

Wolfgang M. Evers, Dietrich J. von Klein, Rolf A. Kromat-Häckel

Gesundheitliche und soziale Folgen der Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten.*

* Aufgrund der z.Zt. laufenden Klagen von Krankenhausärzten und der sich häufenden massiven Proteste von Krankenpflegepersonal gegen ihre Arbeitsbedingungen, insbesondere die Regelung der Bereitschaftsdienste (BD) und der Nachtdienste gab die Bezirksverwaltung Berlin der Gewerkschaft ÖTV Frieder Naschold, Direktor am Wissenschaftszentrum Berlin, den Auftrag zur Erstellung eines wissenschaftlichen Gutachtens über: „Auswirkungen von Nachtarbeit und Bereitschaftsdienst auf den Gesundheitszustand von Arbeitnehmern im Gesundheitswesen, sowie Auswirkungen auf die Patientenbetreuung.“ Dem ehrenamtlichen Beirat, der die Erstellung des Gutachtens betreute, gehörten Wolfgang Bolm, Dieter Borgers, Wolfgang Fritz, Rainer Gensch, Constanze Jacobowski, Frieder Naschold und Rolf Rosenbrock an. In diesem Gutachten werden auch die Arbeitsbedingungen des Krankenpflegepersonals untersucht, die in diesem Aufsatz jedoch unberücksichtigt bleiben.

Fragestellung

Tausende von Krankenschwestern und -pflegern sowie Ärzten müssen jede Nacht arbeiten, um die notwendige Kontinuität der Behandlung und Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Sie tun dies unter den spezifischen Anforderungen, die kranknenbetreuende Tätigkeit in der Organisationsform des Krankenhauses mit sich bringt.

Angesichts der laufenden Veränderungen dieser Anforderungen und vor dem Hintergrund der Tatsache, daß Krankenhausärzte in verschiedenen Städten der Bundesrepublik und in Westberlin gegen ihre Arbeitsbedingungen, insbesondere gegen die Bereitschaftsdienstregelungen, vor Arbeitsgerichten Klage erhoben haben, stellt sich die Frage nach den gesundheitlichen Auswirkungen von Nachtarbeit und Bereitschaftsdienst auf den Gesundheitszustand von Arbeitnehmern im Krankenhaus und den Auswirkungen dieser Dienstformen auf die Versorgung und Betreuung der Patienten.

Herkömmliche Betrachtungen dieses Problemkomplexes beschränken sich zumeist auf einen relativ engen arbeitsmedizinischen und arbeitswissenschaftlichen Ansatz, der auf der Entstehungsseite nur einige ausgewählte Anforderungen in die Erfassung der Belastungen einbezieht und auch die Auswirkungen auf die Betroffenen nur hinsichtlich weniger, meist physiologisch faßbarer Größen berücksichtigt.

Demgegenüber weisen neuere Studien verstärkt daraufhin, daß die Isolierung einzelner Anforderungsfaktoren als Belastungen oder auch deren additive Berücksichtigung nicht ausreichen, um die Belastungssi-

tuation zu kennzeichnen oder gar zu messen. Aber auch hinsichtlich der Wirkung von Belastungen setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, daß es notwendig ist, mehr als die unmittelbar physiologisch faßbaren Beanspruchungen zu erfassen. Anzustreben ist die Berücksichtigung der kumulativen Wirkung verschiedenartiger Anforderungen mit dem Ziel einer integrierten Belastungsanalyse. Auf der Wirkungsseite müssen – will man neben der Ausführbarkeit und Erträglichkeit von Tätigkeiten zu Urteilen über die physische, psychische und soziale Zumutbarkeit kommen – außer den manifesten arbeitsbedingten Erkrankungen auch Befindlichkeitsstörungen sowie Beeinträchtigungen des psychischen und sozialen Wohlbefindens in die Analyse einbezogen werden. Erfahrungen aus anderen Bereichen, namentlich der IG Metall, belegen die Notwendigkeit und die Fruchtbarkeit einer solchen erweiterten Betrachtungsweise.

Auswirkungen überlanger Dienste

Dem von Ärzten geleisteten Bereitschaftsdienst (BD), der in der Regel zwischen normalen Tagesdiensten geleistet wird, kommt größte Bedeutung zu (Wegner, 1978). Die Bereitschaftsdienststufe D, mit einer regelmäßigen Arbeitsleistung von bis zu 49%, ist gemäß dieser Untersuchung die häufigste Dienstform. Dieser BD wird von den befragten Ärzten im Mittel 5,5 Mal im Monat geleistet. (Costas 1980, Peitsch 1979) Dies bedeutet, daß Krankenhausärzte 5–6 Mal im Monat durchschnittlich 31,5 Std. im Dienst sind, bei einer nominellen Arbeitsleistung von 25 Std. Die wöchl. Gesamtarbeitszeit summiert sich im Mittel auf 61 Std. (Wegner 1978, Costas, 1980)¹ Leisten Krankenhausärzte 5–7 BD im Monat, so kommen sie der Nachtarbeitsbelastung von Wechselschichtarbeitern im Dreischichtsystem (ca. 7,5 Nachtschichten im Monat) sehr nahe. Bedenkt man, daß der Arbeitsanteil von 49% im BD Stufe D häufig überschritten wird (Wegner, 1978), vorhandene Pausen keine ausreichende Erholung zulassen, der Arzt sich im Gegensatz zum Wechselschichtarbeiter nach der Nachtarbeitszeit nicht erholen kann und seinen normalen Tagdienst ableistet, so erscheint die Nachtarbeitsbelastung von Ärzten der von Wechselschichtarbeitern durchaus vergleichbar. Folglich sind die Untersuchungen über Befindlichkeitsstörungen und Krankheit bei Nachtschichtarbeitern auch für Ärzte mit 5–7 BD im Monat von Bedeutung. Ungeachtet der noch bestehenden Forschungslücken läßt sich aus den Ergebnissen der Nachtarbeitsforschung insgesamt feststellen:

- daß Nachtarbeit mit hoher Wahrscheinlichkeit einen krankheitsrelevanten Risikofaktor darstellt,
- daß dieses Risiko durch hinzukommende Belastungen erheblich verschärft werden kann,

- daß die unter Mehrfachbelastung stattfindende Nachtarbeit neben dem Erkrankungsrisiko auch die Fehlerwahrscheinlichkeit erhöht,
- daß das Bewußtsein der Wahrscheinlichkeit von Fehlern einen erneuten Belastungsfaktor darstellt.²

Aus einer Reihe von Untersuchungen ergeben sich konkrete Hinweise für die Verursachung von psychischen Störungen und Magen-Darmerkrankungen durch Nacht- und Schichtarbeit (im Zusammenwirken mit anderen Belastungsfaktoren) (Akerstedt, Torsvall, 1978, Meers, 1978, Nachreiner, Rutenfranz, 1978, sowie Forschungsbericht Schichtarbeit in der BRD) Aus spezifischen Untersuchungen an Ärzten geht hervor, daß

1. sie erheblich häufiger in psychiatrische Kliniken eingewiesen wurden, als es gemäß ihrer Zahl in der Bevölkerung (*Brook*, 1967) und im Vergleich zu sozioökonomisch vergleichbaren Gruppen zu erwarten wäre (*Vaillant*, 1972),

2. ihre Selbstmordhäufigkeit statistisch signifikant höher als die der Durchschnittsbevölkerung ist, nach einer englischen Statistik 2,5 Mal so hoch. In der Altersgruppe zwischen 25 und 39 Jahren betragen bei Ärzten Selbstmorde 26% aller Todesfälle, dies ist somit sogar 3 Mal höher als in der Durchschnittsbevölkerung (*De Sole*, 1969),

3. sie gegenüber Vergleichsgruppen eine besonders suchgefährdete Gruppe darstellen (*Murray*, 1974), Alkoholismus steht hier gefolgt von Medikamentenabhängigkeit an erster Stelle,

4. sie sich häufiger einer Psychotherapie unterziehen als vergleichbare Bevölkerungsgruppen (*Vaillant*, 1972),

5. sie bedeutend mehr unter Ängsten leiden als in der Durchschnittsbevölkerung festgestellt (*Crammond*, 1969),

Als Gründe für diese Auffälligkeiten wurde von den Ärzten genannt:

1. Überarbeitung, Übermüdung,
2. Angst vor therapeutischen und diagnostischen Fehlern,
3. Gefühle, den Berufsanforderungen nicht gerecht zu werden. (*Crammond*, 1969).

