



1 Einleitung

Erholung wird als Pause von Anstrengung verstanden, in der sich Menschen regenerieren können und der Organismus sich wieder auf einen bestimmten Ausgangszustand stabilisieren kann (Meijman & Mulder, 1998). Um Beanspruchungsfolgen durch Arbeit rechtzeitig entgegenwirken zu können bzw. diese zu puffern, spielt zeitnahe Erholung, d.h. Regeneration während der Arbeit (Pausen) und werktägliche Erholung in der arbeitsfreien Zeit eine zentrale Rolle (Trogakos & Hideg, 2009). Im Gegensatz zu Auswirkungen regelmäßiger Erholung (Rook & Zijlstra, 2006) zeigen Studien, dass die positiven Auswirkungen von Urlaub auf das Wohlbefinden relativ schnell verschwinden (überblicksartige Darstellung siehe De Bloom et al., 2009). Zum anderen führt unzureichende Erholung dazu, dass die negativen Auswirkungen von Arbeitsbeanspruchung sich aufsummieren und damit langfristig zu Krankheiten und anderen chronischen Stressfolgen wie z. B. Burnout führen können (McEwen, 1998; Meijman & Mulder, 1998; Sluiter et al., 1999).

Schichtarbeit, Bereitschaftsdienste und Wochenenddienste gehören nach wie vor zu den Basismerkmalen im ärztlichen Dienst (Krankenhausbarometer, 2005; Marburger Bund, 2011). Somit stellen lange und unregelmäßige Arbeitszeiten im Arbeitskontext Krankenhaus eher die Regel als eine Ausnahme dar (Rosta, 2007, Marburger Bund, 2011). Die von der Normalarbeitszeit stark abweichenden Arbeitszeitstrukturen beeinflussen sowohl die für Erholung verfügbare Zeit (Quantität) als auch die Qualität der Erholung (Geurts & Sonnentag, 2006).

Nach aktuellem Stand der arbeitswissenschaftlichen Forschung sind lange und unregelmäßige Arbeitszeiten mit erhöhter Ermüdung und erheblichen Risiken wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbunden (van der Hulst, 2003). Ein wesentliches Problem in diesem Zusammenhang ist, dass der psychophysisch objektive Ermüdungsverlauf kaum mit dem subjektiven Empfinden von Müdigkeit einhergeht (Nachreiner, 2009), der Erholungsbedarf im Verlaufe der Ermüdung jedoch exponentiell zunimmt (Schmidtke, 1965; Semmer, 2009).



Die Arbeitszeitregel Opt-out, die eine optionale Verlängerung der wöchentlichen Arbeitszeit ohne Freizeitausgleich auf aktuell bis zu 58 Stunden ermöglicht, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Bereitschaftsdienst fällt, ist vom Gesetzgeber unter Einhaltung bestimmter Voraussetzungen als Sonderregelung laut Arbeitszeitgesetz (ArbZG) vorgesehen und somit legitimiert (§ 7 ArbZG). Die objektiv erhöhten Risiken langer Arbeitszeiten werden im Rahmen der gesetzlichen Regelung zu Opt-out berücksichtigt, so dass diese als allgemein vertretbar gelten. Erst wenn Opt-out nachgewiesenermaßen erforderlich ist (Prüfung alternativer Arbeitszeitmodelle), eine Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung erfolgt ist und gegebenenfalls daraus resultierende Maßnahmen zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes eingeleitet worden sind, kann Opt-out als Arbeitszeitregel angewendet werden.

