PANORAMA 01.11.2015

Ernährung von Ärzten im Klinikalltag



Ergebnisse einer qualitativen Studie

Visiten, Arztbesprechungen, Blutabnahmen, mehrere Operationen und Notfälle, Schreiben von Arztbriefen, kaum Pausen und nur wenig Schlaf in der Nacht – So wird die Schicht einer jungen Assistenzärztin in der Berliner Charité in einem Artikel beschrieben („24 Stunden im Krankenhaus: Stress pur bis morgens um sieben“).

Um elf Uhr vormittags hat sie ihr Frühstück zu sich genommen, die nächste Mahlzeit folgte abends mit einem beim Pizzadienst bestellten Salat. Zwischendurch als Snack einen Butterkeks und wie sie am Ende der Schicht feststellte, ist noch eine volle Colaflasche vom Vortag übrig [5].

Berichte wie dieser werfen die Frage auf, ob der Klinikalltag und der damit einhergehende Schichtdienst das Ernährungs- und Trinkverhalten von Ärzten beeinflusst. Neben den üblichen Bedingungen von Schichtarbeit kommen insbesondere bei der Arbeit von Ärzten in Krankenhäusern weitere Herausforderungen hinzu. Zu nennen sind hier Wochenenddienste, Rufdienste, Bereitschaftsdienste, lange Schichten und nicht zuletzt die hohe Verantwortung, welche Ärzte tragen. Außerdem beeinflussen die hohe Anspannung bei der Arbeit sowie Schichtplan und Schichtlänge das physische und psychische Wohlbefinden des Gesundheitspersonals in Kliniken.

Bislang sind keine Studien und Forschungsarbeiten zu der Thematik der Ernährungs-gewohnheiten und dem Essalltag von deutschen Ärzten vorhanden. Aus diesem Forschungsdefizit heraus und vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels und der Vorbildfunktion der Ärzte entstand die vorliegende Arbeit.

Methodisches Vorgehen

Für die vorliegende Studie sind problemzentrierte, halbstandardisierte Leitfaden-Interviews mit drei Ärzten und einer Ärztin der chirurgischen Fachrichtung unterschiedlicher Hierarchiestufen einer Klinik geführt worden.

Der Leitfaden gliedert sich in drei Themenkomplexe:

1.) Ernährung der Ärzte während des Schichtdienstes

2.) Ernährung der Ärzte außerhalb des Schichtdienstes

3.) Probleme, Ursachen und Verbesserungen

Der erste Themenkomplex diente der Erfassung der derzeitigen Ernährungssituation der Ärzte sowie deren Essalltag im Klinikbetrieb. Da viele Studien den Einfluss des Schichtdienstes auf den zirkadianen Rhythmus des Menschen und auf den (Ess-)Alltag bewiesen haben, erschien es ebenso wichtig, die Ernährung außerhalb des Schichtdienstes zu erfragen. Durch diese zwei Aspekte war es möglich, einen Gesamtüberblick über die Ernährung der Ärzte zu erlangen. Mögliche Auswirkungen der Ernährungsweise während des Schichtdienstes wurden in diesem Komplex ebenfalls erfragt. Der letzte Themenkomplex zielt darauf ab, die subjektiv empfundenen Probleme (sofern es welche gab) und die nach Meinung der Ärzte zugrundeliegenden Ursachen herauszufiltern. Da nach der Analyse und Auswertung der Interviews Empfehlungen gegeben werden sollen, wurden die Probanden auch nach ihren persönlichen Wünschen und Verbesserungsvorschlägen befragt.

Um die Vergleichbarkeit der Interviews untereinander zu gewährleisten, wurden Ärzte befragt, die aus dem gleichen medizinischen Fachgebiet stammten. Alle Ärzte waren in derselben Klinik tätig. Aus Gründen der Anonymisierung erfolgt an dieser Stelle keine Beschreibung der Klinik. Die Interviews fanden von Mitte August 2014 bis Anfang September 2014 statt.