Die Auswirkungen dieser Belastungsdimensionen und die mit ihnen verknüpften instrumentellen und interaktiven Handlungskompetenzdefizite des Arztes werden z.B. als „Ausgebranntsein“ („Bourn-out-Syndrom“, *Maslach, Freudenberg*, 1978) verbunden mit einer Reihe von Befindlichkeitsstörungen beschrieben.

Ob das vermehrte Auftreten v.a. psychischer Erkrankungen bei Ärzten ursächlich auf Belastungen aus ihrer Arbeit unter Einschluss des Bereitschaftsdienstes zurückzuführen ist, läßt sich beim derzeitigen Stand der Forschung allerdings nicht schlüssig beantworten. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und manifesten chronischen Erkrankungen bei Krankenhaus-Ärzten (physischen wie psy-

chischen) liegt zwar als Hypothese nahe, kann aber nicht im strengen Sinne als bewiesen gelten, da 1. die Spitzenbelastungen durch Dienstformen wie den Bereitschaftsdienst in aller Regel in einer Altersstufe ertragen werden, in der solche Erkrankungen noch nicht ausbrechen und die Spätfolgen noch nicht untersucht sind und da 2. Ärzte, die sich solchen Belastungen nicht gewachsen fühlen, frühzeitig aus dem Krankenhaus und häufig auch aus ihrem Beruf ausscheiden.

Bereitschaftsdienste mit bis zu 32 Stunden Arbeitszeit führen jedoch eindeutig zu Störungen der gesundheitlichen Befindlichkeit (dauernde Übermüdung, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Störungen des Magen-Darm-Traktes, nervöse Störungen, subjektive Arbeitsunzufriedenheit), deren langfristige Folgen noch nicht abzuschätzen sind.

So kommt erstmals 1965 eine Untersuchung des Schlafs von BD leistenden Ärzten zu dem Ergebnis, daß diese Ärzte ein durch Erholung und Urlaub nicht zu kompensierendes Schlafdefizit kumulierten. (Masterton, 1965) Eine Untersuchung von Friedman et al. (1971) ergab, daß Ärzte in unausgeruhtem Zustand während und nach BD signifikant weniger Emotionen, Vitalität, Freude, Selbstbewußtsein und soziale Ansprechbarkeit und signifikant mehr Erschöpfung erlebten. Diese Ärzte berichteten über Denkschwierigkeiten, Depression, Hypererregbarkeit, Depersonalitätsgefühl u.ä. als direkte Folge von Übermüdung und BD. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen die Untersuchungen von Mc Manus 1977, Poulton et al. 1978, Wilkinson, 1977, Friedmann et al. 1971, 1973. Störungen der Befindlichkeit, nervöse Störungen u.a. als Folge der überlangen Dienstzeit ergaben sich auch in der von uns durchgeführten Befragung BD-leistender Krankenhausärzte.

Das durch den BD entstehende Schlafdefizit führt in der Regel zu einer beträchtlichen Minderung der Leistungsfähigkeit der Ärzte. So ergaben Untersuchungen

- signifikante Differenzen in der Leistungsfähigkeit der Ärzte, je nachdem ob sie ausgeruht oder durch BD erschöpft waren (Friedmann 1971, 1973),
- subjektive Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch Schlafdeprivation während des BD (Friedman et al. 1971, 1973, Wegner 1978),
- eine besondere Einschränkung des sozial-emotionalen und kommunikativen Kontaktes mit dem Patienten als Folge von Erschöpfung im BD (Friedman 1971),
- konkrete Fehler in der ärztlichen Tätigkeit als Folge fehlenden Schlafs (Wilkinson 1975),
- negative Beeinträchtigung der Beziehung zum Patienten durch überlange Dienstzeiten, (Mc Manus 1977) und allgemeine Einschränkung, Interesse für den Patienten zu zeigen (Wilkinson 1975).

Insgesamt führen die Belastungen überlanger Dienste zu einer erhöh-

ten Fehlerwahrscheinlichkeit mit bedrohlichen Konsequenzen für den Patienten. Das Bewußtsein der erhöhten Fehlerwahrscheinlichkeit wird von den Ärzten als zusätzliche Belastung erlebt. (Wilkinson 1975, Poulton 1978). Zu diesen negativen Auswirkungen des BD treten manifeste Störungen der sozialen Befindlichkeit hinzu, die das Maß des Zumutbaren übersteigen. Neben der Unmöglichkeit sozial befriedigender Umweltkontakte treten Störungen des Familienlebens und Beeinträchtigungen notwendiger Fortbildung.

In der Untersuchung von C. *Mc Manus* (1977) empfanden sich die befragten Ärzte durch ihre überlangen Dienstzeiten in ihren gesamten außerberuflichen Aktivitäten, sowie der Möglichkeit fachlicher Weiterbildung erheblich eingeschränkt. Übereinstimmend stellten die Untersuchungen von *Wilkinson* (1975) die negativen Folgen der überlangen Arbeitszeit auf das soziale Leben der Krankenhausärzte fest. Insgesamt wurde von den befragten Ärzten ein Mangel an sozialem Leben überhaupt beklagt. Der größte Teil der „Freizeit“ besteht oft in der Erholung vom erschöpfenden Arbeitsalltag. Nicht nur die persönlichen Beziehungen zu den Familienangehörigen werden durch das Arbeitszeitregime als in Mitleidenschaft gezogen angesehen, sondern auch der Kontakt zu den Kollegen und zum Pflegepersonal.

Der Anteil der befragten Hamburger Krankenhausärzte, die trotz BD genügend Zeit für die Familie bzw. ein Hobby fanden, beträgt nach *Wegner* nur 29%. Der größte Teil der Ärzte gab an, daß ihnen nur wenig Zeit für Familie und Hobby zur Verfügung steht (63%). Daß diese Einschränkungen auch für den zeitaufwendigen und für Ärzte immer wieder geforderten Bereich Fortbildung gelten, ist zumindest stark anzunehmen. Aus der Untersuchung *Elliot* (1978) geht hervor, daß die Arbeitsüberlastung der Krankenhausärzte erhebliche negative Auswirkungen auf das Familienleben hatte. Insbesondere fühlten sich die Frauen der Ärzte dadurch überfordert, daß sie die gesamte Verantwortung für die Familie allein erfüllten und sich in sozialen Aktivitäten eingeschränkt fühlten. Die befragten Ärzte hingegen entwickelten Schuldgefühle aufgrund der eingeschränkten familiären Aktivitäten.

Zur Problematik der psychosozialen Dienstleistungen

Neben der Vernachlässigung dieser negativen Folgen überlanger Dienste in einseitigen arbeitsphysiologischen Ansätzen (s. weiter unten) stellt auch der Umgang mit sozialen und psychischen Problemen der Patienten einen bisher vernachlässigten Belastungsfaktor krankenhaussärztlicher Tätigkeit dar.

In den Diskussionen um eine verbesserte Arbeitsgestaltung im Krankenhaus, der Forderung nach „Humanisierung des Krankenhauses“,

werden in den letzten Jahren vermehrt „psychosoziale Dienstleistungen“ der Ärzte und des Krankenpflegepersonals gefordert. Dies wird aus Erkenntnissen der Krankenhaussoziologie und der psychosomatischen Medizin abgeleitet. Danach ergibt sich durch die Krankenhausaufnahme eine psychosoziale Entwurzelung des Patienten, eine „relative Entpersönlichung“ und „relative Infantilisierung“ (s. *Rohde*, 1975). Unter anderem machen diese Probleme „psychosoziale Dienstleistung“ notwendig.