1.1 Ziel der Arbeit

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollte untersucht werden, inwieweit sich die vom Gesetzgeber erlassenen Schutzbestimmungen der Arbeitszeitregel Opt-out in der Sicht von Ärztinnen und Ärzte wiederfinden. Dafür galt es zu überprüfen, welche Einflussfaktoren für die eigene Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten gesehen werden und welche Rolle der eigenen Person zugeschrieben wird. Insbesondere sollte untersucht werden, ob die mit Opt-out verbundenen Risiken bekannt sind und inwieweit dieses Wissen im ärztlichen Alltag berücksichtigt wird bzw. berücksichtigt werden kann. Die Berufserfahrung und das Praktizieren von Opt-out wurden als mögliche Einflussfaktoren berücksichtigt. Zusätzlich sollten Gestaltungsansätze sowie praktische Implikationen vorgestellt und diskutiert werden.

1.2 Hintergrund der Arbeit

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen eines Kooperationsprojektes des Universitätsklinikums Freiburg und der Abteilung für Arbeits- und Organisationspsychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (Laufzeit 2008 bis 2010). Ziel des Projektes war die gesetzeskonforme Umsetzung der Arbeitszeitregel Opt-out unter Berücksichtigung der Interessen und Erwartungen optierender Ärztinnen und Ärzte.



1.3 Gliederung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in drei Abschnitte: Im ersten Abschnitt (Kapitel 2 bis Kapitel 4) werden anhand der überlangen und unregelmäßigen Arbeitszeiten von Krankenhausärztinnen und –ärzten Aspekte der Arbeitszeitgestaltung sowie wichtige Erkenntnisse arbeitswissenschaftlicher Forschung vor dem Hintergrund eines arbeitspsychologischen Prozessmodells erläutert. Im zweiten Abschnitt (Kapitel 5 und Kapitel 6) werden zwei Fragebogenstudien vorgestellt, welche die Beziehung zwischen der Arbeitsbelastung im Krankenhaus und gesundheitlichem Befinden aus Sicht der Ärzte untersuchen. Der letzte Abschnitt (Kapitel 7 bis Kapitel 10) stellt eine Zusammenfassung und Diskussion der Studienergebnisse sowie deren Beitrag für Forschung und Praxis dar.

In der vorliegenden Arbeit werden, soweit möglich, weibliche und männliche Formulierungen verwendet. Mit der Formulierung Ärztinnen, Ärzte, Befragte, Kolleginnen und Kollegen sind im Ergebnisteil diejenigen Personen gemeint, die sich an den beiden Studien beteiligt haben.



2 Arbeitszeiten von Krankenhausärztinnen und -ärzten

Aus den Ergebnissen einer repräsentativen Mitgliederbefragung des Marburger Bundes im Herbst 2010 zur beruflichen Situation der angestellten und verbeamteten Ärztinnen und Ärzte geht hervor, dass die vollzeitbeschäftigten Befragten im Durchschnitt 55 Stunden pro Woche arbeiten, 36 Prozent leisten zehn und mehr Überstunden, einige der Ärztinnen und Ärzte mehr als 30 Überstunden pro Woche (vgl. Marburger Bund, 2011). Bei mehr als der Hälfte der Befragten (53%) wird die wöchentliche Höchstarbeitszeit nicht eingehalten, bei den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sind es 59 Prozent, die angeben regelmäßig mehr als 48 Stunden zu arbeiten. Durchschnittlich werden 4,7 Bereitschaftsdienste im Monat geleistet (Marburger Bund, 2011). In einer weiteren bundesweiten Befragung wird die durchschnittliche werktägliche Arbeitszeit bei vollzeitbeschäftigten Ärzten mit knapp 10 Stunden pro Werktag angegeben (Rosta, 2007). In der Befragung bestand bei 19 Prozent der Befragten eine deutliche Arbeitszeitbelastung (mindestens 10 Stunden Arbeit am Tag und/oder mindestens 6 Bereitschaftsdienste im Monat), vor allem im operativen Bereich (Rosta, 2007). In Abhängigkeit von der beruflichen Position ergaben sich bei den befragten Chef- und Oberärzten höhere Arbeitszeiten an den Werktagen und für die Assistenzärztinnen und -ärzte eine höhere Anzahl von Bereitschaftsdiensten im Monat (Rosta, 2007).