Die Datenauswertung erfolgte in Anlehnung an Mayring mit Adaptionen, aufgrund des Datenmaterials. Alle geführten Interviews wurden als Material für die Auswertung verwendet. Ausgehend von der Fragestellung erschien die Technik der Zusammenfassung als ein geeignetes Analyseverfahren.

Ergebnisse

Es zeigt sich, dass die Flüssigkeitszufuhr ungenügend ist, es keine regelmäßigen Pausen gibt und somit (fast) keine Möglichkeiten zur Nahrungsaufnahme gegeben sind. Der Essalltag war nur schwer oder gar nicht planbar. Die negativ akuten Auswirkungen reichen von starken Hungergefühlen, über Dehydration bis hin zu einer beginnenden Hypoglykämie. Verschiedene Faktoren und Ursachen sind hierfür ermittelt worden. Der Essalltag im Klinikbetrieb ist abhängig von dem jeweiligen Einsatzort. So gibt es starke Unterschiede zwischen dem Stationsalltag und dem Alltag in der Notaufnahme, der als wesentlich anstrengender wahrgenommen wurde. Die Realisierung der gesetzlich festgelegten Pause ist vom Arbeitspensum und dem Patientenaufkommen abhängig. Notfälle, Operationen von 9:00 Uhr bis 15:00 Uhr, Büroarbeit, Besprechungen und Visiten heben das Arbeitspensum deutlich an. Das medizinische Fach der Chirurgie stellt dabei eine Besonderheit dar. Aufgrund der (un-)geplanten, unterschiedlich lang andauernden Operationen wird es erschwert, regelmäßige Mahlzeiten einzunehmen. Der Arbeitsplatz der Ärzte wies eine inadäquate Infrastruktur in Form von zu wenigen Möglichkeiten der Besorgung von Nahrungsmitteln und Mahlzeiten sowie einem für die Ärzte unattraktiven Kantinenangebot auf. Zwischen den Positionen innerhalb der Hierarchie und dem Klinikalltag, der das Trink- und Ernährungsverhalten der Ärzte beeinflusst, besteht ein deutlicher Zusammenhang. Je höher der berufliche Status eines Arztes ist, desto höher ist die Handlungs- und Gestaltungsfreiheit. Durch die einhergehende Verantwortung und das steigende Arbeitspensum sind Ober- und Chefärzte jedoch auch dazu aufgefordert, ihren Klinikalltag selbst zu organisieren und zu strukturieren.

Alles in allem stellen der Mangel an Ärzten sowie die Finanznot der Kliniken die Hauptprobleme dar. Das führt zu steigenden Arbeitsanforderungen, die sich auf zu wenige Ärzte verteilen. Für die Ärzte äußert sich das insbesondere im Mangel an Zeit. Pausen werden verschoben, verkürzt oder gar nicht genutzt, damit ein pünktlicher Feierabend kein Problem darstellt. Dadurch kommt dem Essen und Trinken zu wenig Aufmerksamkeit zu.

Folgende Wünsche und Verbesserungsvorschläge wurden unter anderem genannt: realistische Chance, die Mittagspause nehmen zu können und generell regelmäßige Pausen zu haben, abwechslungsreichere und qualitativ hochwertigere Mahlzeitengestaltung der Kantine (größere Auswahl an Obst und Gemüse), asiatischer Schnellimbiss, „Mini-Supermarkt“ eines externen Betreibers, Wasser frei verfügbar (höherer Wasserkonsum der Mitarbeiter als mögliche Folge) sowie Suppe und Brot für die OP-Mitarbeiter (Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit, Stärkung des Gemeinschaftsgefühls, Entwicklung einer Esskultur, Einsparung von Zeit), Verbesserung der Infrastruktur (Einsparung von Zeit), andere Schichtmodelle testen, Verbesserung der Organisation des Spätdienstes in der Notaufnahme, mehr Personal (Ärzte und Pflegepersonal).

