

Eine Europarecht-konforme Gestaltung der Dienstzeiten in der Anästhesie

Adjustment of on-call hours in anaesthesia according to the European working time directive

M. Schuster, Th. Standl, H. Reißmann, W. Reip und J. Schulte am Esch

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
(Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. Jochen Schulte am Esch)

Zusammenfassung: Nach den Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs vom Oktober 2000 und September 2003 zur Gestaltung der Arbeitszeiten in Krankenhäusern darf die tägliche Arbeitszeit inklusive der Bereitschaftsdienste maximal 12 Stunden betragen. Die bisher überwiegend in Deutschland verwendeten Dienstzeitmodelle mit 16- bis 24-stündigen Bereitschaftsdiensten sind daher nicht mehr rechtskonform. Für eine Klinik für Anästhesiologie stellt die Umstellung der Bereitschaftsdienste eine große Herausforderung dar, insbesondere wegen der Notwendigkeit ausreichender Personalvorhaltung für Notfälle und gleichzeitiger Sicherstellung des Facharztstandards für alle Narkosen auch außerhalb der Regeldienstzeit. Für eine Umstellung der Dienstzeiten sind umfangreiche Vorarbeiten und ein detaillierter Projektplan notwendig. In der vorliegenden Arbeit werden die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Neugestaltung des Bereitschaftsdienstes und verschiedene alternative Dienstzeitmodelle vorgestellt und ihre organisatorischen und finanziellen Implikationen diskutiert. Genaue Analysen der Dienstzeitauslastung und der Bedarfswahrscheinlichkeit im Bereitschaftsdienst liefern wichtige Informationen für die Umstellung und werden daher gemeinsam mit den wesentlichen Eckpunkten eines möglichen Planungsprozesses beschrieben.

Summary: According to the rulings laid down by the European Court of Justice in October 2000 and

September 2003, the working time for hospital employees has to be limited to a maximum of 12 hours per day, including the time spent on call. The current and most widely used working schemes in Germany, however, include periods of on-call duty of 16 to 24 hours, and are therefore no longer legally compliant. For departments of anaesthesiology, the change in the on-call working pattern poses considerable difficulties, especially concerning the need for sufficient manpower to ensure the provision of emergency services at any time and the availability and broad-based professional qualification of the anaesthesiologist on call. Extensive preparation and a detailed project plan are necessary to alter existing on-call rotas to comply with the European working time directive. In the present article, the legal terms and conditions for a new on-call duty pattern are summarized and several alternative working schemes are described. The organizational and financial implications of these schemes are discussed. Emphasis is also placed on the precise analysis of manpower and minimal staffing requirements as this can provide important information for the implementation of the working time directive. Furthermore, the milestones of a possible project plan are defined.

Schlüsselwörter: Bereitschaftsdienst – Rechtliche Aspekte – Krankenhausökonomie – Anästhesie

Key words: After-hours Care – Legal Aspects – Hospital Economics – Anaesthesia.

Einleitung

Mit dem Urteil vom 03.10.2000 in Bezug auf die Klage spanischer Ärzte hat der europäische Gerichtshof (EuGH) entschieden, dass Bereitschaftsdienste unter Berücksichtigung der Arbeitsschutzbestimmungen in vollem Umfang als Arbeitszeit zu werten sind. Diese Interpretation der europäischen Richtlinie 93/104/EG hat das EuGH in seiner jüngsten Entscheidung vom 09.09.2003 in Bezug auf die Klage eines deutschen Arztes auch für die deutschen Verhältnisse ausdrücklich bestätigt:

"...Aus diesen Gründen hat der Gerichtshof ... für Recht erkannt: 1. Die Richtlinie 93/104/EG des Rates vom 23.11.1993 über bestimmte Aspekte der Arbeits-

zeitgestaltung ist dahin auszulegen, dass der Bereitschaftsdienst, den ein Arzt in Form persönlicher Anwesenheit im Krankenhaus leistet, in vollem Umfang Arbeitszeit im Sinne dieser Richtlinie darstellt, auch wenn es dem Betroffenen in Zeiten, in denen er nicht in Anspruch genommen wird, gestattet ist, sich an seiner Arbeitsstelle auszuruhen, so dass die Richtlinie der Regelung eines Mitgliedstaats entgegensteht, nach der Zeiten, in denen ein Arbeitnehmer während eines Bereitschaftsdienstes untätig ist, als Ruhezeit eingestuft werden..." [1].

Dies bedeutet konkret, dass die Zeiten der Bereitschaftsdienste in Bezug auf Bestimmungen des Arbeitsschutzes zur täglichen und wöchentlichen Höchstarbeitszeit mit eingerechnet werden müssen.

Trotz der schon im Jahr 2000 gefällten höchstrichterlichen Entscheidungen und der Erwartung, durch verringerte Arbeitsbelastung wieder vermehrt junge Ärzte an die Klinik binden zu können [2], steht eine Veränderung der Bereitschaftsdienste in vielen Kliniken noch aus. Dies scheint mehrere Gründe zu haben, wovon einige nachfolgend genannt sind:

- Verschiedene, die Arbeitszeit regelnde Rechtsvorschriften (Europarecht, Arbeitszeitgesetz und Bundesangestelltentarif (BAT)) sind in vieler Hinsicht so widersprüchlich, dass viele Klinikleitungen eine Harmonisierung der Rechtsvorschriften abwarten wollen [3].
- In Zeiten von de facto schrumpfenden Klinikbudgets ist das Interesse vieler kaufmännischer Klinikleitungen und der Krankenkassen eher gering, sich bei einer Umstellung der Bereitschaftsdienste finanzielle Mehrbelastungen aufzubürden [4].
- Bei einer Reduzierung der Arbeitszeit des einzelnen Mitarbeiters wird ein erheblicher Qualitätsverlust bei der Patientenversorgung und der Weiterbildung der Assistenzärzte befürchtet [5].
- Während sich Vertreter des Marburger Bundes für eine Abschaffung der Bereitschaftsdienste alten Stils einsetzen [6], stehen gerade Assistenzärzte diesen Bestrebungen oftmals reserviert gegenüber, da sie finanzielle Einbußen befürchten [7].