2.1 Ursachen überlanger und unregelmäßiger Arbeitszeiten

In einem Universitätsklinikum müssen Anforderungen an die Notfallmedizin und eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung gewährleistet sein. Nach wie vor gehören Schichtarbeit, Bereitschaftsdienste und Wochenenddienste zu den Basismerkmalen im ärztlichen Dienst (Krankenhausbarometer, 2005). Neben der Arbeit mit Patienten, die als Ursache von Belastung und Beeinträchtigung genannt wird (Brucks, 2003; Staechele et al., 2009), besteht der ärztliche Alltag zunehmend aus administrativen Aufgaben (Weißflog et al., 2005). Aus den Ergebnissen der bundesweiten Ärztebefragung des Marburger Bundes geht hervor, dass 18% der Befragten an ihrer Tätigkeit am meisten die Bürokratie stört, zudem wird der Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten in Universitätskliniken als besonders hoch eingeschätzt (Marburger Bund, 2011).



Nichtvorhandene bzw. unvollständige Unterlagen sowie häufige Arbeitsunterbrechungen im Krankenhausalltag stellen Hindernisse einer effizienten Aufgabenbewältigung dar und führen zu Mehrbelastungen (Herschbach, 1991; Peter & Ulich 2003; Ulich 2009). Veränderte wirtschaftliche Rahmenbedingungen (u.a. Einführung des abrechnungsrelevanten Klassifikationssystem Diagnosis Related Groups im Jahr 2003) führen zu einer Ökonomisierung stationärer und ambulanter Gesundheitsleistungen (Roeder, 2006) und somit zu kürzeren Verweildauern bei steigenden Fallzahlen. Gleichzeitig haben sich universitäre Klinikzentren in kleinere Abteilungen aufgespalten, die wirtschaftlich selbstständig arbeiten und zum Teil darauf angewiesen sind Drittmittel zu akquirieren, um die Patientenversorgung noch gewährleisten zu können (Görg, 2001). Die Arbeitsbelastung im ärztlichen Dienst wird als sehr hoch bewertet, u.a. bedingt durch unbesetzte Stellen; laut Marburger Bund fehlen im Durchschnitt 1,5 Arztstellen pro Abteilung (Marburger Bund, 2011). Eventuell bestehende Verpflichtungen zu Lehr- und Forschungstätigkeiten werden äußerst selten in ärztlichen Arbeitskapazitätsberechnungen berücksichtigt (Füllekrug, 2008). In der Befragung des Marburger Bundes gaben knapp 50% der Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung zum Facharzt an, dass die Arbeitsbedingungen es nicht ermöglichen, die Weiterbildung in der vorgegebenen Zeit zu absolvieren (Marburger Bund, 2011). Hinzu kommt, dass Bereitschaftsdienste häufig einem Normaldienst entsprechen und somit eine Fortsetzung der regulären Arbeit darstellen (Merkel et al., 2004; Wegner et al., 2002; Richter et al., 2002). Als Hauptursachen von Stress im ärztlichen Dienst werden in einem Artikel des Canadian Medical Association's Journals das hohe Arbeitsvolumen, zu wenig Schlaf, die Anforderungen von Lehre und Forschung, Angst vor Prozessen wegen Kunstfehlern sowie wachsende gesellschaftliche Forderungen genannt (Puddester, 2001). In Abbildung 1 werden die genannten Ursachen überlanger und unregelmäßiger Arbeitszeiten in Universitätskrankenhäusern stichwortartig zusammengefasst und visualisiert.

