

Unterstellung der Assistenzärzte unter das Arbeitsgesetz: Falsche Anreize und zu hohe Kosten

R. Krapf

Nach dem Willen der Eidgenössischen Räte sollen die in Weiterbildung stehenden Ärzte ab dem Jahre 2004 dem Arbeitsgesetz unterstellt werden. Ab diesem Zeitpunkt würde dann eine wöchentliche Höchst-arbeitszeit von 50 Stunden gelten.

Assistenzärzte stellen nicht nur ihre Arbeitskraft den meist öffentlichen Spitälern zur Verfügung, sondern sie geniessen auch eine Weiterbildung im Sinne der Post-graduate-Ausbildung. Eine Unterstellung unter das Arbeitsgesetz würde den Arztberuf zum ersten akademischen Beruf machen, dem für die Post-graduate-Ausbildung die wöchentliche Arbeitszeit und damit indirekt die gesamte Ausbildungszeit (oder Post-graduate-Periode) vorgeschrieben wird. Wie hier aufgezeigt wird, droht durch diese Regelung eine weitere Verteuerung der Spitalkosten. Die Regelung kommt zudem weder den (allerdings heterogenen) Interessen und Anliegen der Assistenz- und Oberärzte noch denjenigen der Spitäler entgegen.

Die aktuelle Arbeitssituation der Assistenz- und Oberärzte

Die Arbeitszeiten der Assistenz- und Oberärzte sind überdurchschnittlich und hoch. Sie liegen im Moment in vielen Spitälern bei gut 60 Stunden pro Woche. Für sehr hohe Wochenarbeitszeiten (80–100 Stunden) ist glaubhaft nachgewiesen, dass die Fehlerhäufigkeit steigt und somit Sicherheit der Patienten und die medizinische Qualität leiden können. Ob dies allerdings direkte Folge der Arbeitszeiten oder nicht vielmehr von Konfliktinteressen und/oder Frustration über Arbeitsbedingungen und Zukunftsaussichten ist, ist nicht bekannt. Die Spitäler sehen sich seit vielen Jahren mit der Problematik der langen Arbeitszeiten konfrontiert und haben – in der Regel aber erst unter massivem Druck der Assistenz- und Oberärzte

bis zum Streik – mit verschiedenen Massnahmen die Situation zu bessern versucht. Dabei sind in verschiedenen Kantonen wöchentliche Höchst-arbeitszeiten definiert worden. Zusätzliche infrastrukturelle Verbesserungen wie modernisierte Informatikmittel, leichter Zugang zur Literatur und anderes mehr wurden vorgenommen, allerdings wurde bislang nie der Arbeitsprozess selber verändert.

Die wöchentlichen Höchst-arbeitszeiten erlaubten nämlich den Spitalern eine relativ unproblematische Ausweitung des Assistenzarztes, da der Staat durch die dekretierten Arbeitszeiten verpflichtet war, auch den Stellenkredit zu sprechen. Aufträge, parallel auch die Effizienz zu steigern oder alternative Ausbildungsmodelle zu erarbeiten, wurden nicht oder nur ansatzweise erteilt. Gesamtschweizerisch wurde in den Jahren 1997 bis 2001 die Anzahl der Assistenz-ärzte von 5400 auf 8000 erhöht, entsprechend einer Steigerung von gut 50%. In der gleichen Zeitperiode dürfte die Zahl stationär behandelte Patienten (welche 1998 gesamtschweizerisch 660 000 betrug) um weniger als 10% zugenommen haben. Trotzdem waren die erwähnten Massnahmen (Höchst-arbeitszeit, Stellenerweiterungen) nicht geeignet, die Arbeitszeiten in den «Griff» zu bekommen. Erklärungen für das Scheitern dieser Massnahmen gibt es mehrere: Die Arbeitsbedingungen wurden nie rigoros überdacht. Höchst-arbeitszeiten stellen zudem keinen Anreiz für Speditive und speziell Begabte dar, ja man kann argumentieren, dass sie sogar den Umständen, weniger motivierten Mitarbeiter bevorzugen. Ein zusätzlicher wichtiger Grund für das weitreichende Scheitern der getroffenen Massnahmen liegt aber auch darin begründet, dass die Anstrengungen zur Verbesserung der Arbeitssituation der Assistenz- und Oberärzte durch eine massive Zunahme, zum Teil nicht-ärztlicher, vorwiegend administrativer Aufgaben geradezu aufgefressen wurde.