Die vorliegenden Daten zeigen, dass Ärzte aufgrund des Zeitmangels und infolge der hohen Arbeitsbelastung, keine Möglichkeiten haben, regelmäßige und geplante Mahlzeiten einzunehmen. Die Hauptursache stellt der Mangel an Ärzten dar. Dies bedingt größtenteils die anderen Faktoren. Der Ärztemangel ist zuerst und am stärksten in den Kliniken ersichtlich [3], was die interviewten Ärzte auch bestätigten. Die Studie von Dr. Blum und Dr. Löffert unterstützt die Ergebnisse dieser Untersuchung. Anfang 2010 hatten nahezu dreiviertel der Krankenhäuser Probleme, offene Stellen zu besetzen [3]. Das wirkt sich auf die Krankenhausorganisation und die Patientenversorgung aus. Laut Blum und Löffert sind die „…gravierendsten Folgen des Ärztemangels … Probleme bei der Arbeitszeitorganisation und die Überbelastung von Ärzten…, darüber hinaus teilweise auch Beeinträchtigungen in der Patientenversorgung, die Erhöhung von Fehlerwahrscheinlichkeiten und die Einführung oder der Ausbau von Wartelisten.“ [3]

Die interviewten Ärzte betonten häufig den Zeitmangel, der aus dem hohen Arbeitspensum heraus resultiert. In der Studie „Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland“ von Judith Rosta aus dem Jahr 2007 konnte die enorme Arbeitszeitbelastung belegt werden. Rosta’s Studie mit 1.917 Teilnehmern fand folgende tägliche Arbeitszeiten bei 1.676 Vollzeitbeschäftigten heraus:

85 % der Ärzte arbeiten mindestens neun Stunden, 52 % mindestens zehn Stunden und 23 % mindestens elf Stunden. Die Durchschnittsarbeitszeit liegt bei 9,9 Stunden. Im traditionellen Dienstmodell, welches auch in der Klinik der interviewten Ärzte praktiziert wurde, finden weniger Bereitschaftsdienste statt, dafür wird eine höhere Anzahl an Arbeitsstunden innerhalb der Woche geleistet [8]. All diese Fakten bestätigen die Aussagen und Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung. In den letzten Jahren fand eine kontinuierliche Verdichtung der Arbeit, durch einen steigenden Zeitaufwand für administrative Tätigkeiten, geringeren Liegezeiten der Patienten, aber höheren Fallzahlen statt. Das können Voraussetzungen für die stärkere Arbeitsbelastung, Zeitdruck und längere Arbeitszeiten [8]. Zu bedenken sind die Besonderheiten der Chirurgie mit außerplanmäßigen Operationen, häufigen Bereitschaftsdiensten und dem speziell in diesem medizinischen Fach bestehendem Ärztemangel. Es ist mehrfach in internationalen und nationalen Studien belegt worden, dass in der Chirurgie längere Arbeitszeiten üblich sind [8].

Ärzte äußerten auch in anderen Studien Verbesserungsvorschläge, wie zum Beispiel die „Verringerung der zeitlichen Belastung“. Außerdem wurden die „Verringerung des Dokumentationsaufwandes“, „klare Überstundenregelung“, „leistungsgerechte Bezahlung“ und „stärkere Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ genannt [2]. Es wird bei allen Studien deutlich, wie multifaktoriell der Arbeitsalltag von Ärzten geprägt ist und sich die Faktoren gegenseitig bedingen.

Die von der Assistenzärztin skizzierte Abhängigkeit zwischen Klinikalltag und Abteilung zeigte sich in vergleichbarer Weise in der Studie „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“. Die Forscher stellten fachspezifische Probleme fest. Auf den chirurgischen Stationen hatte die die kurze Präsenzzeit der Ärzte „stations- und hausspezifische“ Auswirkungen zur Folge. Auf den internistischen Stationen war es die organisatorische Problematik, also spezifische Komplikationen in der Struktur und den Arbeitsabläufen der Station [2]. Dies bestätigt die Interviewergebnisse und legt den Schluss nahe, Empfehlungen für jede Klinik, sowohl stations- als auch fachabhängig, zu geben.