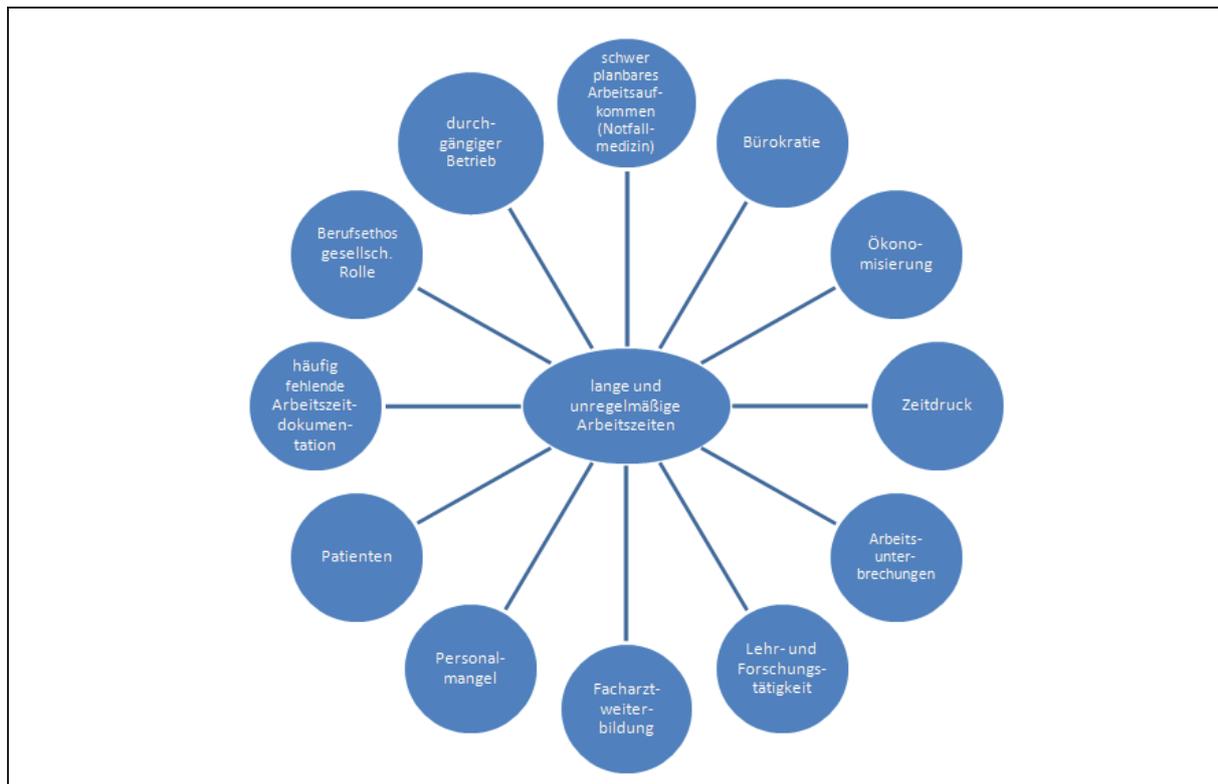


Abbildung 1: Ursachen überlanger und unregelmäßiger Arbeitszeiten in Universitätskrankenhäusern. Quelle: Eigene Darstellung.

2.2 Die Arbeitszeitregel Opt-out

In der europäischen Richtlinie zur Arbeitszeit (Richtlinie 93/104/EG über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung, 1993) sind EU-weite Regelungen zur Arbeitszeit formuliert, um die Sicherheit und den Gesundheitsschutz von Arbeitnehmern zu gewährleisten. Die Richtlinie sieht für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eine Höchstarbeitszeit von 48 Wochenstunden einschließlich der Überstunden, Ruhezeiten und –pausen vor. Artikel 18 der EU-Richtlinie stellt den Mitgliedstaaten frei, die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden nicht anzuwenden, sofern bestimmte Bedingungen erfüllt sind (sogenanntes Opt-out). Der Europäische Gerichtshof entschied 2003 (EuGH, 2003), dass entsprechend der Richtlinie 93/104/EG Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit anzusehen ist. Als Reaktion auf dieses Urteil wurden zum 01.01.2004 kurzfristig entsprechende Änderungen in das deutsche Arbeitszeitgesetz eingefügt (Arbeitszeitgesetz, 1994). Bereitschaftsdienstzeiten sind somit in voller Länge als Arbeitszeit zu bewerten und auf die gesetzlichen Höchstarbeitszeiten pro Tag und Woche anzurechnen. Demnach haben Ärztinnen und Ärzte mit einer Vollzeitstellung laut Tarifvertrag 40 Stunden pro Woche zu arbeiten (Tarifvertrag für Ärzte an Universitätskliniken TV-Ä, 2010). Gemäß deutschem Arbeitszeit-



