

I. Der Arztberuf

Der Arzt zählte in allen Phasen der Geschichte zu den angesehensten Berufsgruppen – das gilt bis heute. Auch in einer rezenten Umfrage, die untersuchte, welchen fünf Berufsgruppen man am meisten vertrauen darf, waren die Ärzte mit dabei (neben Pflegepersonal, Piloten, Apothekern und Feuerwehrleuten).²⁾ In der für Deutschland relevanten Allensbacher Berufsprestige-Skala³⁾ liegen die Ärzte überhaupt allein an erster Stelle. Außerdem auffallend, wenn auch nicht ganz unerwartet: Es fielen gleich drei der fünf Berufsgruppen in den Gesundheitsbereich. Zu erwarten deshalb, weil Gesundheit der Menschen höchstes und empfindlichstes Gut darstellt. Das hohe Ansehen, das Ärzten zukommt, war und scheint daher weniger ein Verdienst der Ärzte selbst als jenes des hohen Guts Gesundheit an sich zu sein.

Aus diesem Grund wurden und werden in die Heilkraft des Arztes auch mehr Erwartungen gesteckt, als er tatsächlich zu kurieren imstande ist. Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts beruhte das Wissen eines Arztes auf reiner Empirie, verbunden mit Naturheilkunde und bloß einem Schuss wissenschaftlichen Denkens, obwohl schon Hippokrates (460 – 370 v. Chr.) zur Blütezeit der altgriechischen Kultur die Medizin als eine Wissenschaft begründete. Er schuf mit dem nach ihm benannten Eid auch eine sittliche Grundlage für den Arztberuf; er enthält den Kernsatz „*Primum non nocere*“ („erstens nicht schaden“) – dem Patienten in erster Linie durch eine ärztliche Behandlung keinen Schaden zufügen. Das Denken des Hippokrates erfuhr 600 Jahre später durch Galen, ebenfalls ein griechischer Arzt, eine Renaissance.

Trotzdem war in den Jahrhunderten danach primär die Persönlichkeit des Arztes, seine Fähigkeit, seine Patienten von seiner Kunst zu überzeugen, entscheidend. Die Prinzipien eines Hippokrates und Galen standen weit im Hintergrund. So wurde etwa Mozarts früher Tod als Folge rheumatischen Fiebers erst durch zahlreiche Aderlässe, die ihm seine Ärzte – sich auf eine zweifelhafte Erfahrung berufend – verordneten, endgültig herbeigeführt.⁴⁾ Noch zu Zeiten Maria Theresias, also

I. Der Arztberuf

bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts, studierten angehende Ärzte Medizin, ohne am Krankenbett tätig gewesen zu sein. Sie hatten somit während des gesamten Studiums keinen Patienten gesehen. Es habe sich bis dahin bei der Medizin, wie es der in Österreich geborene Medizin-Nobelpreisträger des Jahres 2000, Eric Kandel, in seinem Buch „Zeitalter der Erkenntnis“⁵⁾ formulierte, um „Quacksalberei auf der Basis humanistischer Philosophie und der Lehren von Hippokrates und Galen“ gehandelt. Erst der niederländische Leibarzt Maria Theresias, Gerard van Swieten, führte endgültig eine Medizin ein, die dem Aberglauben Einhalt gebot, vor allem aber sorgte er an den Universitäten für einen Unterricht am Krankenbett, das heutige „Bedside-Teaching“. Beides war zu dieser Zeit eine Pionierleistung und begründete die Wiener Medizinische Schule, später – weil es eine zweite gab – die Erste Wiener Medizinische Schule genannt. Der Medicus des Mittelalters, der seine praktischen Erfahrungen erst nach dem Studium sammeln konnte, war endgültig Geschichte.

