

„So ungefähr“

In der August-Ausgabe hat die ÖKZ darüber berichtet, wie die Arbeitszeitgesetz-Novelle in den einzelnen Ländern in den Alltag der Spitäler übersetzt wurde. Das Fazit der Autoren: Dies sei „nur so ungefähr“ passiert und funktioniere noch nirgends klaglos. Warum ist es in Österreich so schwierig, sich an europäische Arbeitszeitstandards anzupassen? Der Versuch einer Analyse.

Thomas Bredenfeldt

Als am 21. Februar 2014 im Sozialministerium ein Mahnschreiben der EU-Kommission einging, mit dem ein Vertragsverletzungsverfahren angedroht wurde, wenn nicht bis zum 31.12.2014 EU-Konformität des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (KA-AZG) hergestellt würde, begann in Österreich ein hektisches Treiben. Binnen weniger Wochen musste ein Konsens zwischen Bund, Ländern und Rechtsträgern sowie den Gewerkschaften und Interessenvertretungen über eine Reform des KA-AZG hergestellt werden. In Deutschland, dessen Gesundheitswesen durchaus mit Österreich vergleichbar ist, sind Standards bezüglich der Ärztarbeitszeit im Grunde seit den 1980er-Jahren etabliert und seit 1. Jänner 2004 stringent umgesetzt.¹ Warum aber bereitet in Österreich etwas so viele Probleme, was in anderen EU-Staaten scheinbar klaglos funktioniert?

In den Rahmenbedingungen bestehen relevante Unterschiede zwischen Österreich und Deutschland.

Tatsächlich bestehen in den Rahmenbedingungen, also einerseits in anderen relevanten Rechtsbereichen wie dem ärztlichen Berufsrecht, dem Krankenanstaltenrecht, dem Ruhezeitrecht und dem Arbeitsvertrags- und Dienstrecht, aber auch schlichtweg im Nachfrageverhalten und der Erwartung der Öffentlichkeit an die Spitäler relevante Unterschiede zu Deutschland, die sich auf die Umsetzbarkeit der gleichen arbeitszeitrechtlichen Grundsätze auswirken und zu Problemen führen.

Historische Unterschiede

Deutschland ist seit 1955 Mitglied der EU (damals EWG). Daher entwickelte sich die Spitalsmedizin im Rahmen der geltenden rechtlichen Bestimmungen der EU-Arbeitszeitrichtlinien. Im Kern sah das europäische Arbeitszeitrecht seit den 1980er-Jahren vor, dass Dienste nicht länger als 25 Stunden dauern dürfen

und die durchschnittliche Wochenarbeitszeit mit 48 Stunden begrenzt ist. Somit ist es nicht verwunderlich, dass sich das Leistungsspektrum der Spitäler und die sich daraus ergebende Betriebsorganisation an diesen Rahmenbedingungen orientieren. Damit ist es auch erklärlich, dass in deutschen Uni-Kliniken als Zentralkrankenanstalten mit ca. 1500 Betten im Durchschnitt 40 bis 50 Ärzte – nur ganz ausnahmsweise Fachärzte – während der Nachtstunden anwesend sind, wohingegen etwa im Klinikum Graz vor Einführung des neuen KA-AZG rund 112 Ärztinnen und Ärzte in der Nacht vor Ort waren, davon deutlich mehr als die Hälfte Fachärzte, teilweise auch mit Additivfach.

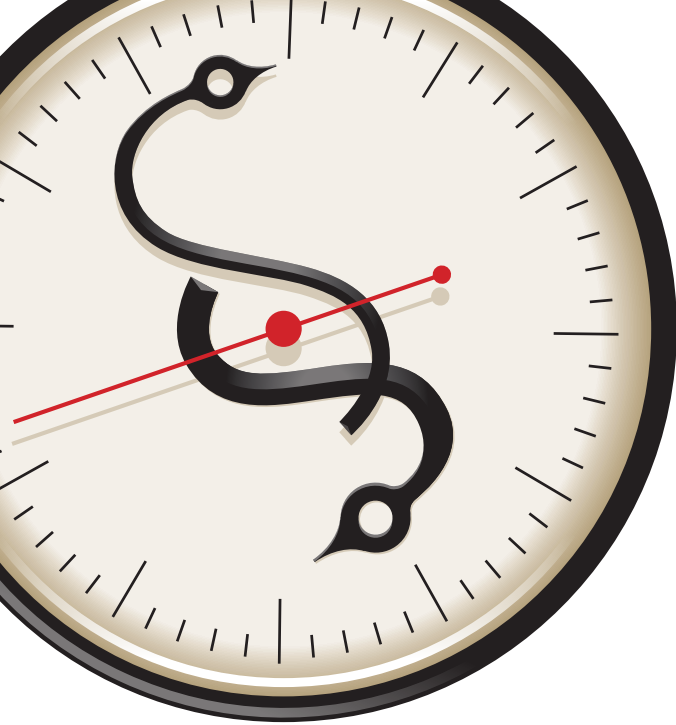
Dies führt in Deutschland dazu, dass die Fachärzte als zentrale Stütze in der Patientenversorgung in einem möglichst hohen Ausmaß ihrer Arbeitszeit während der Regelbetriebszeit auch vor Ort sind, Fachärzte in Österreich hingegen durch die intensive Einbindung in den Nachtdienstbetrieb nur mehr durchschnittlich 1200 bis 1300 Stunden pro Jahr in der Regelbetriebszeit anwesend sind. Schnell wird hier der Ruf nach Reduktion der Nachtdienste – insbesondere der Facharztendienste – laut. Warum ist das bei uns so schwierig? Dafür gibt es mehrere Gründe:

Ärztliches Berufsrecht

Nach österreichischem Recht ist ein Arzt in Ausbildung nur zu unselbstständiger ärztlicher Berufsausübung berechtigt.² Er darf seine ärztlichen Tätigkeiten daher nur unter Aufsicht und Anleitung erbringen. In Deutschland ist ein Arzt in der Regel mit Promotion approbiert und zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufs berechtigt.³ Dies erleichtert es natürlich, Assistenzärzte alleine in der Nacht einzusetzen und den Facharzt nur als back up „on call“ vorzuhalten.

Krankenanstaltenrecht

§ 8 Abs. 1 Z 2 KAKuG schreibt vor, dass in Zentralkrankenanstalten Fachärzte aller in Betracht kommenden Sonderfächer uneingeschränkt vorzuhalten sind. Dies zwingt die Rechtsträger der Universitätskliniken daher, auch in Fächern, wo es nicht dem internationalen Standard entspricht, Fachärzte vorzuhalten, wie etwa in der Dermatologie, der Zahnheilkunde etc. In deutschen



Uni-Kliniken sind in diesen Fächern regelmäßig ausschließlich Assistenzärzte im Dienst (in der Regel ein Dienstrad). Fachärzte sind für gewöhnlich in Rufbereitschaft.

In der derzeit in Begutachtung befindlichen KAKuG-Novelle ist auch eine Novellierung des § 8 Abs. 1 Z 2 KAKuG vorgesehen, wonach die Verpflichtung, in Zentralkrankenanstalten Fachärzte aller in Betracht kommenden Sonderfächer vorzuhalten, aufgebrochen und andererseits auch konkretisiert wird. So soll ausdrücklich vorgesehen werden, dass in Fächern, die nicht für das akute Komplikationsmanagement notwendig sind, Rufbereitschaften ausreichend sein sollen. Diese Regelung ist zu begrüßen und wohl fast unabdingbar, um auch künftig Spitzenmedizin auch in kleinen Fächern leisten zu können. Nicht nur aus ökonomischen Gründen, sondern vor allem auch aus qualitativen Aspekten ist es in kleineren Fächern vor allem außerhalb von Wien gar nicht möglich, ständig zehn Fachärzte eines Sonderfachs vorzuhalten, auszubilden⁴ und ausreichend trainiert zu halten.

In ihrer Stellungnahme zum Gesetzesentwurf hat die gesetzliche Interessenvertretung der Ärzteschaft dem Vernehmen nach Bedenken angemeldet. Der Gesetzgebungsprozess ist noch nicht abgeschlossen, doch bleibt zu hoffen, dass auch in diesem Punkt internationale Standards erreicht werden und die Betriebsorganisation sich an die geänderten Verhältnisse in Hinblick auf Kommunikation und Mobilität anpasst.

Ruhezeiten

§ 7 Abs. 1 KA-AZG schreibt vor, dass nach Beendigung der Tagesarbeitszeit oder des verlängerten Dienstes eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens elf Stunden zu gewähren ist. Bei verlängerten Diensten ist diese Ruhezeit um jenes Ausmaß, um das der verlängerte Dienst 13 Stunden überstiegen hat, mindestens jedoch um elf Stunden zu verlängern. Wesentlich dabei ist, dass die Ruhezeit **ununterbrochen** elf Stunden zu betragen hat. Das bedeutet aber, dass jede Unterbrechung dieser Ruhezeit – auch durch eine Aktivierung einer Rufbereitschaft – dazu führt, dass die Ruhezeit neu zu laufen beginnt. Sofern der Arzt am nächsten Tag einen geplanten Dienst hat, was grundsätzlich

In Österreich hat die Ruhezeit ununterbrochen elf Stunden zu betragen.