gesetz (ArbZG) sind maximal 48 Stunden pro Woche erlaubt (§ 3 ArbZG). Für darüber hinaus geleistete Arbeitszeit muss Freizeitausgleich stattfinden oder aber die zusätzlich zu leistende Arbeitszeit durch Sonderregelungen wie beispielsweise die Arbeitszeitregel Opt-out genehmigt sein (§ 7 Abs. 1 ArbZG).

2.2.1 Bereitschaftsdienst

Im besonderen Teil für Krankenhäuser (BT-K) des Tarifvertrags des öffentlichen Dienstes wird Bereitschaftsdienst folgendermaßen definiert (vgl. Handlungshilfe Bereitschaftsdienst, 2006): Bereitschaftsdienst leisten die Beschäftigten, die sich auf Anordnung des Arbeitgebers außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit an einer vom Arbeitgeber bestimmten Stelle aufhalten, um im Bedarfsfall die Arbeit aufzunehmen. Der Arbeitgeber darf Bereitschaftsdienst nur anordnen, wenn zu erwarten ist, dass zwar Arbeit anfällt, erfahrungsgemäß aber die Zeit ohne Arbeitsleistung überwiegt (§ 45 Abs. 1 TVöD BT-K). Demzufolge kann Bereitschaftsdienst nur außerhalb der regulären Arbeitszeit angeordnet werden, wenn die durchschnittliche Arbeitsleistung maximal 49 % beträgt. Erst seit 2004 wird Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit angesehen (vgl. Richtlinie 93/104/EG und novelliertes Arbeitszeitgesetz, 1994). 2006 wurde diese Änderung in die tarifvertragliche Vereinbarung der Ärztinnen und Ärzte übernommen. Allerdings darf die durchschnittliche wöchentliche Höchstarbeitszeit im Zeitraum bis zu einem Jahr 48 Stunden nicht überschreiten (TVöD BT-K § 45 Abs. 5, TVöD Allgemeiner Teil § 6 Abs. 2 Satz 1). Bereitschaftsdienstzeiten sind ruhepausenpflichtig. Die Ruhezeit nach Ende der Arbeitszeit beträgt grundsätzlich 11 Stunden. Sie kann in besonderen Fällen auf 10 Stunden verkürzt werden, wenn innerhalb eines Kalendermonats diese Verkürzung durch eine Verlängerung von Ruhezeit (12 Stunden) ausgeglichen wird (§ 5 Abs. 2 ArbZG).



2.2.2 Voraussetzungen für Opt-out

Im Rahmen von § 7 ArbZG kann, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Bereitschaftsdienst fällt, unter den Voraussetzungen (1) einer Prüfung alternativer Arbeitszeitmodelle, (2) einer Gefährdungsbeurteilung gemäß § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG, 1996) und (3) der Durchführung von Maßnahmen zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes die tägliche Arbeitszeit auf über 10 Stunden hinaus ohne Ausgleich (Freizeit) verlängert werden. Für die Anwendung der Opt-out Regelung bedarf es der freiwilligen schriftlichen Zustimmung der betroffenen Beschäftigten (§ 45 Abs. 4 TVöD BT-K). Maximal ist mit Opt-out eine wöchentliche Höchstgrenze der Arbeitszeit bis zu 58 Stunden vorgesehen. Theoretisch sind mit der Anwendung von Opt-out somit pro Woche 91 Stunden Arbeitszeit möglich (168 Stunden minus 7×11 Stunden Ruhezeit). Davon müssten mit Opt-out Regelung mindestens 33 Stunden (wöchentliche Arbeitszeit bis zu 58 Stunden), ohne Opt-out Regelung 43 Stunden (durchschnittliche gesetzliche wöchentliche Höchstarbeitszeit 48 Stunden) kompensiert werden. Durch Tarifvertrag auf Landesebene kann in begründeten Einzelfällen eine durchschnittliche wöchentliche Höchstarbeitszeit von bis zu 66 Stunden vereinbart werden (TV-Ärzte § 10 Abs. 5).