Die jetzt in Weiterbildung stehenden Assistenz-ärzte werden heute meist nicht mehr durch einen oder wenige gute klinische Lehrer gefördert, die ihnen helfen, ihre Arbeit im diagnostischen und therapeutischen Bereich zu fokussieren, effizient zu erbringen und schrittweise mehr Verantwortung zu übernehmen. Die Möglichkeit, nach Massgabe der eigenen Fähigkeiten vermehrt Verantwortung zu übernehmen, und die damit verbundene Anerkennung sind motivierend und relativieren das subjektive Empfinden etwaiger längerer Arbeitszeiten. Für einen in einem 6-jährigen Medizinstudium ausgebildeten Akademiker ist es höchst unattraktiv, während vieler Jahre (zum Teil bis etwa zum 35. Lebensjahr!) im wesentlichen die Anweisungen einer Vielzahl von Auftraggebern (direkte Vorgesetzte, Fachspezialisten, Versicherer, Verwaltungsbereiche, an einigen Orten auch paramedizinische Berufsvertreter usw.) aus- und durchzuführen. Eine Verbesserung dieser Situation ist in der Schweiz noch nicht absehbar (im Gegensatz etwa zur «Hospitalist-Bewegung» in den USA). Assistenzärzte sind immer mehr mit der zeitkonsumierenden Tätigkeit konfrontiert, den Einbezug und die Anweisungen einer Vielzahl von Fachspezialisten zu

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Reto Krapf
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital Bruderholz
CH-4104 Bruderholz

koordinieren, umzusetzen und durch viele nicht-ärztliche Tätigkeiten (vor allem administrativer Art) erst zu ermöglichen. Der Grad der Eigenverantwortlichkeit ist dadurch immer kleiner geworden.

Falsche Lösung mit gescheitertem Ansatz

Nach dem Willen der Eidgenössischen Räte soll nun das Problem trotz der bisher nicht erfolgreichen Praxis weiterhin primär über die Festschreibung einer nochmals reduzierten Höchstarbeitszeit angegangen werden. Ein Vergleich mit den jetzigen Arbeitszeiten zeigt, dass dadurch die Bruttolohnkosten für Ärzte erheblich ansteigen werden. Eine Reduktion der Arbeitszeiten von über 60 auf unter 50 Stunden bedingt eine Stellenerweiterung um ca. 15%. Aufgrund der Zahl der jetzt als Assistenzärzte arbeitenden Ärzte (gesamtschweizerisch: etwa 8000) und der konservativ geschätzten durchschnittlichen Bruttolohnkosten von Fr. 100 000.– pro Jahr und Arzt resultierte eine Kostensteigerung von etwa Fr. 120 Millionen. Je nach Regelung kämen hier noch Ausgaben für die anderen Arztkategorien (z.B. Oberärzte) hinzu. Selbstverständlich werden nicht nur die Kosten ein Problem darstellen, sondern – für die Zukunft bedenklicher – auch die Ausbildungsqualität und der aneignbare Erfahrungsschatz der Assistenzärzte. Neben einem umfangreichen und durch die an den Spitälern angebotene Fort- und Weiterbildung kontinuierlich vertieften, theoretischen Fundament ist für die Qualität eines Arztes die Zahl der Patienten, und damit der verschiedenen Krankheitsbilder, welche er während seiner Ausbildung gesehen und persönlich betreut hat, entscheidend. Um später in eigener Verantwortung Krankheiten kosteneffizient diagnostizieren und behandeln zu können und gleichzeitig die Patienten menschlich und ärztlich kompetent zu betreuen, ist es erforderlich, dass die Assistenzärzte eine möglichst grosse Zahl von Krankheiten und Patienten unter Supervision zunehmend selbständig erarbeiten und betreuen. Dabei ist nicht nur ein möglichst grosses Spektrum verschiedener Krankheiten wichtig, sondern auch das Kennenlernen verschiedener Facetten, Verlaufsformen und unterschiedlicher biopsychosozialer Auswirkungen von häufigen Erkrankungen (z. B. Arteriosklerose, Krebserkrankungen). Durch eine Reduktion der Arbeitszeiten wird dieser Erfahrungsschatz reduziert, wodurch – will man nicht bei der Ausbildungsqualität generell Abstriche machen – eine weitere Verlängerung der schon jetzt langen Post-graduate-Ausbildungszeit resultieren muss. Die minimale Ausbildungszeit für Allgemeinpraktiker und Internisten müsste sich also von fünf auf etwa sechs Jahre verlängern. Extrapoliert auf die gesamte Ausbildungszeit nach dem Staatsexamen also eine Verlängerung von 10 auf gut und gerne 12 Jahre. Diese Entwicklung ist für die später in der Praxis arbeitenden Ärzte wirtschaftlich problematisch (Verkürzung der Lebensarbeitszeit). Die Situation für die akademischen Nachwuchskräfte in der Medizin wird auch schwieriger: Das im internationalen Vergleich