Bei den von den Ärzten beschriebenen Auswirkungen handelte es sich um akute, d. h.: kurzfristige Folgen. Langfristige Konsequenzen auf die Gesundheit konnten nicht beschrieben werden. Besonders der Flüssigkeitsmangel in Form einer Dehydration lässt sich durch die Studie „Decreased hydration status of emergency department physicians and nurses by the end of their shift“ [1] verifizieren. Die langfristigen

Folgen von Schichtarbeit sind noch nicht hinreichend erforscht [9]. Die Gründe hierfür liegen in der Mulitfaktorialität. Gesundheitliche Auswirkungen lassen nicht automatisch den Schluss zu, dass Schichtarbeit oder lange Arbeitszeiten die Ursache sind, da, wie schon beschrieben, viele weitere individuelle Faktoren hinzu kommen.

Verhaltens- und Verhältnisorientierte Empfehlungen

Die Empfehlungen der Bachelorarbeit betreffen verhältnis- und verhaltensorientierte Bereiche, da beide für eine erfolgreiche Veränderung im Essalltag der Ärzte eine Rolle spielen [6]. Wichtige Auswertungsergebnisse, wie auch die Wünsche und Verbesserungsvorschläge der Ärzte, sind bei den Empfehlungen einbezogen worden (**Tab. 1**).

In der Arbeit wurden praktische Empfehlungen gegeben, die auf die Ernährungsweise der Ärzte abzielen. Diese können in der vollständigen Arbeit nachgelesen werden.

Der Einbezug verschiedener Settings, in diesem Fall die Klinik als Arbeitsplatz, ist notwendig um gesundheitsbezogene Veränderungen erfolgreich zu initiieren [6]. Die Empfehlungen beziehen sich auf das Arbeitsumfeld der Interviewten, können aber auf der Meta-Ebene auch auf andere Kliniken mit ähnlichen Herausforderungen und Problemen übertragen werden. Im Folgenden wird eine Auswahl der Empfehlungen gegeben.

Die Kantine wurde von allen Ärzten mindestens einmal während des Interviews als eine Möglichkeit zur Besorgung von Mahlzeiten genannt. Die begrenzten Öffnungszeiten, Qualität und Verfügbarkeit des Essens stellten hierbei Probleme dar. Ein abwechslungsreicheres und qualitativ höherwertiges Angebot der Kantine mit leichter, schmackhafter und ansprechender Kost wurde erwünscht. Dies könnte durch eine Überarbeitung des Menüplans der Kantine mit Hilfe von Fachpersonal erreicht werden. Ein Ausbau der Salatbar ist ebenso denkbar, da die Nachfrage nach Salat und frischem Gemüse scheinbar sehr groß ist. Regionale Produkte und saisonale Gerichte sollten gerade bei der Menüplanung einbezogen werden. Ein weiterer Wunsch bestand darin, Wasser frei zur Verfügung zu stellen und eine Suppe für das OP-Personal anzubieten. Dies wurde inzwischen in der Klinik etabliert. Somit ist eine Erweiterung der Öffnungszeiten der Kantine vorerst nicht erforderlich, da sowohl Schwestern als auch Ärzte während der Mittagszeit mit Nahrung versorgt sind.

Tab. 1: Übersicht verhaltens- und verhältnisorientierte Empfehlungen

Verhaltensorientierte Empfehlungen	**Verhältnisorientierte Empfehlungen**
Ort und Zeit des Trinkens festlegen (siehe transtheoretisches Modell der Vehaltensänderung)→ Ziel: 1,5 Liter während des Dienstes	Klinik stellt Wasser zum Trinken für das Personal bereit, Suppe zur Mittagszeit für das OP-Personal
Auf vollwertige, abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung achten	Verbesserung des Angebots der Kantine mit Hilfe von Fachberatern
Gesetzliche Pause von einer halben Stunde umsetzen	Ausbau der Salatbar
Mindestens eine (warme) Mahlzeit mit dem Partner/der Partnerin, der Familie	Andere Arbeitszeitmodelle testen und evtl. etablieren
	Ausbau der Infrastruktur z.B.: „Mini-Supermarkt“, unabhängig von der Klinik