In einer umfassenden Auslegung bezieht sich der Begriff auf die gesamte soziale Situation des Patienten, d. h. auf seine Krankheit in ihrer komplexen Wechselwirkung mit dem unmittelbaren und weiteren Umfeld des Patienten, wie Familie, Arbeitsplatz, Freizeit etc., sowie deren innerer psychischer Widerspiegelung. Danach zählen zur psychosozialen Betreuung der Patienten folgende, sicherlich nicht vollständigen Arbeitsaufgaben:

- krankheits- und krankenhausbedingte Ängste im Gespräch abzubauen,
- dem Patienten ausreichende Information über die Diagnose- und Therapiemöglichkeiten geben,
- Beteiligung des Patienten an Entscheidungen über den Behandlungsverlauf, ggf. unter Einbeziehung der Angehörigen,
- Information über die Struktur des Krankenhauses und die Funktion der einzelnen Mitarbeiter zu geben,
- Kennenlernen der Arbeitsbedingungen der Patienten, um so eine tätige Mitarbeit der Patienten am Gesundungsprozeß fördern zu können,
- Unterstützung des Patienten in seinem Kontakt mit der sozialen Umwelt.

Dieser Gegenstandskatalog psychosozialer Betreuung steht jedoch im krassen Widerspruch zu den Veränderungen krankenhausärztlicher Tätigkeit in den letzten Jahren. So kommt die Untersuchung von *E. Girth* et. al. über die Veränderung krankenhausärztlicher Tätigkeit an einigen ausgewählten Krankenhäusern im Raume Frankfurt zu folgenden Ergebnissen:

1. Durch steigende Patientenzahlen und die Verkürzung der allgemeinen Liegedauer hatte sich das Zahlenverhältnis Arzt pro Patient seit 1970 im Untersuchungsgebiet verschlechtert.

2. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen im Bereich der apparativen Medizin hatten drastisch zugenommen. Kaum eine dieser medizinisch-technischen Neuerungen sparte Arbeitskraft im Sinne von Rationalisierung ein, sie erfordern im Gegenteil mehr ärztliche und nichtärztliche Arbeitszeit.

3. Patientenferne Tätigkeiten, wie Befundung technischer Untersuchungen etc. hatten drastisch zugenommen. *Die Möglichkeit, Patienten psychosozial zu betreuen hatte sich durch die Technisierung der Medizin bei gleichbleibender Zahl der Arbeitsplätze verschlechtert.*

Daß die von vielen geforderte „psychosoziale Dienstleistung“ im Krankenhaus noch keinen Niederschlag in arbeitswissenschaftlichen Untersuchungen gefunden hat, belegt eine Literaturanalyse von H. Jung (1979) der verschiedene Untersuchungen auf die Abbildung und Berücksichtigung psychosozialer Dienstleistungen ausgewertet hat. Nach Jung gilt als Grundproblem bei der Erfassung der psychosozialen Betreuung, „daß sie weder als Lehrinhalt in den Ausbildungsgängen noch bewußt beim Personal als Tätigkeit vorhanden ist.“ (Jung, 1979, S. 279)

Die psychosoziale Betreuung wird in den meisten Arbeitsablaufuntersuchungen als versteckter Bestandteil in den allgemeinen Pflegeangeboten angesehen, sie wird in den bisherigen Tätigkeitskatalogen des Krankenhauspersonals weder quantitativ noch qualitativ ausreichend erfaßt. Vermehrte psychosoziale Leistungen können vom Arzt auf diesem Hintergrund nicht erbracht werden. Im Gegenteil stellt die Notwendigkeit neben der Erfüllung rein somatischer Patientenbedürfnisse, auch psychosoziale Dienstleistungen zu erbringen, eine vermehrte Belastung für den Krankenhausarzt dar. Folgende Belastungsmerkmale ergeben sich aus dem Umgang mit kranken Menschen:

1. Konfrontation mit schweren Krankheiten und Verletzungen.
2. Umgang mit (durch Krankheit verursachten) regressivem Verhalten von Patienten.
3. Objektverluste durch den Tod von Patienten.
4. Hilflosigkeit angesichts schwerer Rückfälle oder Erkrankungen ohne Aussicht auf Heilung.

(vgl. D. Weber, 1975; Freyberger et al., 1974; B. Porschek et al., 1975).

Diese Aussagen gehen einher mit den Ergebnissen mehrerer Untersuchungen der Psychologen Maslach und Freudenberg, die die psychischen Auswirkungen des dauerhaften Umgangs von professionellen Helfern mit schwierigen Menschen als „burn out“³ Syndrom bezeichnen. „Burn out“ ist hier zu übersetzen mit „völlig ausgebrannt“, der Helfer kann eigentlich nichts mehr geben. Nach Maslach führt enger überfordernder Kontakt mit Patienten, der Umgang mit ihren schwierigen Problemen, chronischen Krankheiten, Enttäuschungen und Hilflosigkeit auf dem Hintergrund langer Arbeitszeiten und Zeitdruck zu einem „Ausgebranntsein“, das sich in Erschöpfung, Zynismus und Resignation äußert.

Auf der Grundlage von mehr als 200 Interviews mit Angehörigen

helfender Berufe beschreiben die Autoren das Syndrom als mit Depressionen und hoher Suchtgefährdung verbunden. (*Maslach, 1978; Freudenberg, 1974*). Je länger dieser interaktive Streß anhält, desto häufiger soll das „burn out“-Syndrom auftreten. *Maslach* sieht die Erklärung für das „burn out“-Syndrom nicht in einer Persönlichkeitsschwäche des Helfers oder mangelnder Berufseignung, sondern in erster Linie in den schlechten Arbeitsbedingungen, unter denen auch sehr gute Kräfte versagen müssen. (*W. Bolm, 1979*)

In den vorliegenden Untersuchungen fehlen Arbeiten, die die vielfältigen Auswirkungen von Nacht- und Bereitschaftsdienst in ihrem kumulativen Zusammenwirken mit diesen psychosozialen und übrigen Anforderungen der Krankenhausarbeit deutlich machen. Um dieses Defizit ansatzweise aufzuzeigen, wurde von uns eine Reihe von Intensivinterviews mit betroffenen Krankenhausärzten durchgeführt.

Ergebnisse der Interviews mit betroffenen Krankenhausärzten

Die vorangehenden Ausführungen zeigen, daß die Problematik von überlangen Arbeitszeiten im Krankenhaus in der vorliegenden Literatur nur ungenügend dargestellt wird. Es finden sich keine Untersuchungen, die den Ansprüchen einer integrierten Belastungserfassung und Beanspruchungsbemessung dieser Dienstformen genügen würden. Diesen Mangel teilt der Untersuchungsbereich „Krankenhaus“ mit allen Bereichen lohnabhängiger Arbeit. Hieraus resultiert die Unmöglichkeit, strenge kausale Beziehungen zwischen den mannigfaltigen Belastungen der im Krankenhaus beschäftigten Berufsgruppen und ihren arbeitsbedingten Erkrankungen herzuleiten. Die Qualität der Patientenversorgung bleibt bei diesen Untersuchungen zumeist völlig außer Betracht. Dies hängt zum einen damit zusammen, daß grundsätzlich ein medizinisch-technischer und organmedizinisch ausgerichteter Qualitätsbegriff vorherrscht und die psychosoziale Betreuung unterbewertet wird. Zum anderen bleiben Untersuchungen zumeist auf die Auswirkungen bei den unmittelbar Betroffenen, den Ärzten, Schwestern und Pflegern beschränkt.