In der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) wird seit über einem Jahr an einem neuen Arbeitszeitmodell gearbeitet. In zwei Stufen, zum 01.05.2003 und zum Ende 2003 wird ein neues Dienstzeitmodell eingeführt, das insbesondere die europäischen Rechtsvorschriften, die für das UKE als öffentlichen Arbeitgeber unmittelbar gelten, berücksichtigt. Die vorliegende Arbeit umreißt die wesentlichen rechtlichen Rahmenbedingungen, beschreibt die Systematik, mit der unsere Klinik sich der Umstellung genähert hat, und arbeitet die spezifischen Probleme einer Klinik für Anästhesiologie in einem solchen Umstellungsprozess heraus.

Rechtliche Rahmenbedingungen eines neuen Dienstzeitmodells

Rechtsvorschriften zur Arbeitszeitgestaltung sind im Europarecht (RL 93/104/EG, RL 00/34/EG, EuGH SIMAP-Urteil vom 03.10.2000, EuGH Urteil im Fall *Jäger* vom 09.09.2003), im deutschen Arbeitszeitgesetz und im BAT zu finden, die wiederum in diversen Gerichtsurteilen ausgelegt und präzisiert wurden. Die im Detail sehr komplexen Regelungen sind weder widerspruchsfrei noch gemeinsam erschöpfend [8].

Dies betrifft neben der Dauer der Arbeitszeiten auch Pausenregelungen, Ruhezeiten, Definition der Nachtarbeit, Beschränkung der Sonntagsarbeit etc.. Für die Frage der hier thematisierten Arbeitszeitgestaltung sind nach der neuesten Rechtsprechung einige wenige Kernaussagen besonders relevant:

- Die reguläre tägliche Arbeitszeit beträgt nicht mehr als acht Stunden, in Sonderfällen und mit Ausnahmeregelungen, die zum Teil durch die zuständige Arbeitsschutzbehörde genehmigungspflichtig sind, bis zu 12 Stunden.
- Die maximale wöchentliche Arbeitszeit beträgt 48 Stunden. Der Ausgleichszeitraum bei Überschreiten dieses Limits kann vier (nach EU-Recht) bzw. sechs Monate (nach deutschem Recht) betragen.
- Anders als nach dem Arbeitszeitgesetz und dem BAT ist nach den höchstrichterlichen Entscheidungen des EuGH Bereitschaftsdienst in Bezug auf Arbeitszeitbestimmungen in vollem Umfang als Arbeitszeit zu werten.

Die Gerichtsurteile des EuGH und die Bestimmungen im Arbeitszeitgesetz treffen keine Aussagen zur Vergütung der Arbeit außerhalb der Regelarbeitszeit, d.h. Bereitschaftsdienste können weiterhin zu den derzeitigen Vergütungsbedingungen geleistet werden. Allerdings wird die mögliche zeitliche Ausdehnung der Bereitschaftsdienste stark begrenzt. Die Gesamtarbeitszeit des Mitarbeiters, d.h. Regeldienst und Bereitschaftsdienst zusammen, darf 12 Stunden nicht überschreiten. Zusätzlich ist die Dauer der Bereitschaftsdienste voll auf das wöchentliche Arbeitszeitlimit von 48 Stunden anzurechnen. Hieraus ergibt sich die eigentliche Brisanz der EuGH-Urteile, da die in Deutschland überwiegend genutzte Bereitschaftsdienstregelung von acht Stunden Regeldienst plus 16 Stunden Bereitschaftsdienst, bzw. 24 Stunden Bereitschaftsdienst am Wochenende, rechtlich nicht mehr möglich ist. Es ist allerdings auch weiterhin möglich, dass eine Abstufung der Bereitschaftsdienste in Hinblick auf die Vergütung in die Dienststufen A-D erfolgt, wie sie der BAT derzeit vorsieht.

Prinzipiell gelten die Arbeitsschutzregelungen für alle Mitarbeiter. Ausgenommen sind nur Chefärzte und leitende Angestellte. Leitende Angestellte im Sinne des § 5 des Betriebsverfassungsgesetzes (BetrVG) sind nur solche Angestellte, die mindestens eines der folgenden drei Kriterien erfüllen:

- Selbstständiges Vornehmen von Einstellungen oder Entlassungen von Mitarbeitern,
- Besitz der Generalvollmacht oder Prokura,
- Entscheidende Beeinflussung des unternehmerischen Zweckes oder dessen Umsetzung ohne Vorgaben einer Leitung.

In Zweifelsfällen können nach BetrVG folgende Hilfskriterien herangezogen werden:

- Der Angestellte wird in Bezug auf Mitarbeitervertretung oder Personalratswahlen den leitenden Angestellten zugerechnet,
- Das Jahresgehalt des Angestellten überschreitet 85.000 Euro.

Diese Bestimmungen zeigen, dass Oberärzte nur in den seltensten Fällen "Leitende Angestellte" im Sinne des BetrVG sind. Im Einzelfall zu prüfen wäre, ob weitere Ausnahmen vom Arbeitszeitgesetz von den

zuständigen Aufsichtsbehörden anerkannt werden. Denkbar ist dies, wenn die Sicherstellung der medizinischen Versorgung anders nicht zu gewährleisten ist, so z.B. bei kleinen Krankenhäusern in ländlicher Region. Auch bei sehr spezialisierten Tätigkeiten von hoher allgemeiner Wichtigkeit, z.B. in der Transplantationschirurgie, könnten Ausnahmen prinzipiell genehmigungsfähig sein. Wichtig wäre hierbei der Nachweis, dass die Arbeit der Sache nach nur von sehr wenigen geleistet werden kann und darum das Interesse des Mitarbeiters sich dem Allgemeinwohl unterordnen muss.

Praktische Herangehensweise bei der Planung eines neuen Dienstzeitmodells

Im Folgenden soll die Systematik beschrieben werden, mit der wir uns der Planung des neuen Dienstzeitmodells für unsere Klinik genähert haben. Weiter werden wesentliche Erkenntnisse, die während dieses Prozesses gewonnen werden konnten, dargestellt.