Die Zweite Wiener Medizinische Schule ist hingegen nicht nur mit einem, sondern mit vielen großen Namen verbunden. Die ersten waren der Pathologe Carl Freiherr von Rokitansky (1804 – 1878) und sein kongenialer klinischer Partner, Joseph Skoda (1805 – 1881). Sie führten den großen wissenschaftlichen Fortschritt des beginnenden industriellen Zeitalters auch in der Medizin ein.⁶⁾ Die Zweite Wiener Medizinische Schule hatte aber kein Alleinstellungsmerkmal wie die Erste, der Durchbruch der wissenschaftlichen Medizin fand international statt, zumindest in Europa. Die Spitzenleistungen dieser modernen Phase der Medizin wurden aber in Österreich vollbracht, insbesondere in dem seit 1918 kleinen Österreich während der Zeit zwischen den Weltkriegen. Außerdem war das Wiener Allgemeine Krankenhaus schon damals die größte medizinische Einrichtung Europas. So hat die Zweite Wiener Medizinische Schule vier Medizin-Nobelpreisträger hervorgebracht: 1914 Robert Bárány für die Entdeckung und Beschreibung des Gleichgewichtsapparates, 1927 Julius Wagner-Jauregg zur Fiebertherapie (mittels Malaria-Inokulation) der paralytischen Demenz (der Spätform der Syphilis), 1930 Karl Landsteiner zur Entdeckung der menschlichen Blutgruppen, und 1936 Otto Loewi zur Transmission von Nervenimpulsen mittels chemischer Überträgerstoffe. Karl Landsteiner und Otto Loewi waren Juden; Ersterer wanderte allerdings bereits 1919

I. Der Arztberuf

erst in die Niederlande, dann in die USA aus. Otto Loewi hingegen, der in Graz forschte und lehrte, wurde bereits in der Nacht des 11. März 1938 von den Nazis verhaftet, also noch bevor der „Anschluss“ Österreichs an das Deutsche Reich einen Tag später tatsächlich vollzogen war;⁷⁾ gegen Abgabe des mit dem Nobelpreis verbundenen Geldbetrags durfte er schließlich das Deutsche Reich verlassen, wie überhaupt unmittelbar nach dem „Anschluss“ die Wiener Medizinische Schule endgültig beendet war: Mehr als die Hälfte des Lehrkörpers allein der Medizinischen Fakultät der Universität Wien wurde damals schlagartig aus rassistischen und politischen Gründen entfernt.⁸⁾

Die internationale Anerkennung der Wiener Medizinischen Schule ist aber nicht nur diesen Nobelpreisträgern, sondern einer Vielzahl von Ärzten dieser Zeit zu verdanken. Es war die *moderne Phase* der Medizin, die Anerkennung der ärztlichen Kunst kannte kaum Grenzen, Kritik an ihr kam selten auf, Patienten begaben sich dankbar in eine geradezu paternalistische Abhängigkeit von ihren Ärzten. Im Gegensatz zu heute, wo mittels Labormedizin und bildgebender Verfahren, mit jedoch nur minimaler klinischer Untersuchung in kürzester Zeit Diagnosen gestellt werden, standen damals mehrere Ärzte und Koryphäen um den Patienten herum, hörten ihn ab, perkutierten ihn und diskutierten über mögliche Diagnosen. Der Patient fühlte sich dabei umsorgt, gehegt und hatte keinerlei Zweifel an der Kompetenz seiner – manchmal auch ratlosen – Ärzte. Zu dominierend waren der wissenschaftliche Fortschritt und damit der Erfolg der Medizin zu dieser Zeit, sodass es der Patient den Ärzten verzieh, wenn sich in seinem individuellen Fall kein medizinischer Erfolg einstellen wollte.

Wie anders ist die Situation heute! Nach dem schweren Schlag, den die Medizin im Nationalsozialismus erfuhr (und der in Kapitel III.3 noch eigens behandelt werden wird), eilte der wissenschaftliche Fortschritt in der Medizin vor allem in den angelsächsischen Ländern mit zunehmender Geschwindigkeit voran, wohingegen Deutschland und vor allem Österreich – bedingt durch die Nazizeit – mehrere Jahrzehnte brauchten, um mit dieser Entwicklung Schritt halten zu können. Auf die herausragenden, auf wissenschaftlichem Denken basierenden *diagnostischen* Errungenschaften der Zweiten Wiener Medizinischen Schule folgten dann Entdeckungen wirksamer *therapeutischer* Maßnahmen. Die für die Zukunft der Medizin wesentlichste war in den frühen 1980er