«hohe» Alter, in dem ein Schweizer Mediziner produktiv zu forschen beginnen kann, wird noch mehr erhöht, mit allen Nachteilen für Motivation und Kreativität.

Wenn auch durch Schaffung von Dauerstellen (Spitalfachärzte, vgl. NZZ, 15. Februar 2001. Nr 38, S. 15 sowie SÄZ 2001;82:1662-5.) und vermehrtes Anstellen von Sekretariatskräften zur administrativen Entlastung der Ärzte etwas Gegensteuer gegeben werden könnte, bedingt die Höchstarbeitszeit ohne Zweifel eine Stellenerweiterung im ärztlichen Dienst. Es ist absehbar, dass diese Nachfrage nicht mehr kompetitiv, d. h. mit genügend qualifizierten Studienabgängern gedeckt werden kann. Nach einer Latenz von einigen Jahren würde die Zahl der sich in der Praxis niederlassenden Ärzte dann nochmals deutlich ansteigen. Die von verschiedenen Seiten (Versicherer, Bundesamt für Sozialversicherung) für die steigenden ambulanten Kosten angeschuldigte «Ärztedichte» nähme also weiter zu. Die erwähnten Kreise sollten also ihrerseits ein Interesse haben, eine solche Entwicklung zu verhindern. Sollte man das absehbare Problem über die Aufhebung des Kontrahierungszwanges zu «lösen» versuchen, würden viele dieser Ärzte keine Arbeit finden, das ganze Ausbildungs- und Förderungssystem würde sich so selber ad absurdum führen und menschlich inakzeptabel werden. Noch schwerwiegender wäre das Instrument der Bedürfnisklausel (Art 55a KVG), weil es sich direkt gegen die Niederlassung neuer Ärzte richtet.

Die Festschreibung einer wöchentlichen Höchst- arbeitszeit kann also nicht im Interesse der medizinischen Qualität und des Gebotes der Kosteneindämmung auf stationärem und ambulantem Sektor liegen. Es ist nicht weit hergeholt zu vermuten, dass die Festschreibung dieser restriktiven Höchst- arbeitszeit nicht nur für die in Ausbildung stehenden Ärzte konzipiert ist, sondern als indirektes, aber nicht deklariertes Mittel zur Schliessung von kleineren Spitälern und Spitalabteilungen verwendet wird oder werden kann. Kleinere Spitäler mit Notfall- und Überwachungsstation (Schichtbetriebe!) werden durch die Höchst- arbeitszeiten einen überproportionalen Anstieg der Lohnkosten beklagen und an wirtschaftlicher Attraktivität (weitere Verminderung des Kosten- deckungsgrades) verlieren.

