser Wert berücksichtigt jedoch nicht die Anzahl der Patienten, mit denen gesprochen wurde. Die Gesprächsdauer mit dem einzelnen Patienten beträgt für die Ärzte 4 Minuten 4 Sekunden, für die Ärztinnen 4 Minuten 38 Sekunden. Somit kann bekräftigt werden, was viele andere auch schon gezeigt haben, nämlich dass Ärztinnen längere Gespräche mit ihren Patienten führen als ihre Kollegen.

Untersuchungen, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Dauer praktischer Tätigkeiten gibt, sind kaum vorhanden. Das Ergebnis der vorliegenden Studie zeigt eine klare Differenz von 27 Minuten. Der Durchschnittswert der männlichen Ärzte lag bei 92 Minuten, der der Frauen bei 65 Minuten. Es muss aber berücksichtigt werden, dass hier OP-Zeit und Zeit für Praktische Tätigkeiten mit eingeschlossen sind. Da unter den Chirurgen, die an dieser Studie teilnahmen, deutlich mehr Männer vertreten waren, und die OP-Zeit entscheidend das Ergebnis beeinflusst, sind diese Daten nur bedingt aussagekräftig.

4.6 Einfluss der Länge der Berufserfahrung

Interessante Ergebnisse erbrachte die Untersuchung des Einflusses der Berufserfahrung eines Arztes auf seinen Arbeitsstil, insbesondere auf seinen Umgang mit Patienten.

Es zeigte sich in der vorliegenden Studie, dass erfahrenere Ärzte durchschnittlich länger mit ihren Patienten sprachen (siehe Abbildung 4). Dies ist gleichzeitig das Ergebnis einer anderen Studie (Britt, Valenti et al. 2002). . Andererseits gibt es auch Untersuchungen, die zu dem Ergebnis kommen, dass es keine Korrelation gibt, zwischen dem Alter des Arztes und der Zeit, die er mit Patienten verbringt (Lin, Albertson et al. 2001; Deveugele, Derese et al. 2002). Die Widersprüchlichkeit dieser Ergebnisse lässt nur Vermutungen zu. Eine Interpretationsmöglichkeit wäre zum Beispiel, dass ein älterer Arzt aufgrund seiner Erfahrung für viele Tätigkeiten wie beispielsweise für das Briefe schreiben, weniger Zeit benötigt, als ein jüngerer Kollege, und ihm deshalb mehr Zeit für den Patientenkontakt zur Verfügung steht.

Weiterhin zeigt die vorliegende Studie, dass auch die Zeit, die mit Praktischen Tätigkeiten und im OP verbracht wird, im Laufe des Berufslebens zunimmt. Dies lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass ein berufserfahrener Arzt mehr ärztliche Eingriffe durchführen muss und kann, als ein weniger erfahrener Arzt. Dieses Argument spräche wiederum dafür, dass auch ein erfahrenere Arzt nicht mehr Zeit für Patientengespräche hat als ein jüngerer, da er mehr Zeit im OP und mit Praktischen Tätigkeiten verbringt. Da es leider nur wenige Untersuchungen zu diesem Thema gibt, wären weitere Nachforschungen nötig, um herauszufinden, wie sich dieser Sachverhalt nun tatsächlich darstellt.

4.7 Zufriedenheit der Ärzte mit Gesprächen und mit Praktischen Tätigkeiten

Bereits 1975 beschrieb Mechanic eine weit verbreitete Unzufriedenheit der Ärzte mit der Länge der Patientengespräche (Mechanic 1975).

Nicht viel später, im Jahr 1979, fand Mawardi heraus, dass eine der Hauptquellen der Zufriedenheit der Ärzte ihre Beziehung zu ihren Patienten ist. Weiterhin wurde in dieser Studie der Zeitdruck, unter dem Ärzte arbeiten, als eine der Hauptursachen für ihre Unzufriedenheit gefunden (Mawardi 1979).

Verschiedene Befragungen junger Ärzte zeigten, dass der Anteil derjenigen, die der Meinung waren, sie hätten genügend Zeit für Patienten, im Jahre 1991 84% betrug, und im Jahre 1997 bei 32% lag (Hadley, Mitchell et al. 1999).