die Regel ist, kann er diesen dann nicht antreten, wenn er nicht entweder vor Aktivierung der Rufbereitschaft bereits elf Stunden Ruhe hatte oder diese noch nach Ende der Rufbereitschaft konsumieren kann. Bei einem klassischen Achtstundendienst mit darauf folgender Rufbereitschaft bedeutet das, dass etwa bei einer Aktivierung zwischen 20 und 22 Uhr ein Dienstbeginn erst um 9 Uhr möglich wäre. Wird der Arzt aber etwa um 6 Uhr noch einmal angerufen – etwa um eine telefonische Abstimmung bezüglich eines bestimmten Patienten durchzuführen –, ist der frühestmögliche Arbeitsbeginn 17 Uhr, was zu einem freien Tag führt.

In Deutschland stellt sich diese Regel so dar, dass zwar auch grundsätzlich eine elfstündige Ruhezeit gilt, dass im Rahmen von Rufbereitschaften im Spital es aber ausreicht, wenn mindestens die Hälfte der Ruhezeit ununterbrochen ist.⁵ Ein gewaltiger Unterschied für die Praktikabilität von Rufbereitschaften.

Die österreichischen Rechtsträger haben eine diesbezügliche Gesetzesharmonisierung angeregt, vom Sozialministerium jedoch eine klare Absage dazu bekommen.⁶ Eine Anpassung des § 7 KA-AZG scheint hier kurzfristig nicht realistisch zu sein.

Dienstverhinderung

Ein weiterer hinsichtlich seiner realen Auswirkungen nicht zu unterschätzender Unterschied dürfte auch sein, dass in Deutschland durch notwendigerweise einzuhaltende Ruhezeiten entfallende geplante Arbeitszeiten nicht entgolten werden müssen, wohingegen in Österreich durch gesetzliche Hindernisse entfallene Arbeitszeiten entgeltfortzahlungspflichtige Dienstverhinderungen sind.

Gesellschaftliche Erwartungen

Unabhängig von diesen rechtlichen Rahmenbedingungen ist auch die Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten ein ganz wesentlicher Faktor für den hohen Bedarf an Fachärzten. Etablierte Angebote zurückzunehmen, stößt innerhalb der (wählenden) Bevölkerung auf vordergründig berechnete Sorge, Unverständnis und Ablehnung. Das setzt die verantwortlichen Politiker unter Druck und macht es realpolitisch enorm schwierig, Leistungsangebote – unabhängig davon, ob diese in der bestehenden Form medizinisch sinnvoll sind – zurückzunehmen.

Die Erwartungshaltung der Patienten ist ein wesentlicher Faktor für den hohen Bedarf an Fachärzten.

Normalarbeitszeit und Vorhalteleistung

Ein Aspekt ist in der bisherigen Diskussion noch nicht ausreichend beleuchtet worden. Vielfach wurde geschrieben, dass sich die ärztliche Arbeitszeit durch die Novelle um 20 Prozent reduziert hat. Weniger beleuchtet wurde aber, dass sich diese Reduktion grundsätzlich nicht auf die Normalarbeitszeit bezieht. In Österreich ist es etabliert, dass sich die vertragliche Arbeitszeit von in der Regel 40 Stunden auf die sogenannte Normalarbeitszeit bzw. Regelbetriebszeit bezieht. Diese ist entweder von Montag bis Freitag während der üblichen Tagstunden oder etwas weiter gesteckt.⁷

Sämtliche Zeiten, die außerhalb dieser „Normalarbeitszeit“ liegen, werden dieser nicht angerechnet und gesondert entgolten. Bis 31.12.2014 bedeutete dies, dass zu den ca. 40 Stunden Normalarbeitszeit ca. 20 Stunden (immerhin 50%) als „add on“ für die Vorhalteleistung hinzukamen. Dadurch und auch wegen der fehlenden Detaildefinition der neutralen Zeiten war es daher in der Regel möglich, dass die im KA-AZG als Obergrenze vorgesehenen sechs Journaldienste pro Monat im Durchschnitt des Durchrechnungszeitraums auch geleistet werden konnten. Dies ergab, dass im Durchschnitt mit sechs dienstfähigen Ärzten ein Dienstrad bespielt werden konnte, was gleichzeitig die Mindestbesetzung pro Abteilung in kleineren Spitälern oder auch kleineren Fächern an Zentren darstellte.

Durch die Novelle änderte sich dies signifikant. An den 40 Stunden vertraglicher Normalarbeitszeit trat ja dadurch keine Änderung ein, sodass für die Vorhalteleistung nur mehr der kleine Rest von acht Stunden als „add on“ für die Leistungen außerhalb der Normalarbeitszeit zur Verfügung steht (zzgl. Mittagspausen und entfallender Tagstunden durch das Nachhausegehen nach Dienst).