2.2.3 Betriebliche Aspekte von Opt-out

Der Gesetzgeber sieht vor, dass, erst wenn die Notwendigkeit von Opt-out nachgewiesen wurde (Prüfung alternativer Arbeitszeitmodelle) und der Gesundheitsschutz der Ärztinnen und Ärzte gewährleistet ist (Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung plus gegebenenfalls daraus abgeleitete Maßnahmen), Opt-out als Arbeitszeitregel angewendet werden darf. Dies bedeutet, dass jede Ärztin und jeder Arzt mit Opt-out einem erhöhten Schutzbedürfnis unterliegt. Aus dem erhöhten Schutzbedürfnis resultiert, dass jede Klinikleitung verpflichtet ist, die Bedingungen und Voraussetzungen der Opt-out Fähigkeit der Klinik in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und gegebenenfalls zu optimieren.



2.2.4 Individuelle und persönliche Aspekte von Opt-out

Aus den gesetzlichen und tariflichen Rahmenbedingungen resultieren folgende individuelle und persönliche Aspekte (vgl. ArbZG, bzw. TV-Ärzte):

1. Jede Ärztin, jeder Arzt hat die Wahl, von Opt-out Gebrauch zu machen oder nicht (Aspekt der Freiwilligkeit).
2. Die Opt-out Erklärung darf keine Anlage zum Arbeitsvertrag darstellen.
3. Opt-out kann unabhängig vom Arbeitsvertrag innerhalb von sechs Monaten gekündigt werden (§ 7 Abs. 7 ArbZG).
4. Die Nichtabgabe oder der Widerruf der Opt-out Erklärung darf nicht zu einer Benachteiligung führen (§ 7 Abs. 7 ArbZG).
5. Für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes besteht Anspruch auf Arbeitsbedingungen, welche nach arbeitswissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen die Gesundheit nicht gefährden (§ 3 und § 5 ArbSchG).
6. Es besteht ein Anspruch auf arbeitsmedizinische Beratung und Versorgung (§ 6 Abs. 3 ArbZG).

Aus psychologischer Sicht stellt Opt-out somit einen individuellen, freiwilligen und bewussten, da informierten Verzicht der Ärztinnen und Ärzte auf wesentliche Schutzbestimmungen des Arbeitszeitgesetzes dar. Mit Opt-out wird auf eine Begrenzung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit und auf den Ausgleich von Mehrarbeit und somit auf Freizeit verzichtet. Aus dem erhöhten Schutzbedürfnis der ärztlichen Tätigkeit mit Opt-out resultiert, dass jede Ärztin und jeder Arzt verpflichtet ist, die Bedingungen und Voraussetzungen der eigenen Opt-out Fähigkeit in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und gegebenenfalls zu optimieren.

2.2.5 Stand der Verbreitung von Opt-out

Insgesamt gestaltete sich die Suche nach überprüfbaren Zahlen zur Verbreitung von Opt-out recht schwierig (u. a. telefonische Befragung der Personalverantwortlichen in verschiedenen Universitätskrankenhäusern). Aussagekräftig erwies sich die im Krankenhausbarometer 2008 (Blum et al., 2008) veröffentlichte Angabe, dass bezogen auf die Gesamtzahl der Beschäftigten im Ärztlichen Dienst rund die Hälfte (49%) der Ärztinnen und Ärzte inzwischen von Opt-Out Gebrauch macht.