Die Kombination negativer Auswirkungen für die Assistenzärzte (verlängerte Ausbildungszeiten, geringerer Erfahrungsschatz) und die Kostensteigerungen legt nahe, das Modell der 50stündigen Höchst- arbeitszeit, verbunden mit einer von der Berufs- organisation (FMH) vorgeschriebenen Zahl von Aus- bildungsjahren, nicht weiter zu verfolgen. Ein erfolg- reiches Modell soll auf einer Minimalzahl von be- treuten Patienten aufbauen und muss auf die moderne Lebenssituation der Assistenzärzte Rücksicht nehmen. Es soll durch individuelle Wahlmöglichkeiten und Anreize die Ausbildungsqualität erhalten und die Kostensteigerung limitieren. Weitere Anforderungen an ein solches Modell sind positive Folgen für die Effizienz der Spitalinfrastruktur und eine Verkürzung der Hospitalisationszeiten.

Grundlagen und Charakteristika eines neuen Arbeitsmodelles für Assistenzärzte

Die Lebens- und Arbeitssituation der Assistenz- und Oberärzte spielt sich wie bei anderen Berufen im Dreieck Beruf, Familie und Hobby ab. Tendenz ist, dass diese drei Pole zunehmend als «gleichberechtigt» oder gleich wichtig angesehen werden. Die Dominanz der Ausbildung respektive des Berufes in diesem Spannungsfeld hat deutlich abgenommen. Gründe dafür sind die langen Ausbildungszeiten, das Wissen, dass die Ausbildung auch bei effizienter Leistung und spezieller Begabung gleich lange dauert (vorgeschriebene Zahl von Ausbildungsjahren) und nicht zuletzt die in bezug auf Status und wirtschaftliches Wohlergehen massiv an Attraktivität eingebüsst Zukunftsaussichten.

Für jeden Assistenzarzt sieht dieses Spannungsfeld aber etwas anders aus. Ein erfolgreiches Arbeitsmodell muss den Assistenzärzten eine Wahl- und Gestaltungsmöglichkeit ihres Berufs- und Arbeitseinsatzes je nach Gewichtung innerhalb ihres dreipoligen Spannungsfeldes erlauben. Diese Wahlmöglichkeiten dürften die Motivation erhöhen und das Ausmass des subjektiv empfundenen Stresses reduzieren.

Das Modell

Drei Jahre Ausbildung in Innerer Medizin bilden das Herzstück einer Vielzahl der gewählten Curricula. Dazu kommen je nach Fachrichtung noch mehrere Jahre Ausbildung in anderen Gebieten. Das Modell wird vereinfachend nur für diese 3 Jahre vorgestellt, es kann aber an die anderen Ausbildungsphasen und andere Sparten der Medizin (z.B. Fachabteilungen der Inneren Medizin, chirurgische Fächer) sinngemäss adaptiert werden.

Im heutigen Ausbildungssystem betreut ein Assistenzarzt etwa 250 Patienten pro Jahr von deren Eintritt bis zum Austritt. Während drei Jahren betreut er also etwa 750 Patienten. Die Bruttolohnsumme für diese dreijährige Arbeits- und Ausbildungszeit beträgt etwa Fr. 300 000.-.

Anstatt nun Ausbildungsjahre zu definieren, soll neu für die Facharztanerkennung prinzipiell die Anzahl behandelter Patienten gelten. In unserem für Assistenzärzte in der Grundausbildung geltenden Beispiel könnten diese 750 Patienten während einer wohl vorzuschreibenden minimalen Arbeitszeit (z.B. 18–24 Monate) und einer maximalen Dauer (z.B. 60 Monate) betreut werden. Assistenzärzte sind in der Regel für eine 12-Betten-Station verantwortlich. In der beschleunigten Ausbildungsvariante hätte also ein Arzt die Verantwortung für maximal etwa 18, in der langsameren Variante für etwa 6 Patienten. Die ausbezahlte Lohnsumme wäre aber bei beiden Varianten gleich, wodurch der Jahresbruttolohn zwischen Fr. 50 000.- und 150 000.- liegen würde. Diese Zahlen sind Extremannahmen und sollen nur das Prinzip des Modells illustrieren.