Daraus ergibt sich, dass ohne Anrechnung von in der Nacht geleisteten Zeiten auf die Normalarbeitszeit im Jahresdurchschnitt unter der Annahme durchschnittlicher Ausfallszeiten ein Wert von ca. 40-45 Diensten realistisch erscheint, sodass mindestens neun Ärzte pro Dienstrad, in praxi wohl zehn Ärzte notwendig sind, um ein Dienstrad KA-AZG-konform zu bespielen. Insbesondere aus diesem Umstand resultiert der berühmte Mehrbedarf an Ärzten durch das KA-AZG!

Derzeit wird dieser Faktor durch das bis 2021 vorgesehene Opt-out noch großteils abgefangen. 2018 steht aber faktisch bereits vor der Tür und auch 2021 liegt nicht mehr so fern, sodass die Träger in hohem Maße gefordert sind, hier Lösungen zu finden.

ÖKZ TO GO:
Sie können diesen Artikel hier herunterladen und haben ihn immer griffbereit.



Dass sich aber in den österreichischen Spitalsambulanzen außerhalb der Normalarbeitszeit Leistungen etabliert haben, die grundsätzlich in der Konzeption des Gesundheitswesens nicht in Spitalsambulanzen gehören, kann als bekannt vorausgesetzt werden. Dies gilt dem Grunde nach für fast alle Fächer vor allem außerhalb der Regelbetriebszeiten. Beispielhaft seien die Zahlen der internistisch-neurologischen Notaufnahme der Univ. Klinik für Innere Medizin und der pädiatrischen Ambulanz am Universitätsklinikum Graz genannt:

- :: Von den 30.208 Patienten, die 2014 die Notfallaufnahme (EBA) frequentiert haben, mussten 26,5 Prozent der internistischen und 20,8 Prozent der neurologischen Patienten stationär aufgenommen werden. Auffällig ist auch, dass rund 60 Prozent der unter 50-Jährigen selbst anreisen und rund 57 Prozent aller Patienten ohne Zuweisung in die EBA kommen.
- :: Ähnliche Zahlen gibt es an der Ambulanz der Kinderklinik. Insbesondere in den Wintermonaten bewegen sich die Ambulanzfrequenzen bei rund 90 pro Tag, wobei etwa 45 Prozent außerhalb der Regelbetriebszeit (8-16 Uhr) anfallen. Die Rate der stationären Aufnahmen beträgt 18 Prozent! In Zahlen bedeutet das, dass im Schnitt 36 Patienten täglich von der Journaldienstmannschaft zu versorgen sind, wovon sechs bis sieben stationärer Pflege bedürfen.

Diese Zahlen zeigen, dass die Spitalsambulanzen, die als Notfallambulanzen vorgesehen sind, regelmäßig als Polykliniken bzw. allgemeine Ambulatorien fehlverwendet werden.

Dieses Schnittstellenthema ist in Österreich seit Jahrzehnten in Diskussion und eine Lösung scheiterte bisher wohl immer an der Kompetenzverteilung zwischen Bund, Ländern, Hauptverband und der Interessenvertretung.

Diese kurze Synopsis zeigt auf, dass das österreichische Gesundheitssystem vor einer höchst komplexen Aufgabe steht, sich an die geänderten Rahmenbedingungen anzupassen. Der Bundesgesetzgeber ist hier eindeutig gefordert, mit geeigneten gesetzlichen Maßnahmen begleitend zum KA-AZG den Trägern zu ermöglichen, ihre Hausaufgaben zu machen und die Organisationen für die Zeit nach OptOut fit zu machen.

Die ÖKZ wird sich in den kommenden Ausgaben im Rahmen einer Serie intensiv mit dieser Problematik auseinandersetzen. ::

Literatur und Anmerkungen:

¹ Richtlinie 2003/88/EG bzw. die Umsetzung im deutschen ArbZG.

² § 3 (3) Ärztegesetz.

³ § 3 Bundesärzteordnung.

⁴ Die ÄAO 2015 schreibt erstmals für die Facharztausbildung für die relevanten Fertigkeiten Richtwerte vor, sodass die Zahl der Assistenzärzte nicht mehr nur durch die vorhandenen Fachärzte, sondern auch durch das Patientenaufkommen limitiert wird.

⁵ § 5 (3) ArbZG.

⁶ Schreiben des Sozialministeriums vom 17.8.2015.

⁷ In Wien gibt es seit 1.7.2015 schon eine flexible Regelung, die an deutsches Tarifvertragsrecht angelehnt ist.



Mag. Thomas Bredenfeldt
Leiter Bereich Personalmanagement,
LKH-Universitätsklinikum Graz
thomas.bredenfeldt@klinikum-graz.at