Aus diesen Mängeln ergab sich das Vorhaben, durch Intensivinterviews der betroffenen Beschäftigten eine größere Vielfalt von Problemdimensionen zu erkunden und damit empirisch zwar nicht fundierte, jedoch zumindest gestützte Hypothesen zu entwickeln. Hauptziel der Interviews war es, wesentliche Auswirkungen von Nachtarbeit im Krankenhaus unter dem Blickwinkel eines integrativen Belastungskonzeptes herauszufinden, zu systematisieren und in ihrer Bedeutung einzuschätzen.⁴ Die für die befragten Ärzte geltenden Arbeitszeitregelungen entsprachen im Wesentlichen den im Text weiter oben bereits dar-

gestellten. Als Anzeichen dafür, daß diese überlangen Arbeits- und Anwesenheitszeiten als belastend und leistungseinschränkend angesehen werden, können interne Regelungen gelten, die einen regelmäßigen früheren Schluß des zweiten Tagesdienstes zum Teil schon ab mittags, zum Teil aber auch nur gelegentlich eine Stunde vor Dienstschluß vorsehen. Auch wird von betroffenen Ärzten die Regelung des BAT SR 2 c 7 als Grundlage dafür genannt, daß ein Tagesdienst vorzeitig abgebrochen wird. Andererseits gaben Befragte an, daß sie den folgenden Tagesdienst stets vollständig ableisteten, weil interne Regelungen bezüglich eines vorzeitigen Dienstschlusses nicht bestünden oder auch ein gewisser „Ehrgeiz zum Durchhalten“ da sei.

Nach Angaben der Befragten kommt es so gut wie gar nicht vor, daß ein Arzt seinen Bereitschaftsdienst abbricht, was ja eine kurzfristige – und die Kollegen belastende – Vertretung erforderlich machen würde. Auch plötzlich auftretende Krankheiten oder große Erschöpfung führen nicht zu einem Abbruch von Bereitschaftsdienst. Dabei ist zu bedenken, daß sich Arbeitssituationen im Bereitschaftsdienst ergeben, in denen nach 15 bis 20 Stunden Arbeit der dienstleistende Arzt total erschöpft ist und anfallende Aufgaben nicht mehr einwandfrei erfüllen kann.

Es kommen arbeitsreiche Nächte vor, in denen nur kurz (2–4 Stunden), nicht im Zusammenhang oder auch gar nicht geschlafen werden kann. Andererseits werden auch Schlafzeiten von 6–7 Stunden erreicht, die nicht durch Arbeitsanfall unterbrochen sind. Die Schlafqualität allerdings ist häufig schlecht. Zum ersten führen Störungen oder deren Erwartung zu einem leichten, wenig erholsamen Schlaf, zum zweiten schränken ungünstige Bedingungen wie unbequeme Betten, überhitzte oder zu kleine Schlafräume oder weit entfernte sanitäre Einrichtungen die Güte des Schlafes bzw. der Erholung ein.

Der Aufgabenumfang und die Verantwortlichkeit ist im Bereitschaftsdienst in den meisten Fällen gegenüber dem Tagesdienst erweitert. Dies ist insbesondere erkennbar an der erhöhten Patientenzahl und den zusätzlich zu betreuenden Stationen. Die Zahl der von einem Bereitschaftsarzt im stationären Bereich („Hausdienst“) zu versorgenden Patienten kann – je nach Fach bzw. Aufgaben – zwischen 50 und über 400 Patienten betragen. Gegenüber dem Tagesdienst sind fast immer mehr Patienten und mehr Stationen zu versorgen. Hinzu kommen in der Regel Aufnahmen und ambulante Behandlungen. Die Aufgaben während des Bereitschaftsdienstes umfassen neben Routinearbeiten auch unklare und überdurchschnittlich schwierige Fälle, für die eine erhöhte Leistungsbereitschaft erforderlich ist. Zu den wichtigsten Arbeitsbedingungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst im Krankenhaus zählt die Zusammenarbeit mit anderen während dieser Dienste. Dies

gilt für die Beratung mit Kollegen anderer Fachrichtungen umso stärker, als alle befragten Ärzte angeben, im Bereitschaftsdienst mindestens gelegentlich, zum Teil auch häufig Fertigkeiten und Kenntnisse zu benötigen, über die sie auf Grund ihrer fachspezifischen Ausbildung nicht verfügen. Als Beispiele dafür werden fehlende Kenntnisse der Kinderheilkunde, der Chirurgie, der Röntgenologie und der Neurologie von Angehörigen jeweils anderer Fachrichtungen genannt.

Ebenso hat die Kooperation mit dem Krankenpflegepersonal einen wichtigen Einfluß auf den Ablauf eines Bereitschaftsdienstes. Zu den erschwerenden Bedingungen des Bereitschaftsdienstes gehört auch, daß die Arbeit nicht planmäßig gestaltet werden kann. Ein Mangel an Überschaubarkeit wird von allen zehn Befragten in Bezug auf ihre Arbeit im Bereitschaftsdienst festgestellt. Ferner kann die Arbeit durch fehlendes Personal oder ungenügende Arbeitsgeräte erschwert sein. Die Verfügbarkeit moderner Geräte und moderner Methoden scheint im Bereitschaftsdienst gegenüber dem Tagesdienst wesentlich vermindert zu sein. In diesem Zusammenhang werden z. B. veraltete Röntgengeräte, Störanfälligkeiten und Bedienungsprobleme neuer Geräte genannt. Auch macht das Fehlen von Fachpersonal die Durchführung von Analysen zeitraubend, da die Bedienung etwa von Röntgengeräten oder EKG-Geräten durch die Ärzte selber vorgenommen werden muß. Einige Untersuchungen müssen deshalb völlig unterbleiben. Der ärztliche Bereitschaftsdienst im Krankenhaus wird von den befragten Ärzten als ein erhöhtes gesundheitliches Risiko empfunden. Zur Begründung dieser Einschätzung werden sowohl Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten als auch deren möglicherweise im Bereitschaftsdienst liegenden Ursachen genannt. Den in den Intensivinterviews geäußerten Meinungen über mögliche Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen Störungen und dem Bereitschaftsdienst im Krankenhaus kommt selbstverständlich keine endgültige Beweiskraft zu. Die Angaben können jedoch auf mögliche Zusammenhänge hinweisen.

Die interviewten Krankenhausärzte nannten folgende Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten, die bei ihnen oder auch bei anderen auf Grund von Belastungen im Bereitschaftsdienst aufgetreten sein können: Magen- und Darmstörungen; Schlafstörungen; Häufige Erkältungen; Kopfschmerzen; Nervosität, Reizbarkeit. Hervorzuheben ist auch der Tatbestand, daß Ärzte ihren Bereitschaftsdienst auch dann leisten, wenn sie selber erkrankt sind. Bei der Mehrzahl der Befragten war dies in den letzten 12 Monaten der Fall gewesen. Solange die Ärzte sich noch selber für arbeitsfähig halten, vermeiden sie es, anderen Kollegen ihre Krankheitsvertretung im Bereitschaftsdienst aufzubürden. Bei der Beurteilung der eigenen Krankheiten werden offensichtlich großzügige Maßstäbe angelegt und allein eine Erkältung oder eine Angina halten

nicht vom Arbeiten ab. Die langen Arbeitszeiten und die hohe Arbeitsbelastung im BD wirken sich erheblich im privaten Bereich aus. Die freie Zeit reicht selten aus, das permanente Schlafdefizit aufzuholen. Partnerbeziehungen sind stark belastet.

Gemeinsame Angelegenheiten müssen genau koordiniert sein wie z. B. die Versorgung von Kindern, häusliche Arbeitsteilung und Freizeitaktivitäten. Sind Kinder vorhanden, so müssen Ehepartnerinnen von Krankenhausärzten häufig auf eigene Berufstätigkeit verzichten oder Erschwernisse in der eigenen Ausbildung hinnehmen. Es wurde im übrigen in den Interviews in diesem Zusammenhang auch erwähnt, daß Partnerschaften von Krankenhausärzten mit Bereitschaftsdienst besonders instabil sind.