Eine Studie, die Onkologen bezüglich ihrer Meinung zu dem Thema „Übermittlung einer schlechten Diagnose“ befragte, fand heraus, dass der Großteil der teilnehmenden Ärzte der Meinung war, sie hätten nicht genügend Zeit, um schwierige Diskussionen mit ihren Patienten führen zu können. Sie erzählten auch, dass es anstrengend sei, mit den Angehörigen des Patienten umzugehen, und auf die Emotionen des Patienten zu reagieren. Es sei schwierig, ehrlich mit dem Patienten zu sein, ohne ihn zu deprimieren, und auch schwierig, mit den eigenen negativen Gefühlen umzugehen (Baile 2002).

Die Noten, die die Freiburger Ärzte ihrer Zufriedenheit mit Patientengesprächen, mit Angehörigengesprächen und mit Praktischen Tätigkeiten gaben, lagen im Bereich zwischen drei und vier, aber immer näher an der vier (siehe Kapitel 3.7).

Das vorliegende Ergebnis bekräftigt demnach die Aussagen der gerade erwähnten Studien bezüglich der Patientengespräche. Bezüglich der Angehörigengespräche und der Praktischen Tätigkeiten sind Vergleichsdaten in der Literatur kaum zu finden.

Verschiedene Studien beschäftigen sich mit dem Thema der Berufszufriedenheit der Ärzte allgemein. Eine Studie aus dem Jahr 1993 fand heraus, dass zu diesem Zeitpunkt fast zwei Drittel der Allgemeinärzte mit ihrem Beruf zufrieden waren (Skolnik, Smith et al. 1993). Cohen et al. untersuchten die Zufriedenheit sogenannter „residents“, also junger, sich in der Ausbildung befindlicher Ärzte in Kanada. 22% der Befragten würde nicht wieder Medizin

studieren, wenn sie noch mal vor der Wahl stünden. Insgesamt 34% der Befragten beurteilten ihr Berufsleben als „stressig“. Frauen berichteten häufiger von Stress als Männer (40% versus 27%). Als Hauptursache für Stress wurde Zeitdruck angegeben, von 44% der männlichen und 57% der weiblichen Befragten (Cohen, Patten 2005). Ein Grund für den höheren Anteil an gestressten Ärztinnen könnte eventuell der Druck sein, abends pünktlich die Arbeit zu beenden, um zu den wartenden Kindern zu kommen.

Eine andere Befragung untersuchte die Zufriedenheit von Ärzten mit den Bereichen Patientenbetreuung, Arbeitsbelastung, Einkommen/Prestige, Anerkennung und Verhältnis zu Kollegen (Bovier, Perneger 2003). Die schlechtesten Noten wurden in den Bereichen Arbeitsbelastung (Arbeitspensum, Stress bei der Arbeit, Belastung mit administrativen Aufgaben, knappe Zeit für Familie, Freunde und Freizeit) und arbeitsabhängiges Einkommen gefunden.

Was die Berufsunzufriedenheit der Ärzte für ihre Patienten bedeutet, war Gegenstand weiterer Untersuchungen. Ergebnis war, dass eine Berufsunzufriedenheit der Ärzte mit einer schlechteren Compliance der Patienten (DiMatteo, Sherbourne et al. 1993) und mit steigender Unzufriedenheit der Patienten (Linn, Brook et al. 1985) assoziiert ist.

4.8 Einfluss der Länge der Berufserfahrung und des Geschlechtes auf die Zufriedenheit der Ärzte

Haas et al. zeigen in ihrer Studie, dass jüngere Ärzte eine signifikant niedrigere Berufszufriedenheit haben als ältere Ärzte (Haas, Cleary et al. 1998).

Die Untersuchung von Wetterneck et al. zeigt, dass steigende Zufriedenheit von allgemeininternistisch tätigen Ärzten assoziiert ist mit höherem Alter, weiblichem Geschlecht, weniger Wochenarbeitsstunden und weniger Zeitdruck während der Visiten (Wetterneck, Linzer et al. 2002).

In der vorliegenden Studie zeigt vor allem die Zufriedenheit der Ärzte mit den Angehörigengesprächen eine signifikante Verbesserung mit der Zunahme der Berufserfahrung (siehe Kapitel 3.6.2). Dies lässt sich dadurch erklären, dass

jüngere Ärzte den Umgang mit Angehörigen erst lernen müssen und anfangs oft unsicher sind, da sie diese Aufgabe im Studium nicht gelernt haben.