Erfassung Dienstbelastung

Der erste Schritt zur Veränderung der Dienstzeiten ist eine genaue Erfassung der derzeitigen Arbeitsbelastung der Mitarbeiter außerhalb des Regeldienstes. Als Erfassungszeitraum sind analog den Bestimmungen im BAT zur Festlegung der Dienstbelastungsstufen im Bereitschaftsdienst drei Monate sinnvoll. Neben der Information, wann ein Mitarbeiter im Bereitschaftsdienst tätig ist, sind zusätzliche Informationen zur Art der Tätigkeit und den Leistungsanforderern sinnvoll. Alle Tätigkeiten, die keine echten Notfälle, sondern z.B. verschobenes Tagesprogramm etc. darstellen, sollten gekennzeichnet werden, da diese Arbeitsanteile ggf. durch Reorganisation der OP-Abläufe verlagert werden könnten. Auf Basis der Erfassung können neben der durchschnittlichen Arbeitszeitbelastung der Mitarbeiter folgende wesentliche Informationen generiert werden:

- Durchschnittlicher Mitarbeiterbedarf im Verlauf der Dienststunden (Abb. 1). Hierbei zeigt sich am Beispiel unserer Klinik sehr eindrücklich, dass an Werktagen in der Zeit bis ca. 22.30 Uhr kein Bereitschaftsdienst im eigentlichen Sinne geleistet wurde. Alle diensthabende Mitarbeiter waren zu über 80% ausgelastet. Es handelte sich im Grunde um einen verlängerten Regelbetrieb der Klinik für Anästhesiologie, der von Mitarbeitern im Bereitschaftsdienst geleistet wurde. Ein ähnliches Bild zeigte sich für die Wochenenden. Bis 20.00 Uhr lag die Auslastung der Mitarbeiter bei annähernd 80%, um dann bis Mitternacht auf ca. 20% abzusinken.
- Ermittlung Spitzenbedarf. Bei dem hohen Anteil von Notfallindikationen in den nächtlichen Stunden und der Bedeutung der Anästhesie bei der Sicherstellung der innerklinischen Behandlung von Notfällen und Reanimationen ist die Frage des Mindestbedarfes an anästhesiologischen Mitar-

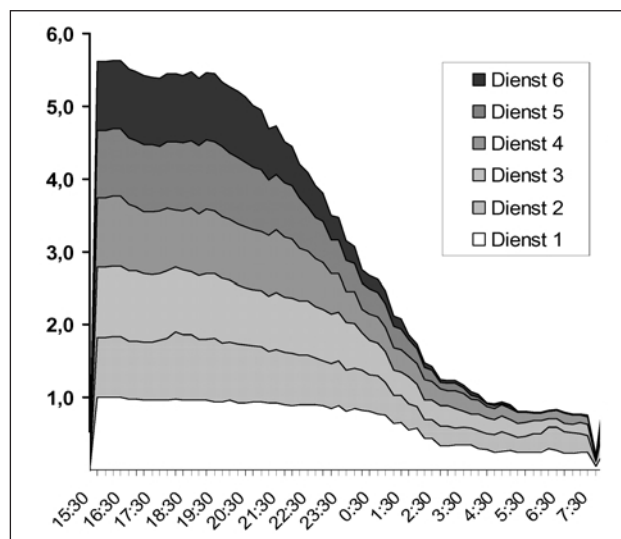


Abbildung 1: Durchschnittliche Beanspruchung der Bereitschaftsdienste unterteilt nach Dienstgruppen.

Aufgeführt sind Durchschnittswert der Wochentage aus 3 Monaten, kumuliert über alle 6 Dienstgruppen; möglicher Höchstwert daher 6,0 (Dienst 1 = Funktionsoberarzt; Dienst 2, 3, 5 = Assistenzärzte in Weiterbildung; Dienst 4 = Ärzte im Praktikum; Dienst 6 = Kardioanästhesie).

Erläuterung: Die Auslastung einer Dienstgruppe beträgt 0,5, wenn zu einer bestimmten Uhrzeit die Mitarbeiter der Dienstgruppe an 50% der untersuchten Tage beschäftigt waren.

Lesebeispiel: Um 3.00 Uhr beträgt die Auslastung je Dienstgruppe 0,1 (6. Dienst) bis 0,4 (1. Dienst); die Summe der Auslastung aller Dienstgruppen ergibt zu dieser Zeit 1,5.

beitern von essentieller Bedeutung. Aus den Daten der Arbeitszeiterfassung lässt sich analysieren, wie oft eine bestimmte Anzahl an Mitarbeitern zu einer gewissen Uhrzeit gebraucht wird (Abb. 2). Auch wenn um 3.00 Uhr im Durchschnitt nur ca. ein Mitarbeiter benötigt wird (Abb. 1), zeigt die Analyse der Bedarfswahrscheinlichkeit (Abb. 2), dass in jeder fünften Nacht zu dieser Zeit noch drei Mitarbeiter im Einsatz waren.

- Möglichkeit zur Verlagerung des Arbeitsanfalles aus den Nachtstunden. Zahlreiche Tätigkeiten im Bereitschaftsdienst betreffen verschobene oder über die geplante Zeit weit hinausgehende Operationen des Tagesprogramms (Abb. 3). Durch eine Reorganisation des OP-Managements (realistischere Planung der OP-Zeiten, Optimierung der Fallreihenfolge, Planung von Notfallkapazitäten, fachübergreifende Nutzung von OP-Kapazitäten etc.) kann der Bereitschaftsdienst entlastet werden [9].