Weiterhin kam der Wunsch auf, andere Arbeitszeitmodelle zu testen. Die Arbeitszeitgestaltung ist ein zentrales Element einer gesundheitsgerechten Arbeitswelt [7] und deshalb in den verhältnisorientierten Empfehlungen von großer Bedeutung. Inwiefern sich die in der Arbeit gemachten Vorschläge und Empfehlungen bei der Ausführung auf das Essverhalten der Ärzte auswirken bleibt offen. Grundsätzlich scheint es jedoch von großer Wichtigkeit, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

Ausblick

Diese Arbeit hat einen ersten Zugang zu dem Themenfeld Ernährung von Ärzten im Klinikbetrieb geschaffen. Sie kann Ausgangspunkt für weiter- und tiefergehende Forschung sein. Aufgrund des qualitativen Designs und der Fallzahl von vier Ärzten, können keine Verallgemeinerungen getroffen werden. Es wäre von großem Interesse, quantitative Studien mit standardisierten Fragebögen zu entwickeln, um repräsentative Ergebnisse zu erlangen. So könnte das Thema weiter in das Blickfeld der Öffentlichkeit gelangen und gesundheitsförderliche Interventionen, die die Rahmenbedingungen für Ärzte positiv verändern, eine breitere Unterstützung finden.

Dies könnte der Anfang davon sein, die Arbeitssituation der Ärzte wahrzunehmen, zu verbessern und die Attraktivität des Berufsbildes zu erhöhen, was zu einer Verringerung des Ärztemangels beitragen könnte.

Literatur

[1] Alomar, Mohammed Z./ Akkam, Abdullah/ Alashqar, Samer/ Eldali, Abdel-moneim (2013): Decreased hydration status of emergency department physi- cians and nurses by the end of their shift. International Journal of Emergency Medicine: Springer Open Journal. PDF-Download unter: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3726478/pdf/1865-1380-6-27.pdf (Stand: 29.05.2014).

[2] Bartholomeyczik, Sabine/ Donath, Elke/ Schmidt, Sascha/ Rieger, Monika A./ Berger, Elisabeth/ Wittich, Andrea/ Dieterle, Wilfried E. (2008): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). PDF-Download unter: http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/672562/publicationFile/92087/F2032.pdf (Stand: 06.01.2015).

[3] Blum, Karl/ Löffelt, Sabine (2010a): Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen –. Kurzfassung. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.). PDF-Download unter: https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/zusammenfassung_aerztemangel.pdf (Stand: 08.07.2014).

[4] Blum, Karl/ Löffelt, Sabine/ Opfermanns, Matthias/ Steffen, Petra (2014): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2014. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.). PDF-Download unter: http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus_barometer_2014.pdf (Stand: 31.12.2014).

[5] Horsten, Chritina (2011): „24 Stunden im Krankenhaus: Stress pur bis morgens um sieben“, Spiegel-online. http://www.spiegel.de/karriere/berufsleben/24-stunden-im-krankenhaus-stress-pur-bis-morgens-um-sieben-a-756669.html (Stand: 6.1.2015).

[6] Kerr, Jacqueline/ Weitkunat, Rolf/ Moretti, Manuel (Hrsg.) (2007): ABC der Ver- haltensänderung. Der Leitfaden für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung. München: Urban & Fischer Verlag.

[7] Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (Hrsg.) (2009): Ar- beitszeitgestaltung in Krankenhäusern LV 30. LASI-Veröffentlichung – LV 30, Neufassung. PDF-Download unter: http://lasi.osha.de/docs/lv30.pdf (Stand: 31.12.2014).

[8] Rosta, Judith (2007): Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 36. PDF-Download unter: http://www.aerzteblatt.de/archiv/56790/Arbeitszeit-der-Krankenhausaerzte-in-Deutschland-Erste-Ergebnisse-einer-bundesweiten-Erhebung-im-Herbst-2006 oder http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=58149 (englisch) (Stand: 29.05.2014).

[9] Wirtz, Anna (2010): Gesundheitliche und soziale Auswirkungen langer Arbeitszeiten. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). PDF-Download unter: http://www.baua.de/dok/1348508 (Stand: 06.01.2015).

Bock E.-M. Ernährung von Ärzten im Klinikalltag – Ergebnisse einer qualitativen Studie. Passion Chirurgie. 2015 November, 5(11): Artikel 09_03.