Die Zufriedenheit in den anderen beiden Bereichen steigt ebenfalls mit der Länge der Berufserfahrung, aber nicht in gleichem Maße wie es bei den Angehörigengesprächen der Fall ist. Wachsende Routine und Erfahrung im Laufe des Berufslebens führen wohl dazu, dass die Ärzte mit ihrer Tätigkeit im Krankenhaus zufriedener werden. „Junge Ärzte müssen wieder das Gefühl bekommen, dass sie Zeit haben, mit den Patienten zu sprechen.“ Das erklären Williams et al. unter anderem am Schluss ihrer Studie, in der sie junge Ärzte zu ihren ersten Berufserfahrungen befragten (Williams, Cantillon et al. 2001).

Interessant ist ein anderes Ergebnis, das Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich der Zufriedenheit mit der zur Verfügung stehenden Zeit für Patienten beschreibt. Unter den Ärztinnen zeigte sich ein höherer Anteil an Unzufriedenen als unter den Ärzten (35% weibliche gegenüber 28% männlichen Ärzten) (Collins, Schoen et al. 1997). In der Freiburger Studie zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede vor allem im Bereich der Praktischen Tätigkeiten. Die Durchschnittsnote bei den Männern beträgt 4,4, die der Frauen 3,1. Ursächlich hierfür könnte sein, dass beim männlichen Geschlecht das Bedürfnis nach praktischer Arbeit ausgeprägter ist als bei den Frauen. Wie auch schon weiter oben erwähnt, waren unter den chirurgisch tätigen Ärzten mehr Männer vertreten, die vielleicht unzufrieden mit der Arbeit auf der Station waren und die Arbeit im OP bevorzugten.

Die Studie von End et al. untersuchte die Zufriedenheit von Chirurginnen in verschiedenen Bereichen. 21% der Befragten bezeichneten den Umfang an operativen Aufgaben als exzellent, 48% als gut bis durchschnittlich und 26% der Befragten beurteilten den Umfang als schlecht und unzureichend (End, Mittlboeck et al. 2004). Ihre Gesamtzufriedenheit mit dem Beruf befanden 57% als sehr gut, 28% als durchschnittlich und 13% als schlecht. Die chirurgisch tätigen Ärzte der Freiburger Studie gaben ihrer Zufriedenheit mit Praktischen Tätigkeiten durchschnittlich die Note 3,8.

Im Zusammenhang mit diesen Zahlen muss betont werden, dass die Berufszufriedenheit des Arztes die Qualität der Patientenbehandlung und die Qualität der Arzt-Patientenbeziehung beeinflusst, und damit die Unzufriedenheit des Arztes Konsequenzen für den Patienten hat (Williams, Skinner 2003). Eine

Konsequenz ist zum Beispiel ein unpräziseres Verschreibungsverhalten von unzufriedenen Ärzten, wie es die Studie von Melville et al. zeigte (Melville 1980).

4.9 Querschnitterhebung auf einer chirurgischen Station

Durchschnittswerte der Querschnitterhebung	Parameter	Durchschnittswerte der Gesamterhebung
83 Minuten (11,8%)	Patientengespräch	79 Minuten (11,8%)
7 Minuten (1%)	Angehörigengespräch	6 Minuten (0,9%)
32 Minuten (4,5%)	Ärztliche Besprechung	32 Minuten (4,9%)
7 Minuten (1%)	DRG	11 Minuten (1,7%)
39 Minuten (5,6%)	Briefe schreiben	50 Minuten (7,6%)
9 Minuten (1,2%)	Berichtswesen	3 Minuten (0,5%)
24 Minuten (3,4%)	Praktische Tätigkeiten	39 Minuten (5,9%)
23 Minuten (3,3%)	Bewertung von Befunden	28 Minuten (4,3%)
5 Minuten (0,7%)	Konsile	3 Minuten (0,4%)
94 Minuten (13,4%)	Besprechungen mit Kollegen	150 Minuten (22,8%)
44 Minuten (6,3%)	Kurvensite	41 Minuten (6,2%)
27 Minuten (3,9%)	Anmeldung von weiteren Untersuchungen	18 Minuten (2,8%)
4 Minuten (0,6%)	Lehre und Forschung	39 Minuten (5,9%)
222 Minuten (31,7%)	OP-Zeit	42 Minuten (6,3%)
0,5 Minuten (0,07%)	OP-Berichte	2 Minuten (0,3%)
70 Minuten (10%)	Verwaltung / Sonstiges	82 Minuten (12,5%)
700 Minuten	Gesamtarbeitszeit	659 Minuten

Tabelle 6

Vergleichbare Daten, die den Arbeitsverlauf eines Arztes während einer Woche darstellen, sind in der aktuellen Literatur nicht zu finden. Ein Vergleich der ermittelten Durchschnittswerte dieser Woche mit den Durchschnittswerten der Gesamterhebung lässt nur Vermutungen zu. Um statistisch auswertbare Aussagen zu erhalten, müsste eine ähnliche Messung an einem umfangreicheren Kollektiv durchgeführt werden.