Generierung Optionen

Für die Ablösung 16- bis 24-stündiger Bereitschaftsdienste durch ein alternatives Dienstzeitmodell existiert eine Vielzahl von Optionen und Freiheitsgraden. Dies betrifft zum einen die Dauer, zum anderen die Aufteilung der Arbeitszeit außerhalb des Regeldienstes:

- Das Drei-Schichtmodell (Frühschicht, Spätschicht, Nachtschicht) wird schon heute auf vielen Intensivstationen genutzt. Am Wochenende ist häufig eine Reduktion auf zwei Schichten von 12 Stunden üblich. In einigen Häusern wird ein Zwei-Schicht-Betrieb auch unter der Woche aufrecht erhalten. Soweit in den 12 Stunden keine längeren Phasen der Arbeitsbereitschaft integriert sind, sind 12-Stunden-Schichten nur mit einer Ausnahmeregelung durch die zuständige Aufsichtsbehörde möglich. Für Schichtarbeit am Wochenende wird unserer Erfahrung nach von den Aufsichtsbehörden diese Ausnahmegenehmigung im Interesse der Mitarbeiter erteilt.
- Eine alternative Variante ist ein Spätdienstmodell, an den sich ein Rufdienst anschließt. Dies ist insbesondere dann sinnvoll, wenn ein regulärer Nachtdienst eingerichtet wurde und nur noch relativ selten auftretende Arbeitsspitzen durch einen zweiten oder dritten Mitarbeiter abgedeckt werden müssen. Ein alleine für die klinische Versorgung zuständiger Rufdienst ist nur möglich, wenn nächtliche Tätigkeit sehr unregelmäßig und zeitlich begrenzt anfällt und die Notfallversorgung anderweitig geregelt ist. Der Arbeitgeber kann dem Mitarbeiter keine Verpflichtung auferlegen, in einem Rufdienst innerhalb einer bestimmten Zeit, z.B. 20 Minuten, im Krankenhaus tätig zu werden, da dies dem Charakter des Rufdienstes widerspricht [10]. Rufbereitschaften sind nicht wie Bereitschaftsdienste an die 12-Stunden-Grenze gebunden. Es ist aber eine irriige Vorstellung, dass die Limitierung der Arbeitszeit auf 12 Stunden durch eine Vermehrung der Rufbereitschaften auszuhebeln sei. Dies mag zwar für den Arbeitgeber aus organisatorischen und für den Arbeitnehmer durch die Überstunden- und Zeitzuschläge aus finanziellen Gründen attraktiv sein. Nach BAT sind Rufdienste aber nur dann zulässig, wenn lediglich in Ausnahmefällen Arbeit anfällt. Trifft dies nicht zu, muss nach BAT Bereitschaftsdienst angeordnet werden. Die Auslastung des Rufdienstes kann über die Überstundenabrechnung relativ leicht analysiert werden, so dass eine zu häufige Beanspruchung der Rufdienste für den Arbeitgeber und auch für die Aufsichtsbehörde sehr rasch evident wird.
- Als Alternative für den Bereitschaftsdienst steht die Arbeitsbereitschaft zur Verfügung. Tarifrechtlich und finanziell ist Arbeitsbereitschaft der Regelarbeit gleichgestellt. Allerdings darf die Arbeitszeit, auch ohne Ausnahmegenehmigung der Aufsichtsbehörde, regelhaft 12 Stunden betragen. Im Gegenzug darf keine durchgehende Arbeitsbelastung vorliegen. Ein erheblicher Zeitanteil muss tatsächlich Bereitschaft zur Arbeit sein und nicht Arbeitsbelastung. Exakte Grenzwerte sind hierbei nicht definiert. Der Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik als Arbeitsgemeinschaft der zuständigen Aufsichtsbehörden geht davon aus, dass die Arbeitsbelastung innerhalb der Arbeitsbereitschaft unter 70% liegen muss [8]. Arbeitsbereitschaft kann für die Nachtdienste

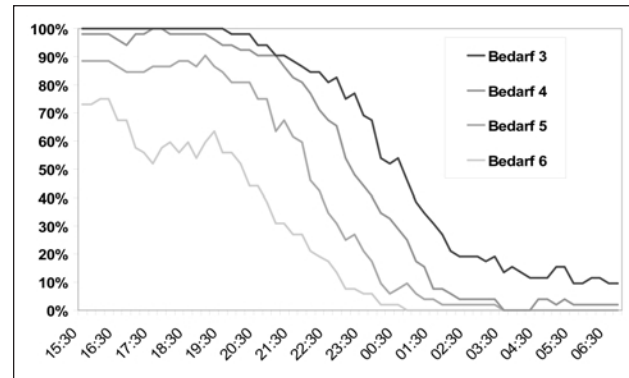


Abbildung 2: Wahrscheinlichkeit Mitarbeiterbedarf im Bereitschaftsdienst.

Aufgeführt ist die Häufigkeit, mit der zu einem bestimmten Zeitpunkt an einem Wochentag 3, 4, 5 oder 6 Mitarbeiter gleichzeitig tätig waren; der analysierte Zeitraum betrug 3 Monate.

Lesebeispiel: Um 2.30 Uhr waren in 20% der Nächte 3 Mitarbeiter gleichzeitig tätig, in 5% der Nächte 4 Mitarbeiter, in 2% der Nächte 5 Mitarbeiter; nie waren alle 6 Diensthabenden um 2.30 Uhr gleichzeitig tätig.

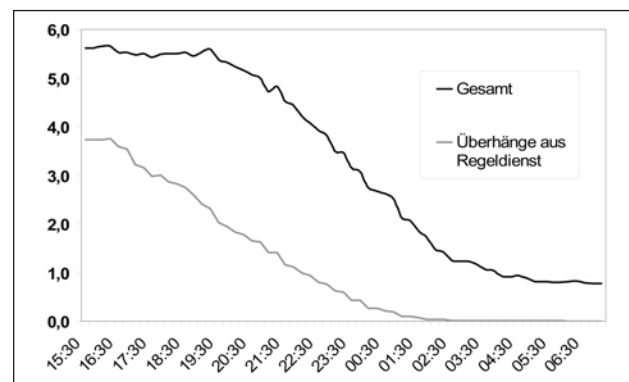


Abbildung 3: Durchschnittlich beanspruchte Anzahl von Mitarbeitern insgesamt und Anteil an Überhängen aus Regeldienst.

Die Werte beziehen sich auf wochentags und sind Durchschnittswerte aus 3 Monaten.