Ein Assistent, der sich – vielleicht auch nur während einer gewissen Periode – voll auf den Beruf konzentrieren und die Facharztanerkennung schnell-

er erreichen will, um später allenfalls eine wissenschaftliche Ausbildung u.ä.m. zu beginnen, kann so seine Ausbildungszeit abkürzen und wird für seinen Einsatz mit einem finanziellen Anreiz belohnt.

Ein anderer Assistent, der den Beruf selber weniger prioritär einschätzt, sondern mehr familiäre Aufgaben übernehmen oder seine Begabung in einem entsprechenden Hobby fördern möchte, könnte sich für das zweite Modell entscheiden. Er würde dabei einen viel ruhigeren, zeitlich limitierten Arbeitseinsatz zu leisten haben, der ihm Valenzen für anderes freihält. Er müsste aber Lohneinbussen pro Zeitperiode akzeptieren.

Konkrete Vorschriften, Qualitätsstandard sowie die Supervision durch Kaderärzte müssen gewährleisten, dass die Patientenbetreuung und die Erledigung dokumentarischer Aufgaben (z.B. Krankengeschichtenführung) auch bei Wahl eines kürzeren Ausbildungsganges mit höherer Arbeitsbelastung kompromisslos gewährleistet bleiben. In jedem Fach müssen Facharztprüfungen absolviert werden, deren Validität wenn auch nicht stringent überprüft, so doch weder von den Fachgesellschaften noch der Berufsorganisation FMH selber hinterfragt wird. Diese Prüfungen werden die Ausbildungsqualität garantieren und im Hinblick auf diese Funktion adaptiert werden müssen. Ein einseitiges Festhalten an der jetzigen Praxis der vorgeschriebenen minimalen Zahl von Ausbildungsjahren ist schon wegen dieser bereits bestehenden Ausbildungskontrolle schwer haltbar und veraltet.

Vorteile des Modells

Die Kliniken und Institute werden durch ein solches Modell gezwungen, verbindliche, transparente und überprüfbare Qualitätsstandards aufzustellen. Der in Ausbildung stehende Arzt will und muss wissen, was von ihm erwartet wird, welches also die Grundlagen seiner Beurteilung sind.

Die Spitäler werden gezwungen, die Arbeitsbedingungen für die Assistenzärzte zu verbessern. Dabei sind zu nennen die Entlastung von administrativen, nicht ärztlichen Aufgaben, verbesserte, vor allem beschleunigte Entscheidungswege, moderne und laufend modernisierte Informatikinfrastruktur u.ä.m. Die besten Nachwuchskräfte werden dann nur an jenen Spitälern arbeiten, welche ihnen eine volle Konzentration auf die vorwiegend oder rein ärztlichen Tätigkeiten erlauben und eine Infrastruktur zur Verfügung stellen, die effizientes und lehrreiches Arbeiten erlauben. Die Spitäler müssen wieder vermehrt klinische Lehrer mit breiter und allgemeiner Ausbildung und Erfahrung anbieten, die die Nachwuchskräfte dazu umfassend anleiten.

Die effizientesten und bezüglich Ausbildung attraktivsten Spitäler werden mit einer erfolgreichen Pflege der Ausbildung denn auch die besten Nachwuchskräfte erhalten. Können sie viele solcher Ärzte rekrutieren, wird auch die Organisation der Arbeitsabläufe einfacher.

Das skizzenartig beschriebene Modell wird auch zu einer Verkürzung der Hospitalisationszeiten führen. Ein Assistenzarzt, der nicht eine bestimmte Anzahl

Jahre arbeiten muss, sondern eine bestimmte Anzahl Patienten betreut, hat alles Interesse daran, die Hospitalisationszeiten kurz zu halten. Er wird sich überlegen, welche Leistungen ambulant, z.B. durch den Hausarzt, erbracht werden können. Er wird sich auch für die zeitgerechte Verlegung von Langzeitpatienten in für sie vorgesehene Institutionen und Heime speziell einsetzen.