Für einige Abweichungen der Daten der Querschnittserhebung von den Daten der Gesamterhebung können aufgrund von Beobachtungen während der Messung Erklärungen gefunden werden.

Für das Berichtswesen lag der Durchschnittswert der Querschnittserhebung bei neun Minuten (1,2%), der der Gesamterhebung bei drei Minuten (0,5%). Bei der Ärztin, die an der Querschnittserhebung teilnahm, handelte es sich um eine Unfallchirurgin. Zu den Aufgaben der Unfallchirurgen gehört unter anderem die Beantwortung von Anfragen der Berufsgenossenschaften, eine Tätigkeit, die unter den Parameter Berichtswesen fällt. Dies erklärt den vergleichsweise hohen Zeitwert, der in der Querschnittserhebung für Berichtswesen aufgewandt wurde. Für Besprechungen mit Kollegen lag der Durchschnittswert der Querschnittserhebung bei 94 Minuten (13,4%), der der Gesamterhebung bei 150 Minuten (22,8%). Folgende Erklärungen wurden dafür gefunden: Zum einen war die begleitete Ärztin der Querschnittserhebung Fachärztin für Chirurgie. Sie hatte deshalb weniger Fragen an ältere Kollegen, als dies bei einem jüngeren Arzt der Fall gewesen wäre. Zum anderen war die begleitete Ärztin während der gesamten Woche, abgesehen von dem Montag, alleine auf der Station tätig. Dies erklärt sowohl die geringere Besprechungszeit mit Kollegen als auch die relativ lange Gesamtarbeitszeit von durchschnittlich 700 Minuten (=11,6 Stunden) pro Tag.

Für die OP-Zeit lag der Durchschnittswert der Querschnittserhebung bei 222 Minuten (31,7%), der der Gesamterhebung bei 42 Minuten (6,3%). Da der Zeitwert der Gesamterhebung jedoch auch die Anzahl der nicht operativ tätigen Ärzte berücksichtigt, ist diese Zahl künstlich entstanden, und deshalb wenig aussagekräftig (siehe Kapitel 3.2). Ein besserer Vergleich ist mit der realen durchschnittlichen OP-Zeit, die nur die Anzahl der begleiteten Chirurgen berücksichtigt, möglich. Diese OP-Zeit lag bei 101 Minuten (15,3%) (siehe Abbildung 2).

Auch dieser reale Vergleich zeigt einen höheren Zeitwert auf der Seite der Querschnittserhebung. Dies lässt sich ebenfalls damit begründen, dass die Ärztin der Querschnittserhebung in der betroffenen Woche alleine für die Station verantwortlich war, und neben dem Stationsbetrieb auch an Operationen teilnehmen musste, die ansonsten von den Kollegen durchgeführt worden wären.

5 Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Verteilung verschiedener ärztlicher Tätigkeiten auf die Gesamtarbeitszeit von Ärzten zu untersuchen und insbesondere die Gesprächszeiten mit Patienten und Angehörigen zu analysieren. Auf 34 Stationen des Universitätsklinikums Freiburg wurden insgesamt 32 Ärzte aus den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Neurologie und Strahlenheilkunde jeweils einen Arbeitstag lang begleitet und mittels einer Stoppuhr die Dauer verschiedener ärztlicher Tätigkeiten gemessen. Zusätzlich wurde jeder teilnehmende Arzt gebeten, einen Fragebogen auszufüllen, in dem er eigene Schätzwerte bezüglich der Dauer verschiedener ärztlicher Tätigkeiten angeben und seine persönliche Zufriedenheit mit der zur Verfügung stehenden Zeit für bestimmte ärztliche Tätigkeiten benoten sollte. Schließlich wurde eine Querschnitterhebung durchgeführt, in dem eine Ärztin auf einer chirurgischen Station eine Arbeitswoche begleitet wurde, um diese Daten separat auszuwerten.