Lesebeispiel: Um 19.30 Uhr arbeiten im Durchschnitt 5,6 Mitarbeiter. Zwei davon sind noch mit Überhängen aus dem Regeldienst beschäftigt.

unter Umständen eine Alternative zu Schichtdienst sein, da es auch in großen Häusern in den frühen Morgenstunden Ruhephasen in den OPs gibt und sich über die Arbeitsbereitschaften auch während der Woche 12-Stunden-Schichten realisieren lassen.

Neben der Gestaltung der Einzeldienste gibt es auch für die Gestaltung der Dienstfolgen eine Fülle von Möglichkeiten:

- Eine Vergabe von Nachtdiensten tageweise kann in einem Schichtdienstmodell schwierig sein, da wegen der Ruhezeit- und Höchstarbeitszeitregelungen bei einem Nachtdienst weder im Tagdienst

davor noch im Tagdienst danach gearbeitet werden darf und der Mitarbeiter dadurch bei einem einzelnen Nachtdienst Minusstunden anhäuft. Sinnvoll erscheint die Vergabe von kurzen Folgen für Nachtdienste, d.h. von mehreren Tagen bis zu einer ganzen Woche. Wie lange die Dienstfolgen sind und wie lange der Freizeitausgleich nach jedem Dienstarturnus andauert, kann sehr flexibel gestaltet werden.

- Spätdienste mit und ohne folgenden Rufdienst können tageweise vergeben werden. Allerdings muss eine Ruhezeit nach dem Regeldienst von 10 Stunden gewährleistet sein. Bei Aktivierung in der Rufbereitschaft muss 5,5 Stunden Ruhezeit gewährleistet sein. Wenn der Mitarbeiter des Spätdienstes am nächsten Tag wieder Frühdienst leisten soll, ist dies nur bei einem auf 11 oder 12 Stunden verlängerten Nachtdienst möglich. Die Kombinationen Spätdienst/Rufdienst können auch wochenweise vergeben werden. Durch den Beginn des Spätdienstes erst gegen 15.00 Uhr ist es dann selbst bei Aktivierung im Rufdienst fast immer möglich, die vorgeschriebene Ruhezeit von 10 Stunden einzuhalten. Im Einzelfall kann es aber sein, dass bei einer Aktivierung des Rufdienstes in den frühen Morgenstunden bis zum Beginn des Frühdienstes der Spätdienst am nächsten Tag erst verspätet angetreten werden kann. Diese seltenen Fälle sollten über Überstunden anderer Mitarbeiter problemlos zu kompensieren sein. Für den Mitarbeiter ist eine volle Woche Spätdienst/Rufdienst eine erhebliche Belastung, so dass eine kürzere Folge oder die tageweise Vergabe unter Umständen von den Mitarbeitern bevorzugt wird.
- Eine interessante weitere Variante ist die Vergabe von Dienstmodulen. Spät-, Nacht- und ggf. Rufdienste werden in eine fixe Folge gebracht, die sich über mehrere Wochen hinzieht. Auch die Wochenenddienste können hierin integriert sein. Solche Dienstmodule werden im Feuerwehr- und Rettungsdienst schon seit vielen Jahren angewendet. Beispielhaft ist ein Dienstmodul für Spät- und Nachtdienste in Abbildung 4 dargestellt. Im Beispiel tritt jede Woche ein neuer Mitarbeiter in das Modul ein und durchläuft es für die ganzen drei Wochen. Alle drei Mitarbeiter zusammen decken für den kompletten Zeitraum Spät-, Nacht-, und Wochenenddienste ab. Der Freizeitausgleich ist im Dienstmodul weitgehend integriert. Ein Dienstmodulsystem bietet hohe Planungssicherheit für den einzelnen Mitarbeiter und die Klinikleitung. Allerdings hat es auch erhebliche Nachteile:
 - Bei Ausfall eines Mitarbeiters muss eine relativ große Anzahl von Diensten neu vergeben werden.
 - Die Zeit, bis alle Mitarbeiter das Modul durchlaufen haben, kann sehr lang sein. Bei einem von uns für unsere Klinik durchgespielten Dienstmodul wären es z.B. typischerweise 3 - 4 Monate gewesen. Dies macht das System unflexibel, insbesondere wenn Mitarbeiter im Zuge

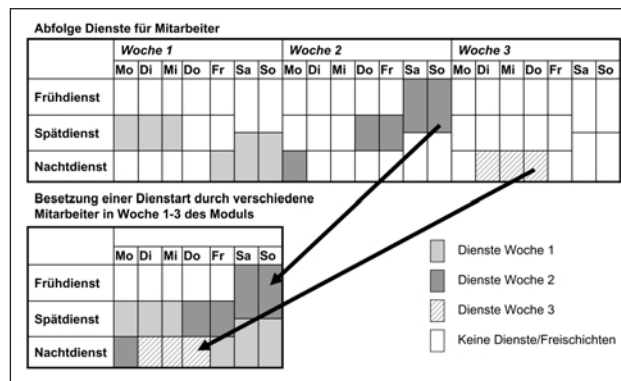


Abbildung 4: Prinzip Dienstmodul.

Jeder Mitarbeiter durchläuft eine feste Dienstfolge innerhalb von 3 Wochen (obere Grafik). In dieser Zeit ist der Mitarbeiter nicht im Regeldienst tätig. Der Freizeitausgleich ist fest in die Dienstfolge integriert. Drei Mitarbeiter, die eine solche Dienstfolge jeweils um eine Woche zeitversetzt durchlaufen, füllen gemeinsam eine Dienstart mit allen Spät-, Nacht- und Wochenenddiensten aus (untere Grafik).

ihrer Weiterbildung häufiger Dienstgruppen wechseln.

- Schon ein einzelnes Dienstmodul stellt durch die hohe Anzahl an Diensten große Anforderungen an Teilzeitmitarbeiter oder familiär stark eingebundene Mitarbeiter.
- Sobald in der Klinik eine Spezialisierung auf bestimmte Bereiche besteht, die durch eigene Dienstgruppen abgebildet werden (z.B. Kardioanästhesie, Transplantationschirurgie), kann es zu erheblichen Belastungen dieser spezialisierten Mitarbeiter kommen.