Bereitschaftsdienste wirken sich also durch ihre zeitliche Beanspruchung darüberhinaus in jedem denkbaren Freizeitbereich einschränkend aus, indem sie

- die Pflege und den Ausbau eines eigenen Bekanntenkreises erschweren,
- Mitarbeit in gesellschaftlichen Gruppen wie Gewerkschaften, Parteien und Bürgerinitiativen nicht oder nur unregelmäßig gestatten,
- Sport und Hobby-Aktivitäten erschweren,
- Teilnahme an beruflicher oder allgemeiner Fortbildung verhindern.

Dem zusätzlichen Einkommen, das der Bereitschaftsdienst mit sich bringt, stehen häufig erhöhte Ausgaben gegenüber.

Auswirkungen der Bereitschaftsdienstregelung auf die Patientenversorgung lassen sich insbesondere messen an den Einschätzungen der betroffenen Ärzte in Bezug auf ihre eigene Leistungsfähigkeit sowie an ihren Aussagen über mögliche Mängel der Patientenversorgung im Bereitschaftsdienst. Der durchschnittliche Leistungsverlauf von Ärzten während des Bereitschaftsdienstes⁵ weist darauf hin, daß bereits bei Beginn des Dienstes um 16 Uhr, d. h. nach einem mindestens 8-stündigen Tagesdienst die Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist („recht reduziert“, „nicht ausgeruht“, „etwas erschöpft“, „zunächst erholungsbedürftig“). Einen Tiefpunkt der Leistungsfähigkeit haben die meisten Ärzte nach Mitternacht. Wenn dieser „tote Punkt“ mit intensivem plötzlichem Arbeitsanfall zusammenfällt, dann können sich die „typischen Bereitschaftsdienstfehler“ ergeben:

- „Symptome werden nicht ernst genommen“.
- „Es wird etwas vergessen“.
- „Patienten werden nicht hinreichend informiert“.
- „Falsche Diagnose“.
- „Zu schnelle Entscheidungen“.
- „Medikamenteneinsatz zu breit“.

Neben der medizinischen Behandlung im engeren Sinne kommen auch Gespräche mit Patienten und Angehörigen (bei Neuaufnahmen) im Bereitschaftsdienst häufig zu kurz. Dies gilt insbesondere für die Nachtzeit, in der es auch vorkommt, daß Patienten „ignoriert“ oder „angeschnauzt“ werden. Ferner können sich leistungsmindernd auswirken, daß Fachpersonal und medizinische Untersuchungsanlagen nicht zur Verfügung stehen und daß nicht genügend Informationen über Krankheiten und Behandlungsmethoden der zu versorgenden Patienten zur Verfügung stehen.

Die folgenden negativen Punkte werden benannt:

- Die Bereitschaftsdienste dauern mit durchschnittlich 32 Stunden insgesamt zu lange und müssen zu häufig geleistet werden.
- Der ständige Schlafmangel, die folgende Übermüdung und ihre gesundheitlichen Folgen werden als besondere Belastung empfunden.
- Bei reduzierter Leistungsfähigkeit müssen Aufgaben mit erhöhten Belastungen wie z. B. mit mehr Verantwortung und mit stärkerem Entscheidungsdruck erfüllt werden. Die berufliche Gesamtbelastung wird insbesondere dadurch zu hoch.
- Die Freizeit ist zu kurz, um Schlafdefizite aufzuholen.
- Die Möglichkeiten für persönliche Entfaltung, Partnerbeziehungen, soziale Kontakte usw. sind stark eingeschränkt.

Als positiv werden angesehen:

- Der Einsatz im Bereitschaftsdienst vermittelt viel Praxiserfahrung und berufliche Routine. Die durch Vorschriften der Facharztausbildung vorgeschriebenen „Operationskataloge“ werden schnell erfüllt.
- Zeit für Gespräche mit Patienten ist häufig nur während des Bereitschaftsdienstes gegeben.
- Die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und dem Pflegepersonal im Bereitschaftsdienst wird gelegentlich als positives Erlebnis empfunden, da sich im Bereitschaftsdienst mehr Möglichkeiten als im Tagesdienst zu intensiveren persönlicheren Gesprächen bieten.

Positive Seiten der Bereitschaftsdienstregelung werden also zunächst darin gesehen, daß bestimmte negative Erscheinungen der Arbeitssituation im Tagesdienst nicht auftreten. Andere Dienstzeitregelungen würden diese positiven Seiten der Nachtarbeit im Krankenhaus im übrigen auch nicht aufheben.

Der durch den Bereitschaftsdienst mögliche Zusatzverdienst (von monatlich durchschnittlich 1000 DM brutto) ist nur von einem befragten Arzt ohne Einschränkungen als positiv und motivierend bewertet worden. Alle anderen äußerten eine Präferenz für eine normal lange Arbeitszeit bei Verzicht auf den Zusatzverdienst.

Angesichts der überwiegend negativen Einschätzung der Bereitschaftsdienstsituation ist es überraschend, daß 4 der 10 Befragten eine

langfristige Tätigkeit im Krankenhaus in Erwägung ziehen. Auch von diesen Befragten wird der Bereitschaftsdienst allerdings nur als „bittere Pille“ geschluckt und wird die Hoffnung auf eine Veränderung der Dienstzeitregelungen geäußert.

Ein arbeitsmedizinisches Gutachten – oder – Die Einseitigkeit eines rein arbeitsphysiologischen Belastungskonzepts

Die in den empirischen Untersuchungen festgestellten negativen Auswirkungen auf das Befinden der jeweiligen Ärzte durch überlange Dienste und auf die medizinische Versorgung der Patienten ist bei einigen Autoren umstritten.

So kommt beispielsweise der Verfasser des Artikels „Die müden Assistenten“ (Berliner Ärzteblatt, Jg. 92, Heft 14, S. 1–8) zu folgendem Schluß:

„Daß ein Arzt sich als „Gefahr für seine Patienten“ bezeichnet, weil er die Streß-Situation des Bereitschaftsdienstes hinter sich hat, ... sollte sofortiger Anlaß sein, diesen Kollegen zu empfehlen, seine Krankenhauslaufbahn zu beenden und sich nach einem ruhigeren Job umzusehen. Von einem Arzt wird nach wie vor erwartet, daß er sich für seine Patienten einsetzt und ihnen hilft.“

Dieser, wenn auch arbeitswissenschaftlich weniger relevante Artikel, gibt dennoch eine von vielen Seiten vertretene Meinung wider, daß nämlich nicht der immerhin zugestandene Arbeitsstreß für die höhere Krankheits- bzw. Suicidrate bei Ärzten und das Auftreten von Arbeitsfehlern verantwortlich ist, sondern das einzelne Individuum, das auf Grund seiner schlechten Konstitution oder mangelnden Einstellung für den ärztlichen Beruf ungeeignet sei.

Aber auch in arbeitsmedizinischen Gutachten sind die negativen Auswirkungen häufiger überlanger Bereitschaftsdienste umstritten, beispielhaft dafür ist das Gutachten des Berliner Arbeitsmediziners *Prof. G. Schäcke*, FU-Berlin, anläßlich des gerichtlichen Verfahrens des Chirurgen *Junghans* gegen die Hamburger Gesundheitsbehörde. In diesem Verfahren sollte durch ein arbeitsmedizinisches Gutachten geklärt werden, ob mehr als ein BD pro Woche auf Dauer zu einer Überlastung mit der konkreten Gefahr physischer und psychischer Ausfallerscheinungen führt, die zugleich zu Kunstfehlern gegenüber den Patienten führen können. Der Gutachter *G. Schäcke* (April 1978) kommt zu folgender abschließenden Beurteilung:

„1. Die Ableistung von mehr als einem, aber nicht mehr als zwei Bereitschaftsdiensten wöchentlich unter Berücksichtigung der Arbeitssituation des Herrn Dr. Junghans sowie gesicherter arbeitsmedizinischer Erkenntnisse führt nicht mit Wahrscheinlichkeit auf Dauer zu einer arbeitsmäßigen Überbelastung mit der konkreten Gefahr physischer und/oder psychischer Ausfallerscheinungen im

Sinne einer Erkrankung, die gleichzeitig die Gefahr von Kunstfehlern gegenüber den Patienten beinhalten könnte.