Der Arbeitstag eines Arztes betrug durchschnittlich 659 Minuten. Auf diese Zeit verteilten sich die verschiedenen ärztlichen Aufgaben wie folgt: 11,8% Kommunikation mit Patienten, 0,9% Kommunikation mit Angehörigen, 4,9% Ärztliche Besprechungen, 1,7% DRG, 7,6% Briefe schreiben, 0,5% Berichtswesen, 5,9% Praktische Tätigkeiten, 4,3% Befundbewertung, 0,4% Konsilanforderungen, 22,8% Besprechung mit Kollegen, 6,2% Kurvenvisite, 2,8% Anmeldung für weitere Untersuchungen, 5,9% Lehre und Forschung, 6,3% OP-Zeit, 0,3% Schreiben von OP-Berichten, 12,5% Verwaltung und Sonstiges und 5% Pausen. Pro Arbeitstag sprach ein Arzt durchschnittlich 4 Minuten 17 Sekunden mit einem Patienten und durchschnittlich 20 Sekunden mit einem Angehörigen. Sowohl die gemessenen Zeiten als auch die Ergebnisse aus den Fragebögen wurden anhand verschiedener Merkmale der Ärzte, wie zum Beispiel konservatives versus operatives Tätigkeitsfeld, Geschlecht des Arztes und Länge der Berufserfahrung des Arztes, in Gruppen unterteilt und miteinander verglichen. So verbrachte ein berufserfahrenerer Arzt mehr Zeit mit Patientengesprächen und mit praktischen Tätigkeiten als ein unerfahrenerer Arzt. Ärztinnen waren mit der ihnen zur Verfügung stehenden Zeit für praktische Tätigkeiten deutlich zufriedener als Ärzte. Mit zunehmender Berufserfahrung zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Zufriedenheit des Arztes mit der zur Verfügung stehenden Zeit für Angehörigengespräche.

6 Appendix

Fremdmessung:

Messinstrument A

Messinstrument B

Selbsteinschätzung

Fragebogen (Selbsteinschätzung)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir bitten Sie um Unterstützung bei einer Studie zur ärztlichen Arbeitszeit und deren Verteilung auf die verschiedenen ärztlichen Tätigkeiten. Bitte beantworten Sie hierfür die folgenden Fragen. Ihre Antworten unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und werden anonymisiert ausgewertet.

Geschlecht weiblich männlich

Abteilung.....

Jahre Berufstätigkeit (einschließlich AIP)Jahre

Durchschnittliche Arbeitszeit pro Tag (*ohne Nachdienste*)StundenMinuten

Wie viele Patienten betreuen Sie in der RegelPatienten

Wie viele Stunden/Minuten Ihrer täglichen Arbeitszeit verbringen Sie mit

1. DokumentationStundenMinuten

2. Gespräche mit PatientenStundenMinuten
(*Aufnahmeuntersuchung,, Visite, Aufklärung ,sonstige Gespräche*)

3. Gespräche mit AngehörigenStundenMinuten

4. Diagnostische und therapeutische
ärztl. Maßnahmen am PatientenStundenMinuten

5. Sonstiges.....StundenMinuten

Wie ist Ihre Zufriedenheit mit der Ihnen für **Patientengespräche** zur Verfügung stehenden Zeit?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> sehr gut | <input type="radio"/> ausreichend |
| <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> mangelhaft |
| <input type="radio"/> befriedigend | <input type="radio"/> ungenügend |

Wie ist Ihre Zufriedenheit mit der Ihnen für **Angehörigengespräche** zur Verfügung stehenden Zeit?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> sehr gut | <input type="radio"/> ausreichend |
| <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> mangelhaft |
| <input type="radio"/> befriedigend | <input type="radio"/> ungenügend |

Wie ist Ihre Zufriedenheit mit der Ihnen für **diagnostische und therapeutische Maßnahmen am Patienten** zur Verfügung stehenden Zeit?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> sehr gut | <input type="radio"/> ausreichend |
| <input type="radio"/> gut | <input type="radio"/> mangelhaft |
| <input type="radio"/> befriedigend | <input type="radio"/> ungenügend |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

7 Literaturverzeichnis

Albrecht H (2006) Vertrauen heilt. Die Zeit Nr. 32: S.25-27

Andersson SO, Mattsson B (1989) Length of consultations in general practice Sweden: views of doctors and patients. Fam Pract 6: S.130-134

Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L (2002) Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. J Clin Oncol 20: S. 2189-2196

Baker AS (1976) What do New Zealand General Practitioners do in their offices? NZ med J 83: S.187-190

Balint E, Norell JS (1975) Fünf Minuten pro Patient. 2. Auflage, Suhrkamp Verlag Frankfurt

Beckman HB, Frankel RM (1984) The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 101: S. 692-696

Bensing, JM, Roter DL, Hulsman RL (2003) Communication patterns of primary care physicians in the United States and the Netherlands. J Gen Intern Med 18: S. 335-342

Bensing, JM, van den Brink-Muinen A, de Bakker DH (1993) Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. Med Care 31: S. 219-229

Bernzweig J, Takayama JI, Phibbs C, Lewis C, Pantell RH (1997) Gender differences in physician-patient communication. Evidence from pediatric visits. Arch Pediatr Adolesc Med 151: S. 586-591

Bovier PA, Perneger TV (2003) Predictors of work satisfaction among physicians. Eur J Public Health 13: S. 299-305

Britt H, Valenti L, Miller G (2002) Time for care: Length of general practice consultations in Australia. Aust Fam Physician 31: S. 876-880

Cape J (2002) Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. Br J Gen Pract 52: S. 1004-1006

Cohen JS, Patten S (2005) Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. BMC Med Educ 5: S. 21

Collins KS, Schoen C, Sandman DR (1997) The Commonwealth Fund Survey of Physician Experiences with Managed Care. New York, NY: The Commonwealth Fund

- Crombie DL, Cross KW (1964) The workload in general practice. *Lancet* 2: S. 354-356
- De Lorenzo F, Ballatori E, Di Constanzo F, Giacalone A, Ruggeri B, Tirelli U (2004) Improving information to Italian cancer patients: results of a randomized study *Ann Oncol* 15: S. 721-725
- Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J (2002) Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries *BMJ* 325: S. 472-478
- DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, Kaplan S, Rogers WH (1993) Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol* 12: S. 93-102
- Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ (1999) Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med* 14 Suppl 1: S. 34-40
- End A, Mittlboeck M, Piza-Katzer H (2004) Professional satisfaction of women in surgery: results of a national study. *Arch Surg* 139: S. 1208-1214
- Faller H (2003) Shared decision making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation. *Rehabilitation* 42: S. 129-135
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R (2002) Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet* 359: S. 650-656
- Farber NJ, Urban SY, Collier VU, Weiner J, Polite RG, Davis EB, Boyer EG (2002) The good news about giving bad news to patients. *J Gen Intern Med* 17: S. 914-922
- Fehlenberg D, Köhle K (1983) Inpatient physician visits between hospital routine and therapeutic discourse--analytic communication study of the difficult physician-patient interaction. *Psychother Psychosom Med Psychol* 33 Spec No: S. 45-52
- Fry J (1952) A year of general practice; a study in morbidity. *BMJ* 2: S. 249-252
- Haas JS, Cleary PD, Puopolo AL, Burstin HR, Cook EF, Brennan TA (1998) Differences in the professional satisfaction of general internists in academically affiliated practices in the greater-Boston area. Ambulatory Medicine Quality Improvement Project Investigators. *J Gen Intern Med* 13: S. 127-130
- Hadley J, Mitchell JM, Sulmasy DP, Bloche MG (1999) Perceived financial incentives, HMO market penetration, and physicians' practice styles and satisfaction. *Health Serv Res* 34(1 Pt 2): S. 307-321

Hartmann W, Topp F, Kronmüller K, Zipfel S, Herzog W (1999) "Family Medicine" - Empirischer Bedarf zwischen Kosten und Nutzen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 49: S. 468

Häuser W, Herzog W (2002) *Lehrbuch der Paar- und Familientherapie*, herausgegeben von P. Scheib und M. Wirsching, Springer Verlag, S. 537-552

Häuser W, Schwebius P (1999) Vier Minuten pro Patient, eine Minute pro Angehörigen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 49: S.168-170

Hemmer-Schanze C, Fuessl HS (2006) Gesundheitsfaktor Zuhören: Pilotstudie zur Selbsteinschätzung der Kommunikationsfähigkeit von Ärzten in der Praxis. *MMW Fortschr Med* 148: S.1-8