Umsetzungsplanung

Vor jeder Umsetzung sollten verschiedene Varianten detailliert durchgespielt werden. Hierzu gehören:

- Erstellung eines Musterdienstplanes. Erst wenn ein tatsächlicher Dienstplan, am besten für 2 - 3 Monate, erstellt wurde, kann abgeschätzt werden, wie die Wirklichkeit nach der Umstellung aussehen könnte. Erst dann können Mitarbeiter und Klinikleitung abschätzen, ob der neue Dienstplan "gelebt" werden kann. Ein solcher Musterdienstplan ist sehr aufwendig, insbesondere wenn er für mehrere Varianten erstellt wird. Seine Bedeutung ist aber nicht zu unterschätzen. Letztlich wurde erst auf Basis eines Musterdienstplans in unserer Klinik deutlich, dass sich ein ausgearbeitetes Modulsystem nicht realisieren ließ, da es zu erhebliche Härten für einige Mitarbeiter geführt hätte und die Versorgung einiger klinischer Bereiche nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich gewesen wäre.
- Kalkulation-Effekte auf Vergütung. Für Mitarbeiter ist es ganz essentiell zu wissen, wie sich die Vergütung durch ein neues System ändern wird. Unterstützung der Personalabteilung ist nötig, um

die diversen Zuschläge und komplizierten Effekte auf Steuer- und Sozialabgaben berechnen zu können. Eine überschlägige Kalkulation bezogen auf alle Mitarbeiter ist nur bedingt hilfreich, da der einzelne Mitarbeiter die Auswirkung auf sein persönliches Einkommen wissen möchte. Auch hierzu ist der Musterdienstplan notwendig. Auf seiner Basis kann der Mitarbeiter gemeinsam mit der Personalabteilung eine Pro-forma-Abrechnung erstellen.

- Kalkulation-Effekte auf Klinikbudget und Mitarbeiterbedarf. Die Berechnung der Kosten des Bereitschaftsdienstes ist komplexer als es nach der Buchführung der Krankenhäuser erscheint. Die Kostenstelle für unstete Bezüge bildet nicht die Kosten des Bereitschaftsdienstes ab. Dies hat mehrere Gründe:
 - Neben den Kosten für den Bereitschaftsdienst sind auch Überstunden in den unsteten Bezügen enthalten.
 - Je mehr Freizeitausgleich in einer Klinik üblicherweise genommen wird, desto geringer ist der Betrag, den die Kostenstelle Bereitschaftsdienst ausweist. Die Mitarbeiter im Freizeitausgleich werden durch andere Mitarbeiter ersetzt. Die Kosten für diese Ersatzmitarbeiter sind aber Teil der Kostenstelle Grundvergütung.
 - Wird bei Freizeitausgleich eines Mitarbeiters seine Regeldienst-Arbeitsleistung des nächsten Tages durch einen anderen Mitarbeiter erbracht, ist dies nicht kostenneutral. Die Kosten einer ausgezahlten Mehrarbeitsstunde bei Assistenzärzten beträgt im Durchschnitt nur ca. 25 Euro, die Kosten für einen neu eingestellten Mitarbeiter belaufen sich aber auf ca. 40 Euro pro Stunde. Der Grund hierfür sind zusätzliche Kosten für Sozialabgaben und sog. Overheadkosten für neue Mitarbeiter (Versicherung, Personalverwaltung etc.).

Werden im Zuge der Umstellung auf eine EuGH-konforme Regelung ausgezahlte Mehrarbeitsstunden reduziert und neue Mitarbeiter eingestellt, kann dies aus den oben genannten Gründen nicht kostenneutral aus der Reduktion der Bereitschaftsdienstvergütung finanziert werden. Daher müssen die Mehrkosten einer Umstellung von der jeweiligen Klinik genau beziffert werden, um sie für das Budget einfordern zu können. Hierzu ist die korrekte Berechnung der Kosten des alten wie des neuen Dienstzeitmodells nötig. Kurz zusammengefasst lässt sich der Berechnungsweg wie folgt skizzieren: Von der Jahresgesamtschichtsumme der geleisteten Dienststunden wird die Jahresgesamtschichtsumme Freizeitausgleich abgezogen und mit dem Kostensatz für Überstunden multipliziert. Zusätzlich entstehen Kosten für Mitarbeiter im Regeldienst, die Mitarbeiter im Freizeitausgleich ersetzen. Hierzu wird die Jahresgesamtschichtsumme Freizeitausgleich mit dem Kostensatz einer Regeldienststunde multipliziert. Beide Kosten addiert ergeben näherungsweise die Gesamtkosten des Dienstzeitmodells. Zusätzlich sind noch Wochenend-, Nacht- und Feiertagszuschläge zu berücksichtigen und Veränderungen der Schichtzu-

lagen zu beachten. Bedingt durch die unterschiedlichen Dienstzeiten und den variierenden Freizeitausgleich an den verschiedenen Wochentagen und unterschiedliche Kostensätze für Bereitschaftsdienste, Nachtdienste, Wochenend- und Feiertagsdienste, Rufdienste und die Schichtzulagen ist ein recht erheblicher Berechnungsaufwand nötig, um die Kosten eines Dienstzeitmodells exakt zu bestimmen.

Musterkalkulationen für gängige Arbeitszeitmodelle wurden vom Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik erstellt [8]. Wie oben beschrieben, sind die Kosten und der Personalmehrbedarf einer Umstellung von Bereitschaftsdiensten davon abhängig, in welchem Ausmaß die Mitarbeiter Freizeitausgleich in Anspruch nehmen möchten. Dies führt zu einer erheblichen Planungsunsicherheit. Sehr deutlich ist dies an dem in unserer Klinik umgesetzten Modell zu sehen (8 Spätdienste, 2 Nachtdienste, 2 nächtliche Rufdienste, 2 Bereitschaftsdienste als Übergangslösung). Je nach dem, wie viel Freizeitausgleich die Mitarbeiter wählen, belaufen sich die Mehrkosten des neuen Dienstzeitmodells zwischen 150 und 300 Tausend Euro, und die Anzahl der notwendigen neuen Mitarbeitern beträgt zwischen 4 und 11. Die große Schwankungsbreite entsteht dadurch, dass die Mitarbeiter durch die Einführung von Überstundenkonten selbst entscheiden können, in welchem Umfang sie für ihre Mehrarbeitsstunden Auszahlung oder Freizeitausgleich wählen. Die Erfahrungen der ersten Monate in unserer Klinik zeigen, dass die Mitarbeiter zu einem Großteil die Auszahlung wählen. Daher erwarten wir Mehrkosten von ca. 200 Tausend Euro gegenüber dem bisherigen Dienstzeitmodell. Zugleich wurden für unser Dienstzeitmodell 6 neue ärztliche Stellen besetzt, was einer Erweiterung des Mitarbeiterstammes um ca. 7% entspricht.

