

Umsetzung des Arbeitsgesetzes für Assistenzärztinnen/-ärzte ab 1. Januar 2005: Welches ist das ideale Schichtsystem?*

S. Schneider^a

Ab 1. Januar 2005 wird das eidgenössische Arbeitsgesetz auf alle Assistenzärztinnen/-ärzte anwendbar sein. Das allgemeingültige ideale Schichtsystem für dessen Umsetzung gibt es nicht. Empfohlen wird der Aufbau einer Arbeitsgruppe, welche berufsgruppenübergreifend zusammengesetzt ist. Nach Abklärung der Bedürfnisse und der bestehenden Ressourcen müssen verschiedene Modelle durchgedacht und den Verantwortlichen zum Entscheid vorgelegt werden; verschiedene Beispiele werden vorgestellt. Idealerweise werden in Zusammenhang mit der Einführung des Arbeitsgesetzes auch die Arbeitsinhalte und Prozesse der Assistenzärztinnen/-ärzte evaluiert und neu festgelegt. Die Arbeit an neuen Schichtsystemen steht mitten im Spannungsfeld der divergierenden Ansprüche an den Spitalbetrieb und birgt deshalb grosses Konfliktpotential.

In der Diskussion um das ideale Schichtsystem stehen die Kliniken und Spitäler direkt im Fokus der Kernprobleme des heutigen Gesundheitswesens: Welche Leistungen wollen wir erbringen? Welche Leistungen werden von uns erwartet? Und: Wieviel sind wir oder die Öffentlichkeit bereit, dafür zu bezahlen? Daraus wird klar, dass es keine «einfachen» Lösungen geben kann. Es wird daraus auch klar, dass diese Frage nicht an die Assistenzärztinnen/-ärzte allein delegiert und nicht in einer einzigen Sitzung beantwortet werden kann.

Einleitung

Ab 1. Januar 2005 wird das Arbeitsgesetz für alle Assistenzärztinnen/-ärzte anwendbar sein. In meiner ehemaligen Funktion als Ressortverantwortlichem im VSAO Schweiz und jetzt als Berater zur Umsetzung des Arbeitsgesetzes wird mir häufig die Frage gestellt: Welches ist das ideale Schichtsystem zu dessen Umsetzung? Meine Antwort darauf ist meist eine Enttäuschung, denn: *Das allgemeingültige ideale Schichtsystem zur Umsetzung des Arbeitsgesetzes gibt es nicht.* Wer dies im folgenden Artikel sucht, sollte schnell weiterblättern. Dieser Artikel verfolgt ein anderes Ziel:

1. aufzeigen, in welchen Strukturen und Abläufen das Erarbeiten eines optimalen Schichtsystems ablaufen könnte;
2. an Beispielen zeigen, welche Lösungen möglich sind.

Das Erarbeiten funktionierender Schichtsysteme wird immer ein Ringen verschiedener Anspruchsgruppen und ein Abwägen unterschiedlicher Anforderungen an das System Spital sein; die neu limitierte Ressource «Arzt» macht diese divergierenden Ansprüche sichtbar. Ansprüche bestehen von seiten des Betriebes, Ansprüche bestehen aber auch von seiten der Mitarbeiter/innen. Und neu ab 1. Januar 2005 sind gesetzliche Grundlagen zu berücksichtigen, welche das Arbeitsgesetz vorgibt, zum Beispiel Schichtlängen, Ruhezeiten oder Anzahl Tage Arbeit am Stück.

Wie soll das Problem angepackt werden?

Ich schlage bei obiger Frage bezüglich optimaler Einsatzplanung zur Umsetzung des Arbeitsgesetzes jeweils vor, eine interne Arbeitsgruppe zu bilden. Idealerweise ist eine Person für die Leitung dieser Gruppe verantwortlich, welche Projektmanagement Erfahrung hat oder sich diese aneignen kann. Das Führen einer solchen Arbeitsgruppe bedingt gewisse Kenntnisse, um erfolgreich zu sein, zum Beispiel: Wie wird eine gute Arbeitsgruppe zusammengestellt? Wer definiert die Traktandenliste? Wie leite ich eine Sitzung so, dass am Ende jeder Teilnehmer mit einem konkreten, zeitlich und inhaltlich festgelegten Auftrag den Raum verlässt? Wie werden die Dokumentation und die Kommunikation der Resultate gehandhabt?