Heyland DK, Ricker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, Peters S, Tranmer JE, O'Callaghan CJ (2002) Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med* 30: S. 1413-1418

Hickey M (1990) What are the needs of families of critically ill patients? *Heart Lung* 19: S. 401-415

Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H (1999) Quality at general practice consultations: cross sectional survey. *BMJ* 319: S. 738-743

Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B (2002) Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 325: S. 682-683

LeClaire MM, Oakes JM, Weinert CR (2005) Communication of prognostic information for critically ill patients. *Chest* 128: S. 1728-1735

Lin CT, Albertson GA, Schilling LM, Cyran EM, Anderson SN, Ware L, Anderson RJ (2001) Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Arch Intern Med* 161: S. 1437-1442

Linn LS, Brook RH, Clark VA, Davies AR, Fink A, Kosecoff J (1985) Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices. *Med Care* 23: S. 1171-1178

Lutterotti N (2004) Werte Kollegen, wir haben das falsche Herz verpflanzt. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* Nr.239 Seite N2

Mair A, Mair GB (1959) Facts of importance to the organization of a national health service from a five-year study of a general practice. *BMJ* 1(Suppl): S. 281-284

Makaryus AN, Friedman EA (2005) Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clin Proc* 80: S. 991-994

Mangram AJ, McCauley T, Villarreal D, Berne J, Howard D, Dolly A, Norwood S (2005) Families' perception of the value of timed daily "family rounds" in a trauma ICU. *Am Surg* 71: S. 886-891

Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB (1999) Soliciting the patient's agenda: have we improved? *Jama* 281: S. 283-287

Mawardi BH (1979) Satisfactions, dissatisfactions, and causes of stress in medical practice. *Jama* 241: S. 1483-1486

Mechanic D (1975) The organization of medical practice and practice orientations among physicians in prepaid and nonprepaid primary care settings. *Med Care* 13: S. 189-204

Meeuwesen L, Schaap C, van der Staak C (1991) Verbal analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med* 32: S. 1143-1150

Mehnert A, Koch U (2005) Psychosocial care of cancer patients-international differences in definition, healthcare structures, and therapeutic approaches. *Support Care Cancer* 13: S. 579-588

Melville A (1980) Job satisfaction in general practice: implications for prescribing. *Soc Sci Med* 14A: S. 495-499

Middeke M (2005) Du bist Arzt in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 130: S. 2935-2936

Mitchell J, Hayhurst C, Robinson, SM (2004) Can a senior house officer's time be used more effectively? *Emerg Med J* 21: S. 545-547

Morrell, DC (1971) Expressions of morbidity in general practice. *BMJ* 2: S. 454-458

Ogden J, Bavalia K, Bull M, Frankum S, Goldie C, Gosslau M, Jones A, Kumar S, Vasant K (2004) I want more time with my doctor: a quantitative study of time and the consultation. *Fam Pract* 21: S. 479-483

Ohtaki S, Ohtaki T, Feters MD (2003) Doctor-patient communication: a comparison of the USA and Japan. *Fam Pract* 20: S. 276-282

Parrish HM, Bishop FM, Baker AS (1967) Time study of general practitioners' office hours. *Arch Environ Health* 14: S. 892-898

Peter L, Tate JB, Catchpole PJ (1989) Practice activity analysis: collaboration between general practitioners and a family practitioner committee. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 39; S. 297-299

Roter D, Lipkin M Jr, Korsgaard A (1991) Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Med Care* 29: S. 1083-1093

Roter DL, Geller G, Bernhardt BA, Larson SM, Doksum T (1999) Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction. *Obstet Gynecol* 93: S. 635-641

Roter DL, Hall JA, Aoki Y (2002) Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *Jama* 288: S. 756-764

Sawicki P (2005) Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland *Medizinische Klinik* 100: S. 755-768

Skolnik NS, Smith DR, Diamond J (1993) Professional satisfaction and dissatisfaction of family physicians. *J Fam Pract* 37(3): S. 257-263

Street RL Jr, Gordon HS, Ward MM, Krupat E, Kravitz RL (2005) Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med Care* 43: S. 960-969

Tähepõld H, Maaros HI, Kalda R, van den Brink-Muinen A (2003) Structure and duration of consultations in Estonian family practice. *Scand J Prim Health Care* 21: S. 167-170

van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandez F, Perez A, Messerli V, Oppizzi L, Peltenburg M (2003) Communication in general practice: differences between European countries. *Fam Pract* 20: S. 478-485

van Dulmen AM, Bensing JM (2000) Gender differences in gynecologist communication. *Women Health* 30: S. 49-61