Abstimmungsprozess

Vor einer Umstellung ist es wesentlich, mit allen Beteiligten einen ausgeprägten Abstimmungsprozess zu durchlaufen:

- Abstimmung innerhalb der ärztlichen Mitarbeiter. Schon in der Planungsphase sollten die Mitarbeiter intensiv eingebunden sein. Hierfür stehen mehrere Werkzeuge zu Verfügung. Neben schriftlichen Mitarbeiterbefragungen und Mitarbeiterversammlungen können auch Fokusgruppen mit Unterstützung eines Moderators hilfreich sein. Hierbei kann durch die Zusammenstellung der Fokusgruppen gezielt die Meinung aus verschiedenen Bereichen und verschiedenen Mitarbeitergruppen eingeholt werden.
- Abstimmung mit dem Funktionsdienst und den operierenden Disziplinen. Wenn mit der Einführung eines neuen Dienstzeitmodells eine prinzipielle Neuregelung der Nutzung des OPs außerhalb der Regelarbeitszeit eingeführt werden soll, kann dies nur in enger Abstimmung mit dem anästhesiologischen Funktionsdienstes und den operativen Disziplinen erfolgen. Hilfreich für einen produktiven Diskussionsprozess kann sich hierbei erweisen, dass diese Gruppen vor derselben Herausforde-

– bezogen auf die Arbeitszeitgestaltung – stehen. Für die Mitarbeiter der operativen Fächer dürfte die Einführung eines Schichtmodells insofern einfacher sein, als in diesen Fächern mehr flexibel zu leistende administrative Tätigkeiten (Arztbriefe, DRG-Kodierung etc.) anfallen, als in der Anästhesie. Dies vereinfacht die Auslastung von Schichtdiensten in den Stunden mit geringem Arbeitsanfall.

- Abstimmung mit der Verwaltung und den Gremien der Mitbestimmung. Wie oben dargelegt, wird eine Umstellung der Bereitschaftsdienste immer mit finanziellem und personellem Mehrbedarf einhergehen. Ohne Unterstützung der kaufmännischen Seite sind daher alle Anstrengungen zwecklos. Wichtig ist auch, dass sinnvolle Übergangsregelungen getroffen werden. So wird in unserer Klinik vorerst noch an zwei von ehemals sechs Bereitschaftsdiensten festgehalten, da die entsprechenden Bereiche kurzfristig mit einem Schichtdienst nicht zu bedienen wären. Bei der Einführung eines neuen Dienstzeitmodells ist die Zustimmung des Personalrats obligat.
- Ggf. Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Neue einzuführende Dienstzeitmodelle sind durch die zuständige Aufsichtsbehörde genehmigungspflichtig, soweit Ausnahmebestimmungen in Anspruch genommen werden. Dies ist z.B. der Fall, wenn am Wochenende mit zwei statt mit drei Regeldienstschichten gearbeitet werden soll, um die Anzahl an freien Wochenenden im Sinne der Mitarbeiter zu erhöhen.

Konsequenzen für Qualifikationsstruktur der Klinik

Neben den finanziellen Auswirkungen sind die Konsequenzen für die Qualifikationsstruktur der Klinik am wichtigsten. Bei der Umwandlung von Bereitschaftsdiensten in Schichtdienste reduziert sich in der Regel die Anzahl der Mitarbeiter in Zeiten der geringeren Beanspruchung. Dies kann per se schon zu Schwierigkeiten führen, da nicht mehr genug Mitarbeiter zur Verfügung stehen, alle Notfälle gleichzeitig zu betreuen. Bei einer Ausdünnung der Dienststruktur werden die höher qualifizierten Mitarbeiter nachts vermehrt eingeteilt, um für komplizierte Fälle Vorhaltung zu treffen. Zudem werden in der Regel neu angeworbene Mitarbeiter erst nach einer längeren Einarbeitungsphase oder erst bei weiterem Durchlaufen ihrer Weiterbildung in der Lage sein, die Tätigkeiten der Nachtdienste zu übernehmen. Dies hat zur Folge, dass gerade die höher qualifizierten Mitarbeiter, in unserer Klinik der Funktionsoberarzt (1. Dienst) und der erfahrene Assistenzarzt (2. Dienst), von der Entzerrung der Arbeitszeit am wenigsten profitieren und vermehrt in den Nachtstunden tätig sind. Zwar fallen die überlangen Dienstzeiten weg und auch die Gesamtarbeitsdauer reduziert sich. Der Anteil der Gesamtarbeitszeit, die diese Mitarbeiter außerhalb

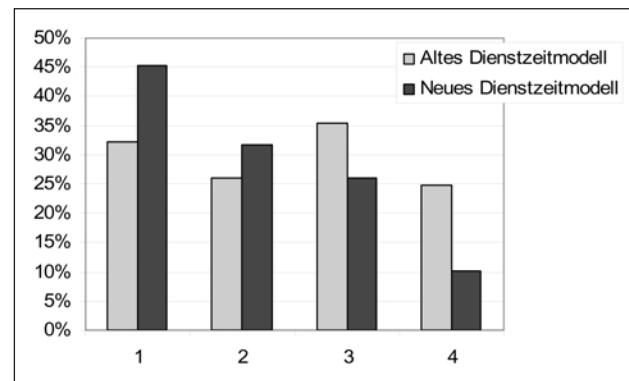


Abbildung 5: Anteil Arbeitszeit im Spät-, Nacht- und Wochenend-Dienst in Prozent an Gesamtarbeitszeit für jede Dienstgruppe.