2. Die regelmäßige Freizeittätigkeit als Trompeter ist hierbei insofern von Bedeutung, als die durch die Freizeittätigkeit dargestellte Belastung absolut mit einer Belastung verglichen werden kann, die sich aus einem Bereitschaftsdienst ergibt. Die subjektive Beurteilung der inhaltlich verschiedenen Belastungen aufgrund einer unterschiedlich hohen Motivation hat hinsichtlich der Höhe der Beanspruchung keine entscheidende Bedeutung.“

Diese gutachterliche Einschätzung wird auch in einer zweiten Stellungnahme (*Schäcke*, August 1978) aufrechterhalten. Die Argumentation *Schäcke's* lautet dem Sinne nach so:

1. Die operative Tätigkeit führt nur zu einer mäßigen körperlichen Beanspruchung, die nicht einmal Trainigseffekt habe, gemessen an der Herzfrequenz. Die Herzfrequenz sei, verglichen mit biochemischen Streß-Indikatoren, ein guter Indikator auch für die psychomenteale Beanspruchung. Also liege die Gesamtbelastung der Operateure unterhalb der Überbelastungsschwelle. Die Argumentation gipfelt in der Behauptung:

„Absolut ist festzustellen, daß die Beanspruchung durch das Blasen einer Trompete mit der Beanspruchung durch einen chirurgischen BD verglichen werden kann.“ (*Schäcke*, 4/78, S. 14)

2. Weil im chirurgischen BD der Stufe D nur höchstens 49% der normalen Belastung erreicht werde und der Kläger im Durchschnitt nur 5,6 BD pro Monat leistet, könne die BD-Belastung qualitativ und quantitativ nicht mit der Belastung verglichen werden, die ein Erwerbstätiger während der Wechselschicht unterliegt. Außerdem liefere die Literatur keine

„konkreten Hinweise für eine zweifelsfrei höhere Krankheitsrate bei Wechsel-schicht- oder Nachtarbeitern.“ (*Schäcke*, 4/78, S. 14)

3. Ein Kausalzusammenhang zwischen der BD-Belastung und den Beschwerden des Klägers (Schlafstörungen, Nervosität, Verdrossenheit, Nachlassen von Arbeitsleistung und Arbeitsfreude) sei nach den allgemeinen medizinischen und arbeitsmedizinischen Erkenntnissen nicht wahrscheinlich zu machen, weil die Beschwerden nicht nachgelassen hätten, nachdem die durchschnittliche Zahl von BD des Klägers (1976= 1,59/Woche, 1977/78= 1,1/Woche) reduziert wurde. (*Schäcke*, 8/1978, S. 10)

Bei einer kritischen Würdigung dieses Gutachtens ergeben sich folgende Einwände:

ad 1) a) Die psychomenteale Beanspruchung durch den chirurgischen BD an einem einzigen biologischen Indikator messen zu wollen, entspricht in keiner Weise dem Erkenntnisstand der interdisziplinären Streßforschung. (*Bösel*, 1979, S. 109)

So schreiben u. a. *H. Strasser et. al.*, 1977 über die Herzfrequenz:

„Verschiedene Arbeitsgruppen konnten jedoch zeigen, daß dieser Parameter zur Objektivierung informatorischer Belastung häufig versagt. ...kann man feststellen, daß es *den* Beanspruchungsindikator nicht gibt. Wie es bspw. durch Leistungsmessungen allein nicht gelingt, die Beanspruchung zu quantifizieren, ist es auch nicht möglich, über die Beurteilung des Herzfrequenzverhaltens allein, die Sinusarrhythmie oder über psychologische „ratingscales“ diese ausreichend zu bewerten.“

b) Der Begriff „Überbelastung“ wird nicht definiert, die Grenze der Überlastung nicht empirisch ausgewiesen. Zudem beziehen sich die hierzu genannten Quellen auf arbeitsphysiologische Untersuchungen, sind also zur Beurteilung psychomentaler Beanspruchung ungeeignet.

c) Methodische und theoretische Mängel des Gutachtens werden offenbar in der absurden Behauptung über die Vergleichbarkeit der Beanspruchung durch Trompete spielen und BD. So kann man nur urteilen, wenn man zuvor den Begriff „Beanspruchung“ irrtümlich auf überdurchschnittliche Beschleunigung der Herzfrequenz eingengt hat und den Belastungsbegriff loslöst vom Gesamtzusammenhang. (Nach 8–24 Stunden Anwesenheit im Krankenhaus Notoperation durchführen vs. am Feierabend 3 Stunden in einer Jazzband spielen.)

ad 2) a) Wie bereits ausgeführt kommen 5,6 BD pro Monat der Nachtarbeitsbelastung von Wechselschichtarbeitern im Drei-Schichtsystem nahe, danach dürften die Forschungsergebnisse über Befindlichkeitsstörungen und Krankheit bei Nachtschichtarbeitern durchaus von Bedeutung für Ärzte im BD sein.

b) Die widersprüchlichen Ergebnisse über das Vorkommen von Krankheiten bei Schichtarbeit beruhen im wesentlichen darauf; daß in Querschnittsuntersuchungen die Tatsache des Abwanderns von Schichtarbeitern mit Beschwerden oder Störungen aus der Schichtarbeit und Nachtschichtarbeit nicht genügend berücksichtigt wurde. Trotz dieses Mangels, der zur Annahme einer irrtümlich niedrigen Krankheits- und Beschwerderate bei Schichtarbeitern führen muß, gelangen viele Untersucher zu dem Schluß, daß Schichtarbeit ein gesundheitlicher Risikofaktor für das Auftreten von Magen-Darm-Erkrankungen sei.

Darüberhinaus stellen *Tasto et al.* (1978) an über 1200 Krankenschwestern in Kalifornien fest, daß im Wechselschichtdienst Beschäftigte signifikant häufiger die Poliklinik aufsuchen mußten als Krankenschwestern im Tagdienst. Ebenso konnten *Akerstedt und Torsvall et. al.* (1978) einen signifikanten Rückgang von krankheitsbedingten Fehltagen bei Stahlarbeitern feststellen, nachdem diese ein Jahr zuvor von Wechselschicht mit Nachtarbeit in Tagschicht versetzt worden waren. Diese Längsschnittuntersuchung und die von *Meers* (1978) belegen viel

eindeutiger als alle Querschnittsstudien das gesundheitliche Risiko der Schichtarbeit. Wenn *Schäcke* die krankmachende Wirkung von Wechselschicht und Nachtarbeit trotzdem bezweifelt, so kann er sich dabei auf keinen Fall auf gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse berufen.

c) Der Gutachter war vom Gericht nicht nach Krankheiten, sondern nach „physischen und psychischen Ausfallerscheinungen“ gefragt worden. Hätte er sich auf diese Frage des Gerichts konzentriert und nach Beschwerden von Schichtarbeitern in der Literatur gesucht, hätte er sehr viele Untersuchungen finden können, die feststellen, daß die vom Kläger genannten Beschwerden bei Schichtarbeitern mit Nachtarbeit deutlich häufiger auftreten als bei Nichtschichtarbeitern.