Voo YO (1999) Consultation length and case mix in a general practice clinic. *Singapore Med J* 40: S. 13-7

Watts CAH (1952) A year of general practice. *BMJ* 152; 2 (Suppl): S.115-116

Wetterneck TB, Linzer M, McMurray JE, Douglas J, Schwartz MD, Bigby JA, Gerrity MS, Pathman DE, Karlson D, Rhodes E (2002) Worklife and satisfaction of general internists. *Arch Intern Med* 162: S. 649-656

Wilkin D, Metcalfe DH (1984) List size and patient contact in general medical practice. *BMJ (Clin Res Ed)* 289: S. 1501-1505

Williams C, Cantillon P, Cochrane M (2001) The doctor-patient relationship: from undergraduate assumptions to pre-registration reality. *Med Educ* 35: S. 743-747

Williams ES, Skinner AC (2003) Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Manage Rev* 28: S. 119-139

Curriculum vitae

Geburtstag und - ort: 06.04.1981 in Villingen-Schwenningen
Familienstand: ledig
Staatsangehörigkeit: deutsch

Schulbildung und Studium:

1987-1991: Grundschule St.Georgen im Schwarzwald
1991-2000: Gymnasium St.Georgen im Schwarzwald, Abitur, Note 1,7
2000-2003: Studium der Medizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
2002: Physikum Note 2,6
2003: Erstes Staatsexamen, Note 3,0
2003/2004: Medizinstudium an der Universität Claude Bernard, Lyon, Erasmus-Stipendium
2004: Medizinstudium an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Beginn der Promotion in der Forschungsgruppe Palliativmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
2006: Zweites Staatsexamen, Note 2,6
Beginn des Praktischen Jahres
2007: Drittes Staatsexamen, Note 1,0

Praktische Erfahrung:

2000: Krankenpflegepraktikum im Krankenhaus St.Georgen, 2 Monate
2002: Teilnahme an einem Projekt der Medizinischen Soziologie Freiburg unter der Leitung von Professor Jürgen von Troschke: Besuch von medizinischen Hochschulen in Hanoi und Hai Phong, Vietnam, im Rahmen eines Austausches mit vietnamesischen Medizinstudenten
2003: Famulatur im Martin-Luther-Krankenhaus, Berlin, Gynäkologie
2003: Teilnahme am Seminar Pathologie bei Professor Adler
2004: Famulatur im Hopital Lyon Sud, Lyon, Pneumologie, 2 Monate
2005: Teilnahme am Deutschen Palliativmedizin-Kongress in Aachen
Teilnahme am Europäischen Kongress für Palliativmedizin, Aachen
2005/06: Teilnahme am Kurs Differentialdiagnosen am Krankenbett bei PD Dr. Fischer in der Abteilung für Innere Medizin an der Uni Freiburg

Sprachen:

Deutsch (Muttersprache), Englisch und Französisch fließend,
Großes Latinum

Interessen:

Reisen, Ausdauersport, Musik (Blockflöte, barocke Musik)

Danksagung

Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. mult. H.E. Blum danke ich sehr herzlich für die Überlassung des Themas. Den Ärztlichen Direktoren aller in die Untersuchung mit einbezogenen medizinischen Abteilungen danke ich für die mir gewährte Möglichkeit, die Studie auf den Stationen des Universitätsklinikums Freiburg durchführen zu können. Herrn PD Dr. F. Momm danke ich herzlich für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Ebenso danke ich an dieser Stelle Frau Dr. med. Dipl.-Theol. G. Becker und Frau Dipl.-Theol. Dipl.-Soz.Päd Dipl.-Caritaswiss. C. Xander für die engagierte Beratung und Unterstützung bei der Durchführung dieser Arbeit.

Mein Dank gilt allen Ärzten, die an dieser Studie teilgenommen haben.

Danken möchte ich meinen lieben Eltern für ihre Unterstützung während des gesamten Studiums und für ihre Hilfe bei der Entstehung dieser Arbeit. Hier möchte ich besonders meine Mutter danken, für Korrekturlesen und stets konstruktive Kritik.

Ebenso danke ich meiner Schwester Verena und meinem Freund Peter Sennekamp sowie allen Freunden für Hilfe und Beratung.