Datenbasis: letzter Dienstplan vor Umstellung des Dienstzeitmodells und erster Dienstplan nach Umstellung des Dienstzeitmodells. (Dienst 1 = Funktionsoberarzt; Dienst 2, 3 = Assistenzärzte in Weiterbildung; Dienst 4 = Ärzte im Praktikum).

des Regeldienstes im Klinikum verbringen, erhöht sich aber fast zwangsläufig (Abb. 5). Diese Mitarbeiter fehlen wiederum im Regeldienst, der vermehrt von jüngeren Kollegen versehen wird. Nicht zu unterschätzen ist auch die Auswirkung auf die Ausbildung. Da die Nachtdienste mit erfahrenen Kollegen besetzt sind, verringert sich die Exposition der jüngeren Kollegen in Bezug auf komplizierte Notfälle, zu denen sie im bisherigen System der Bereitschaftsdienste, auch aus Weiterbildungszwecken, hinzugezogen wurden.

Ausblick

Die anästhesiologischen Tätigkeiten außerhalb des Regeldienstes sind in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen. Die Anzahl von Operationen in den Abend- und Nachtstunden nimmt stetig zu. Aber auch weitere Aspekte der anästhesiologischen Tätigkeiten beanspruchen die Diensthabenden: Bei der Versorgung von Polytraumen im Schockraum sind Anästhesisten integraler Bestandteil der Erstversorgung. In vielen Häusern übernehmen Anästhesisten die Transportbegleitung beatmeter Patienten von den Intensivstationen zur Notfalldiagnostik sowie die qualifizierte Schmerztherapie postoperativer Patienten über 24 Stunden. Als Folge dessen hat sich die Anzahl von anästhesiologischen Bereitschaftsdiensten in unserer Klinik in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht, ohne dass die Belastung der Dienste langfristig signifikant gesenkt werden konnte.

Die Umsetzung der EuGH-Rechtsprechung wird in unserer Klinik dazu führen, dass Bereitschaftsdienste in absehbarer Zeit de facto ganz wegfallen werden und durch einen Mix von Schichtdienst, Arbeitsbereitschaft und Rufdiensten ersetzt werden. Auch nach Umstellung muss der Arbeitsanfall regelmäßig eva-

Sonderbeiträge / Special articles

luiert werden, um Fehlentwicklungen rechtzeitig entgegensteuern zu können.

Dringend notwendig erscheint uns insgesamt ein aktiverer Diskussionsprozess zwischen den Kliniken für Anästhesie und den leistungsanfordernden operativen Abteilungen. Nach unserer Einschätzung wird zu wenig darauf geachtet, die nächtlichen Eingriffe auf jene Fälle zu beschränken, in denen ein klar nachgewiesener medizinischer Vorteil für eine sofortige operative Versorgung spricht. Das Vorhandensein eines OP-Teams ist noch kein hinreichender Grund für eine sofortige OP. An diesem Punkt sind auch die Klinikverwaltungen gefragt, die Nutzung von nächtlichen OP-Kapazitäten, z.B. durch Tag-Nacht-übergreifende OP-Kontingente, aktiv zu steuern. In Häusern, in denen eine interne Leistungsverrechnung besteht, könnte z.B. durch eine entsprechende Preisgestaltung der ungehinderten nächtlichen Nutzung von Ressourcen der Anästhesie, des OP-Pflegepersonal etc., ihre Attraktivität genommen werden.

4. Clade H. Neue Hoffnung für Krankenhausärzte. Deutsches Ärzteblatt 2003; 100:A520
5. Schrem H. Bedrohliche Konsequenzen in den chirurgischen Fächern. Deutsches Ärzteblatt 2002; 99:A1270-1272
6. Montgomery, FU. Resistent gegen Veränderungen. Deutsches Ärzteblatt 2002; 99:A902-904
7. Riediger M. Keine Fahrkarte in den Garten Eden. Deutsches Ärzteblatt 2002; 99:A2754
8. Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik. Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern. LASI-Veröffentlichung LV 30, März 2003. Der Volltext-Download steht unter: <http://lasi.osha.de/publications/lv/lv30.pdf> zur Verfügung
9. Schleppers A, Sturm J, Bender HJ. Implementierung einer Geschäftsordnung für ein zentrales OP-Management – Öl oder Sand im Getriebe des OP-Ablaufes? Anaesth Intensivmed 2003; 44:295-303
10. Rieger, HJ. Rufbereitschaft im Krankenhaus – Darf der Arbeitgeber den Zeitrahmen bis zur Arbeitsaufnahme vorgeben? Dtsch Med Wochenschr 2002; 127:2695.

Literatur

1. Der Download des vollständigen Urteils steht unter folgender Adresse zur Verfügung: <http://www.aerztekammer-bw.de/05/eugh/urteil.pdf>
2. Boldt J. Anästhesistenmangel im Krankenhaus – oder wie bekommen wir die Besten? Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2003; 38:384-388
3. Rabbata S. Gemeinsame Einsichten. Deutsches Ärzteblatt 2002; 99:A1129

Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Martin Schuster*
 Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinistraße 52
 D-20246 Hamburg
 Tel.: 040 / 42803-2415
 Fax: 040 / 42803-4963
 E-Mail: m.schuster@uke.uni-hamburg.de

Einladung

Mitgliederversammlung der Landesverbände Bremen der DGAI und des BDA

Mittwoch, 10.12.2003, 17.00-18.30 Uhr
 Konferenzraum (neben dem neuen Zentral-OP)
 Zentralkrankenhaus St. Jürgenstraße, Bremen

Tagesordnung:

1. Bericht aus der Arbeit der Präsidien von DGAI/BDA
2. Aussprache
3. Wahl des Landesvorsitzenden und seiner Stellvertreter für die Amtsperiode 2004/05
4. Referat „JUS-Ticker“: Aktuelles aus der Rechtsprechung für Anästhesie und Intensivmedizin
5. Verschiedenes

Im Zusammenhang mit den Wahlen wird auf die Wahlordnung der DGAI und des BDA hingewiesen (A & I 3/1999, Seite 163 und www.dgai.de).