Die im vorangehenden Abschnitt dargestellten Interviews mit Krankenhausärzten weisen darauf hin, daß die psychischen Beschwerden wie Nervosität und Müdigkeit das Kunstfehlerrisiko erhöhen.

ad 3) a) Die erwähnte Senkung der BD-Häufigkeit ist gering und es gibt, anders als *Schäcke* behauptet, keine allgemeinen Erkenntnisse, welche Verringerung der Nachtdiensthäufigkeit ein deutliches Nachlassen von Beschwerden mit Sicherheit, auch im Einzelfall erwarten läßt.

b) Selbst wenn *Schäcke* Untersuchungen beibringen könnte, wonach auch im Einzelfall die Verursachung von Schlafstörungen durch 1,1 BD pro Monat als unwahrscheinlich gelten müßte, dann muß noch ein weiterer wichtiger Einwand gegen seine Argumentation beachtet werden: *Schäcke* läßt außer acht, daß durch die erhebliche BD-Belastung während des Jahres 1976 beim Kläger chronische Schlafstörungen entstanden sein könnten, die naturgemäß selbst bei einer gänzlichen Befreiung vom BD fortbestehen müßten. Da beim augenblicklichen Stand der Schichtarbeitsforschung die Möglichkeit von Dauerschäden nicht ausgeschlossen werden kann, ist die Beweisführung von *Schäcke* also auch in diesem letzten Punkt nicht stichhaltig.

Insgesamt betrachtet kann sich dieses Gutachten auf keine einzige wissenschaftliche Studie stützen, die im Falle überlanger und häufiger BD die gesundheitliche Unbedenklichkeit oder die Ungefährlichkeit für Patienten, nachgewiesen hätte. Die indirekte Beweisführung hingegen wird weder dem Stand der Streßforschung noch dem der Schichtarbeitsforschung gerecht und geht an der Tatsache der psychosozialen Mehrfachbelastung am ärztlichen BD vorbei.

Schluß

In den von uns vorgefundenen neueren Untersuchungen über Bereitschaftsdienst bei Ärzten wird diese Dienstform einhellig als veränderungswürdig angesehen. Die Mehrfachbelastung der Krankenhausärzte

durch überlange BD und und berufsspezifische Anforderungen kommt in den von uns durchgeführten Interviews klar zum Ausdruck. Im Gegensatz zur BRD, in der z. T. mit einseitigen Ansätzen diese Dienstform als unbedenklich angesehen wird. (vgl. Gutachten v. G. Schäcke), werden diese Untersuchungen in Schweden, das ein dem deutschen Bereitschaftsdienst vergleichbares Dienstsysteem hat, positiv anerkannt und führen in mehreren medizinischen Fachzeitschriften zu Diskussionen um eine Änderung der Länge des Arbeitstages wie sie bei Piloten und Lastwagenfahrern üblich sind, um das Risiko von psychischen Beeinträchtigungen und reduzierter Leistungsfähigkeit gering zu halten. Insbesondere wird ein freier Tag nach dem Bereitschaftsdienst für unabdingbar gehalten. Häufig wird das dänische System, in dem die Abgeltung dieses freien Tages mit Geld nicht gestattet ist, als positives Beispiel angeführt.

Anachronistisch erscheinen die jetzt laufenden Gerichtsverfahren bezüglich der langen Dienste, wenn man liest, daß in Dänemark der vorgeschriebene Freizeitausgleich im Anschluß an einen Bereitschaftsdienst, in der Bundesrepublik und Berlin (West) eine kaum noch praktizierte Regelung, bereits als Umverteilung normaler Tagesarbeitszeit auf unangenehmere Nachtarbeitszeit und somit als veränderungswürdig kritisiert wird (vgl. Nordisk Medicin, 4, 1975; Lindsjo, 1974, B. Müntzing, 1974; Läkartidningen, 1969, S. 3692–3693). Ebenfalls augenfällig ist, wieweit die Bereitschaftsdienstregelungen der Krankenhausärzte von den Vorschlägen zur Verbesserung der Lage der Schichtbeschäftigten an anderen Dienstleistungsbereichen und der Industrie noch entfernt sind. So heißt es im Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (1978) zur Schichtarbeit u. a.:

1. Bei der Festlegung der Tagesarbeitszeit ist auf die Beibehaltung des Acht-Stunden-Regelarbeitstages zu achten. Überstunden vor und nach einer Nachtschicht sind genehmigungspflichtig zu machen. Eine Genehmigung durch das Gewerbeaufsichtsamt sollte grundsätzlich gar nicht, eine Ausnahmegenehmigung nicht für längere Zeit und maximal für zwei Stunden erteilt werden. Doppelschichten sind unzulässig.

2. Die Schichtarbeitnehmer stellen auf die Fragen nach Möglichkeiten der Verbesserung ihrer Situation folgende Forderungen auf:

- Mehr Urlaub (68%)
- Mehr Fortbildung (55%)
- Mehr Zeit für Familie und Kinder (46%).“

Die von uns befragten Ärzte machten zu Verbesserung der Dienstregelungen folgende Vorschläge:

- Kürzere und weniger häufige Dienste,
- Freizeitausgleich für überlange Dienste,
- Verminderung der Belastungen durch bessere personelle und sachliche Ausstattung und durch bessere Organisation,

- Einführung von Schichtdienst,
- für Berufsanfänger sollte eine Einarbeitung in den Bereitschaftsdienst erfolgen, d. h. zum Beispiel in den ersten Monaten Dienst nur zusammen mit erfahrenen Ärzten,
- Altershöchstgrenze von 40 Jahren für den Einsatz von Bereitschaftsdienst.

Die Einführung von Schicht- statt Bereitschaftsdienst wird zwar im Grundsatz befürwortet, es wird jedoch auf eine Reihe von Problemen hingewiesen. Zu diesen zählen z. B. die Belastung durch eine komplette Woche Nachtdienst, wie sie bei anderen Schichtdienst leistenden Berufsgruppen üblich ist, die Gefährdung einer kontinuierlichen Patientenversorgung und der hohe personelle Aufwand.

Hierbei wird erneut deutlich, wie notwendig eine generelle Neuregelung der tariflichen Vereinbarungen für die Arbeitsbedingungen der angestellten Ärzte ist, auch wenn einzelne Ärzte sich gerichtlich gegen die geforderte Häufigkeit von zu leistenden BDs durchsetzen konnten, wobei die Gerichte bereits in den Urteilsbegründungen auf mögliche Überbelastung, die zu „Kunstfehlern“ und gesundheitlichen Schädigungen führen können, eingehen: So entschied beispielsweise das Oberlandesgericht München in einem Verfahren wegen fahrlässiger Tötung zugunsten eines Assistenzarztes (OLG München, 20. 12. 1978, AZ: 1WS 376/77). Der Arzt sollte während des Nachtdienstes einen Herzinfarkt übersehen haben, an dessen Folgen der Patient beim Weitertransport in ein anderes Krankenhaus verstorben sein soll. Die Anklageerhebung wurde unter anderem deshalb abgelehnt, weil nicht auszuschließen sei, daß dem Arzt ein Versäumnis infolge Übermüdung nach überlanger Arbeitszeit (19. Stunde) unterlaufen sei. Das Gericht machte dazu unter anderem folgende allgemeinen Ausführungen:

„Das inkriminierte Verhalten des Beschuldigten gibt Anlaß zu der Vermutung, es könne seine Ursache nicht zuletzt in der physischen Überlastung dieses Arztes gehabt haben. Nach 19stündiger ununterbrochener Arbeitsleistung sind selbst bei einem überdurchschnittlich leistungsfähigen Menschen erhebliche Ermüdungserscheinungen zu erwarten, die sich sowohl in einem Nachlassen der Konzentration und der Verfügung des an sich vorhandenen fachlichen und sonstigen Könnens als auch in unterschwelligen Abwehrreaktionen äußern können. Daß dies auch für Ärzte gilt, bedarf keiner weiteren Erörterung. Folglich kann es in Notfällen infolge krankheitsbedingten Personalausfalls u. ä. einmal abgesehen – mit Rücksicht auf die betroffenen Patienten nur als unverantwortlich bezeichnet werden, wenn zum Bereitschaftsdienst in den Krankenhäusern immer noch Ärzte eingestellt werden, die vor der Nacht, in der sie den Bereitschaftsdienst zu leisten haben, den ganzen Tag über im Krankenhaus tätig sind, ohne eine längere Erholungs- oder Ruhepause, die auch einen Schlaf ermöglicht, einhalten zu können. Von jedem Kraftfahrer wird heute als selbstverständlich erwartet, daß er die Fahrt mit dem PKW oder LKW bei eintretender Übermü-

dung unterbricht, um sich zu regenerieren und andere Verkehrsteilnehmer nicht der Gefahr von Fehlreaktionen auszusetzen. Führt er gleichwohl weiter, so handelt er nach einhelliger Rechtsauffassung pflichtwidrig und hat demgemäß, wenn es zu einem Verkehrsunfall kommt, die entsprechenden strafrechtlichen und zivilrechtlichen Konsequenzen zu tragen. Es liegt aber auf der Hand, daß sich der Arzt gegenüber seinen Patienten, insbesondere lebensbedrohend erkrankten Patienten in einer Situation befindet, die derjenigen des Kraftfahrers gegenüber den anderen Verkehrsteilnehmern in dem Punkt, um den es sich handelt, durchaus vergleichbar ist. Auch der Arzt muß über sein gesamtes Konzentrationsvermögen, seine gesamten sachbezogenen Fähigkeiten und seine gesamte innere Einsatzbereitschaft voll verfügen können, um Fehler zu vermeiden, die unter Umständen außerordentlich schwerwiegende Folgen haben. Deshalb kann ihm bei verantwortungsbewußter Betrachtungsweise nicht zugemutet werden, in übermüdetem Zustand den Bereitschaftsdienst zu versehen.“

Anmerkungen

- 1 Die wöchtl. Gesamtarbeitszeit schwankt wie die BD-Häufigkeit zwischen den einzelnen medizinischen Fachrichtungen zum Teil erheblich.
- 2 Einen guten Überblick über den Stand und Ergebnisse der Nacht- und Schichtarbeitsforschung gibt der vom Bundesminister für Arbeit herausgegebene Forschungsbericht 8, Münstermann, Preiser: Schichtarbeit in der BRD
- 3 Die Untersuchung von *Maslach* bezieht sich auf alle „helfenden Berufe“, das „burn out“-Syndrom ist auch bei Krankenpflegeberufen oder unter Sozialarbeitern zu finden.)
- 4 Die Autoren führten im Herbst 1979 intensive Interviews mit jeweils 10 Ärzten und 10 Krankenpflegepersonen, die im Bereitschafts- bzw. Nacht- und Schichtdiensten tätig waren, durch. Die befragten Personen wurden so ausgewählt, daß eine möglichst große Heterogenität der Gruppen hinsichtlich der vertretenen Fachrichtungen und Bereitschaftsdiensttypen bzw. Einsatzstationen entstand.

Die befragten Ärzte kamen aus 8 Fachrichtungen und waren eingesetzt in den Bereitschaftsdienststufen C und D, das Krankenpflegepersonal war auf Stationen, in der Intensivpflege und in Rettungsstellen tätig. Die Gespräche wurden mit Hilfe von Interviewleitfäden geführt, die überwiegend offene Fragen enthielten. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug zwischen 2 und 3 Stunden.

- 5 Die Leistungsfähigkeit der Ärzte wurde mittels einer Selbsteinschätzungsskala erhoben

Literaturverzeichnis

- Böhme; Hübner, Niering; Schlott; Seehuber; Triebel; Urban: Arbeitsgestaltung im Krankenhaus, Lempp Verlag, Schwäbisch Gmünd, 1976
- Bolm, W.: Die hilflosen Helfer? Über die seelischen Leiden der Beschäftigten in der Psychiatrie, s. Aufsatz in diesem Band
- Bösel, R.: Streß. Einführung in die psychosomatische Belastungsforschung. Hoffmann und Campe 1979, Hamburg
- Brook, M.F. et. al.: Psychiatric illness in the medical profession. Brit. J. of Psychiatry 113, 1013- 1023, 1967
- Crammond, W.A.: Anxiety in medical practice – the Doctors own anxiety. A.N.Z.J. 1969, S 324-329

- Elliot, F.R.: The conflict between work and family in hospital medicine, *Health bulletin*, Edinburgh, 36/3, 1978
- Freudenberger, H.J.: *Staff Burn Out*, New York, J.S.I., 1974
- Freyberger, H.; Barth, P.; Bessert, J.; Bödeke, H.: *Klinisch-psychologische Probleme der Schwestern-Pfleger Gruppen in der modernen Medizin*. TdK 1974, Jg. 1, Bd. 2
- Friedmann, R.E.; Kornfeld, D.S. Bigger, T.J.: Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *J.M.E.* 1973
- Gies. The intern and sleepless, *N.E.J.M.* 1971
- Girth, E.; Drexler, H.S.; Weiler, Th.: Veränderungen krankenhausesärztlicher Tätigkeit – eine empirische Untersuchung (1970 – 77), in: *Jahrbuch f. Krit. Medizin* 4, Argument-Sonderband AS 37, Berlin 1979 S. 72ff.
- Jung, H.: Arbeitswissenschaften und das Problem der psycho-sozialen Dienstleistungen, in *Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie*, 11. Jg. 2/1979, S. 277
- Langa arbetspass i Sverige men bättre handling än i Danmark, *Nordisk Medicin*, Vol. 90, 4/1975 Nattarbete-men till vilket pris, VF, 3-1978, S. 3-17
- Mc Manus, C.: The preregistration year: Chaos by consensus, *T.L.* 1977, Febr., S. 413-416
- Maslach, Ch.: *Job Burn out, How People Cope*, J.S.I. 1978
- Maslach. The client role in staff Burn-out, *JSJ*, 1978
- Masterton, J.P.: Sleep of hospital medical staff. *T.L.* 1965, No. 41
- Münstermann, J.; Preiser, K.: Schichtarbeit in der Bundesrepublik Deutschland, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf, Oktober 1978
- Murray, F.A.; Topley, L.: Nurses and their workload. *H.S.S.J.*, 1974, S. 2723-2724
- Peitsch, U.: „Acht Stunden plus Nachtdienst sind genug“, Berlin (West), 1979, unveröff. Manuskript des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der Gewerkschaft ÖTV in Berlin (West)
- Porschek, B.; Gräß, L.: Die psychosoziale Situation des Patienten im Krankenhaus, *T.d.K.* Jg. 2, Bd. 2
- Poulton, E.G.; Hunt, G.H.; Carpenter, A.; Edwards, R.S.: The performance of Junior Hospital Doctors following reduced sleep and long hours of work, *E.* 1978, 4
- Rohde, J.J.: „Der Patient im sozialen System des Krankenhauses“, in: *Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft*, hrsg. D. Ritter-Röhr, Frankfurt, 1975, Verlag Suhrkamp
- Schäcke, G.: Wissenschaftliches Gutachten für das Landesarbeitsgericht Hamburg vom 19.4.1978
- Sole, De, D.E.: Suicide and role strain among Physicians, *I.J.S.P.*, 15-1969, S. 294ff.
- Tasto, D.L.: *Health consequences of shift work*. Stanford research institute international, Menlo Park, Calif. 1978
- Vaillant G.E.: Some psychological vulnerabilities of physicians
- Sobowale N.C., Mc Arthur C. *NEJM* 278, 745-48, 1966
- Weber, Dietmar: *Das Krankenhaus der Zukunft*. T.d.K. Jg. 2, Bd. 4, 507-527, 1973
- Wegner, R.: Die berufliche Belastung von Hamburger Krankenhausärzten, *Hamburger Ärzteblatt*, August 1977
- Wilkinson, Tyler, P.; Varely, C.A.: Duty hours of young hospital doctors: Effects on the quality of work, *J.O.P.*, Vol. 48, 1975, S. 219-299