Das Modell nimmt auch auf die spezifischen Arbeitsstile der Assistenzärzte Rücksicht. Der Speditive und Effiziente wird nicht mehr – wenn auch nur indirekt – «bestraft», sondern durch eine verkürzte Ausbildungszeit und lohnmässig pro rata belohnt. Der Kontemplative kann es ruhiger angehen und wird nicht gestresst.

Wird dieses Modell denn die jetzt langen Arbeitszeiten zementieren? Eine Analyse der Umstände, welche zu den langen Arbeitszeiten führen, lässt erwarten, dass das Gegenteil der Fall sein wird. Der Druck auf die Verbesserung und Konzentration auf die ärztlichen Arbeitsabläufe sowie ein die Motivation förderndes Anreizsystem sind sehr gute Gründe, vorauszusagen, dass die ärztlichen Arbeitszeiten gegenüber heute bei gleicher, ohne Zweifel sogar noch höherer *ärztlicher* Arbeitsleistung wesentlich reduziert werden können.

Risiken des Modells

Die Einführung eines solchen Modelles ist anforderungsreich (flexible Zahl von Bettenzuteilung für Ärzte, Dienstorganisation) und erfordert entsprechende Prüfungen in Pilotprojekten, somit auch Geld als Grundinvestition. Die Organisation dürfte für grössere Spitäler einfacher umzusetzen sein als für kleinere Institutionen, für die aber die vorgesehene Reduktion der Arbeitszeiten ohne Zweifel eine Frage des wirtschaftlichen Überlebens sein wird.

Damit Speditivität und Effizienz nicht mit Oberflächlichkeit verwechselt werden, braucht es die angesprochenen messbaren und transparenten Qualitätsstandards sowie eine kontinuierliche Supervision durch breit ausgebildete und integrativ denkende

Kaderärzte. Die Evaluation der Mitarbeiter muss konkretisiert werden, anlässlich der Mitarbeitergespräche muss das vom jeweiligen Arzt gewählte Modell überprüft und allenfalls neu definiert werden. Die angesprochenen Facharztprüfungen können zudem zur letztlich entscheidenden Kontrolle der Ausbildung aufgewertet werden, sei diese nun relativ ehrgeizig und schnell oder eher beschaulich durchlaufen worden.

Obwohl innert Monaten ein Ausgleich der Patienten stattfinden dürfte, die mit relativ geringem oder sehr hohem ärztlichem Aufwand innerhalb der gleichen Klinik betreut werden müssen, muss die Klinikführung doch sicherstellen, dass die Assistenzärzte ein bezüglich Schweregrad vergleichbares Patientenkollektiv zu betreuen haben.

Schlussfolgerungen

Das Verschreiben einer wöchentlichen Höchstarbeitszeit für Assistenzärzte, verbunden mit einem Festhalten an einer obligatorischen Zahl an Ausbildungsjahren, wird zu einer Kostensteigerung im stationären und später ambulanten Sektor führen und die Qualität der medizinischen Ausbildung gefährden und/oder die Ausbildungszeiten weiter verlängern. Ein solch rigides System setzt weder für die Auszubildenden noch für die Spitäler die richtigen Anreize.

Die Fachorganisationen und die FMH müssen die Ausbildungsvorschriften dringend überprüfen und von einem System der obligatorischen Ausbildungsjahre zu einem dem hier vorgestellten ähnlichen Modell der Fallzahlen wechseln. Die Politik soll nicht Höchstarbeitszeiten definieren, sondern via politische Führung von den öffentlichen Spitälern die entsprechenden organisatorischen Schritte und Evaluationen verlangen resp. noch besser, diese auch ermöglichen.

Der Autor dankt ehemaligen und gegenwärtigen Assistenz- und Oberärzten für Diskussionen und Durchsicht des Textes.