In meinen Augen muss diese Arbeitsgruppe unbedingt berufsgruppenübergreifend zusammengestellt werden, unter Einbezug der Pflege, der Verwaltung und der Administration, auch die verschiedenen Hierarchiestufen auf ärztlicher Seite sollten gebührend vertreten sein. Denn jede Veränderung im komplexen System Spital hat unmittelbare Auswirkungen auf die anderen Berufsgruppen. Dieser Arbeitsgruppe müssen klare Vorgaben von den Verantwortlichen (Klinik-/Spitalleitung) gemacht werden, was den Zeitrahmen zur Lösungsfindung und die verfügbaren Ressourcen betrifft.

* Dank an Dr. M. Winistörfer für das Gelesen des Entwurfes.

^a Der Autor war bis April 2004 Ressortverantwortlicher Arbeitsgesetz VSAO Schweiz und Mitglied Geschäftsausschuss VSAO Schweiz.

Korrespondenz:
Dr. med. Stefan Schneider
Weideliguet 16
CH-8598 Bottighofen TG
E-Mail: stschneider69@tiscalinet.ch

In dieser Arbeitsgruppe sind 3 Schritte notwendig: Die Evaluation der Bedürfnisse, die Erarbeitung eines Vorschlages zuhanden der Spital- oder Klinikleitung und die Umsetzung.

1. Evaluation der Bedürfnisse

So einfach sich dies anhört, so viel *Sprengkraft* steckt darin. Denn hier müssen verschiedene Fragen geklärt werden, die von höchst strategischer Wichtigkeit sind: Welche Anforderungen stellt der Betrieb an sich oder werden von Dritten an den Betrieb gestellt? Anders herum gefragt: Wo besteht Gestaltungsspielraum? Muss immer (24 Stunden, 7 bzw. 365 Tage) ein Arzt / eine Ärztin im Hause sein? Sind damit die entsprechenden Ressourcen (mindestens 4,5 Vollzeitstellen, damit jederzeit *ein* Arzt / *eine* Ärztin im Hause ist) am effektivsten eingesetzt? Gibt es Spielraum für das Einrichten von Pikettdiensten (der Arzt ist zu Hause erreichbar, Zeit bis zum Einsatz mindestens 30 Minuten)? Muss immer (jeden Halbtage in der Woche) ein Oberarzt / eine Oberärztin im Hause sein? Gibt es klinikübergreifende evtl. sogar spitalübergreifende Synergien, die genutzt werden könnten, z.B. für die Wochenenden oder die Zeit von 24.00 bis 6.00 Uhr morgens? Wo ist der Arbeitsanfall planbar, wo geht es vor allem um Vorhalteleistungen für mögliche Notfälle? Wie ist der Patientenansturm über den Tag, über die Woche und übers Jahr verteilt? Gibt es Zahlen oder müssen diese zuerst erarbeitet werden? Welche Priorität hat die Kontinuität in der Patientenbetreuung? All diese Fragen gilt es zu klären.

2. Mögliche Dienssysteme

Das Arbeitsgesetz macht Vorgaben, was die Arbeitszeiten angeht: Schichtlänge maximal 14 Stunden (wobei im Spital im Einzelfall und bei Notfällen Schichten bis 17 Stunden möglich sind), minimale Ruhezeit 11 Stunden (im Einzelfall und bei Notfällen bis auf minimal 8 Stunden reduzierbar), maximal 6 Tage Arbeit am Stück, Ersatzruhetage für Sonntagsarbeit von mehr als 5 Stunden, maximale wöchentliche Arbeitszeit 50 Stunden, maximal 7 Pikettdienste pro 4 Wochen (in sehr kleinen Betrieben bis 14 pro 4 Wochen, solange die Anzahl effektiver Einsätze unter 5 pro Monat liegt).

Beispiele

Konstant hoher Arbeitsanfall an jedem Wochentag und über 24 Stunden: Hier hat sich das 3-Schichten-System sicher am besten bewährt, mit unterschiedlich gestalteten Überlappungszeiten und Zykluslängen. Der Aufwand an Personal ist hoch. Entsprechend muss der Bedarf geklärt

sein, eine entsprechende Auslastung und Finanzierung aufgrund eines definierten Auftrages sichergestellt sein. Am Wochenende ist auch ein 2-Schichten-System möglich, solange die notwendigen Pausen gewährt werden können (während der die/der Assistenzärztin/-arzt nur erreichbar sein muss).

Ist der Arbeitsanfall noch höher, z.B. in den üblichen Spitzenzeiten abends 16.00 bis 23.00 Uhr oder am Samstag- und Sonntagnachmittag, kann das 3-Schichten-System mit entsprechenden Zusatzschichten oder Pikettdiensten ergänzt werden, z.B. Beginn des Pikettdienstes abends 18.00 bis morgens 7.00 Uhr, dann kurze Visite im Haus bis 9.00 Uhr oder Arbeitszeit 16.00 bis 23.00 Uhr, dann Pikett bis am Morgen.

Die Zeit zwischen dem normalen Arbeitschluss (etwa 18.00 Uhr) und dem Eintreffen des Nachtarztes (etwa 22.00 bis 23.00 Uhr) kann auch mit wechselnden Dienstärztinnen/-ärzten überbrückt werden. Idealerweise ist deren Arbeitsbeginn später (z. B. 10.00 Uhr für die Visite)

Hoher Arbeitsanfall tags und abends bis Mitternacht, tiefe Auslastung nachts: Dies ist diejenige Situation, für die das Arbeitsgesetz die grössten Hürden bietet. Wie soll mit der ungenügenden nächtlichen Auslastung der nun limitierten Ressource «Arbeitszeit Arzt» umgegangen werden? Mögliche Wege: Das Errichten *klinikübergreifender Dienssysteme* mit Pikettdiensten durch die jeweils anderen Kliniken oder die *Verkürzung der Nachtschicht* auf 8 oder 9 Stunden, gleichzeitig Zuteilung klar definierter Aufgaben für den Nachtarzt. Diese Aufgaben sollten die Ärztinnen und Ärzte tagsüber entlasten (Vorbereiten von Austrittsunterlagen, Vorbereitung interner Weiterbildungen, Entwickeln von neuen Berichtsvorlagen oder interner Standards, Codierung/ Leistungserfassung usw.). In einer Schicht, welche um 23.00 Uhr beginnt und spätestens um 8.00 Uhr endet, ist wahrscheinlich jeder und jede bereit, gewisse Zusatzaufgaben zu übernehmen.

Tiefe Einsatzwahrscheinlichkeit abends/nachts, in den meisten Fällen Einsatzzeit >30 Minuten: Dies ist die ideale Situation, um die Nacht mittels eines Pikettdienstes abzudecken. Es ist weder für den Betrieb betriebswirtschaftlich sinnvoll noch attraktiv für die Mitarbeiter/innen, viel Zeit untätig im Spital zu verbringen. Bei Bedarf können Situationen mit Notwendigkeit einer raschen Beurteilung durch einen Arzt klinikübergreifend gelöst werden. Dieser Pikettdienst kann auch durch einen Kollegen übernommen werden, der zum Beispiel abends um 18.00 Uhr

den Dienstsucher übernimmt und im Haus bleibt, solange Arbeit anfällt, dann nach Hause geht und am Morgen wieder persönlich rapportiert.

Das *Planen der arbeitsfreien Tage* ist eine zweite Schwierigkeit bei der Umsetzung des Arbeitsgesetzes. Insbesondere die maximale Zykluslänge von 6 Tagen zwingt viele Kliniken, ihre Rotationspläne umzustellen. Wege dazu sind arbeitsfreie Tage montags bzw. freitags bei Wochenendeinsätzen oder Rotationspläne, welche die arbeitsfreien Tage unter der Woche vorsehen (z.B. Arbeitszyklen Donnerstag bis Montag oder Freitag bis Dienstag). In der Stationsarbeit mit hoher Priorität bezüglich Kontinuität können die freien Halbtage über 4 Wochen zusammengefasst werden (6 Tage Arbeit am Stück, ein arbeitsfreier Tag, dann wieder 6 Tage am Stück, nach 4 Wochen zusätzliche arbeitsfreie Tage), dabei müssen allerdings die Schichtlängen der einzelnen Tage kürzer gestaltet werden. Die Anzahl Tage am Stück kann auch ganz neu definiert werden, eine Klinik in der Stadt Bern hat ein System entwickelt, das 4-Tage-Rotationen mit entsprechend arbeitsfreien Tagen vorsieht.

Jede Verkürzung der Schichtlänge und der Zyklusdauer führt zwingend dazu, dass weniger Wochenenden vollständig arbeitsfrei sind. Das ist eine der am häufigsten gehörten Klagen der Mitarbeiter/innen im Rahmen der Umstellungen zur Einhaltung des Arbeitsgesetzes, in sich aber logisch.

3. Umsetzung

Jede Klinik und jedes Spital muss ein individuelles Schichtsystem finden, das die jeweiligen Bedürfnisse und Ressourcen bestmöglich verknüpft. Ist ein solches System oder sind mehrere Vorschläge durch die Projektgruppe gefunden, müssen diese der Spital-/Klinikleitung zum Entscheid vorgelegt werden.

Ich empfehle eine Probephase von 3 Monaten, nach der die Arbeitsgruppe notwendige Anpassungen evaluiert und vorschlägt. Aber auch dann, nach der definitiven Implementierung,

müssen solche Systeme immer wieder überprüft, neuen Rahmenbedingungen und Mitarbeiter/innen angepasst und somit ständig bearbeitet werden. Eine solche interdisziplinäre Arbeitsgruppe sollte deshalb fest eingerichtet werden, da auch andere wichtige Prozesse (Eintritt, Visite, Austritt) hierarchie- und berufsgruppenübergreifend bearbeitet werden sollten; dies könnte in einer solchen bereits existierenden Gruppe geleistet werden.

Sehr hilfreich für die Planung wie die Ausführung neuer Einsatzpläne sind elektronische Einsatzplanungswerkzeuge wie das Programm PEP, welches in der Pflege bereits grosse Verbreitung gefunden hat. Für die Ärztinnen und Ärzte konfiguriert, lässt sich damit prospektiv errechnen, welche Schichtzeiten und Einsatzpläne welche Arbeitszeiten und allenfalls Überzeiten erwarten lassen.

Einen letzten Punkt möchte ich ansprechen, obwohl er nicht dem primären Fokus des Artikels entspricht: Um Ressourcen für neue Schichtsysteme freizubekommen, ist eine vollständige Überprüfung der Arbeitsinhalte und der Prozesse der Assistenzärztinnen/-ärzte ebenso zentral. Welche Tätigkeiten können an ein gut eingeführtes Assistenzärztesekretariat übertragen werden? Welche dem Sozialdienst? Wo entstehen unnötige Wartezeiten aufgrund schlecht koordinierter Prozesse? Welche Unterstützung kann eine elektronische Krankengeschichte bieten (Anmeldewesen, Zugriff auf alte Berichte, Generieren von Vorlagen für neue Berichte, Zugriff aufs Labor von jedem Raum aus usw.)? Wie ist das Vorschlagswesen organisiert, bestehen festgelegte Abläufe, wie die Ideen der Mitarbeiter/innen aufgenommen und bearbeitet werden? Hier besteht viel Optimierungspotential. Es ist sicher nicht sinnvoll und auch nicht kosteneffektiv, die reduzierten Arbeitszeiten einzig mit der Schaffung zusätzlicher Weiterbildungsstellen umsetzen zu wollen. Denn mit der Verbesserung der Prozesse, Entlastung in der Administration und mit zeitgemässen Mitwirkungsmöglichkeiten kann auch die Arbeitszufriedenheit nachweislich verbessert werden.