Jahren die Identifikation von bakteriellen Restriktionsenzymen, mit denen sich DNA-Stränge zerschneiden lassen. Damit wurde nicht nur das Tor zur Gentechnik im Allgemeinen, sondern im Speziellen auch jenes zur Personalisierten Medizin oder Präzisionsmedizin geöffnet, die bereits jetzt die Diagnose und Therapie vieler Erkrankungen, insbesondere von Krebserkrankungen, revolutioniert hat. Dessen ungeachtet ist es für alle Patienten selbstverständlich geworden, dass sie nach dem jeweils letzten Stand der Wissenschaft behandelt werden; dass sie nicht mehr blindlings einer Diagnose ihres Arztes vertrauen, sondern eine sogenannte „second opinion“ einholen; dass sie sich im Internet über ihre Krankheit informieren und ihren behandelnden Arzt damit konfrontieren; dass sie ihre Ärzte bisweilen sogar bei der ersten Vermutung einer Fehlbehandlung klagen oder sich – meistens erfolgreich – an die Öffentlichkeit wenden. Viele Journalisten sind nicht müde, der „Story“ wegen rasch für einen solchen Patienten Partei zu ergreifen, und Ärzte kommen dabei in den Medien fast immer schlecht weg.

Von einer „modernen Phase“ der Medizin kann also heute keine Rede mehr sein. Die frühere geradezu paternalistische Abhängigkeit vom Arzt ist längst dahin, und das nicht nur, weil der Arztberuf zunehmend weiblich geworden ist. Der Arzt ist für den Patienten ein Mensch wie jeder andere geworden, kein „Halbgott in Weiß“ mehr, sodass wir schon seit über 30 Jahren von einer *postmodernen Phase* der Medizin sprechen müssen.⁹⁾ Aber haben die Ärzte selbst diese Veränderungen mitbekommen? Die älteren, die ganz oder teilweise noch in der Phase der ärztlichen Huldigung aufgewachsen sind, wohl nur zu einem Teil; für viele sind ausschließlich Ärzte entscheidende Ansprechstelle für Kranke, die anderen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich haben sich unterzuordnen; es gilt in erster Linie noch ihre eigene Erfahrung. Studien und Publikationen, die dieser widersprechen, werden nicht akzeptiert; damit einhergehend wird evidenzbasierte Medizin, die ausschließlich auf Studienergebnissen basiert, verächtlich als „Kochbuch-Medizin“ abgewertet;¹⁰⁾ Patienten werden von ihnen nicht zufriedenstellend aufgeklärt, es werden ihnen in aller Kürze Diagnose und Therapie mitgeteilt und beides sei zu akzeptieren. Diese Ärzte folgen also nach wie vor dem klassischen Prinzip des ärztlichen Paternalismus.

Der Wandel zur postmodernen Medizin scheint also von den Ärzten selbst nur zögerlich wahrgenommen zu werden. Denn postmoderne

I. Der Arztberuf

Medizin beruht nicht nur darauf, dass sich die Einstellung des Patienten zum Arzt im Sinne eines Gesprächs auf Augenhöhe geändert hat, sondern dass das alte Prinzip eines episodischen Patientenkontakts, meist im Rahmen der Behandlung einer akut eingetretenen Krankheit, nicht mehr gilt. Berufsbedingt, durch den Druck des Alltags und die hohe Lebenserwartung nehmen in der Bevölkerung chronische Beschwerden und Erkrankungen zu. Sie erfordern vom Arzt einen umfassenden – holistischen – Behandlungsansatz, der auch die Lebensumstände des Patienten und sein soziales Umfeld zu berücksichtigen hat („Familienmedizin“). Ein solcher Ansatz benötigt aber Zeit, Zuwendung und Einfühlungsvermögen, was viele Ärzte nicht aufzubringen imstande sind, weil sie sich nicht umstellen wollen oder die Zeit einer Behandlung auf Krankenscheinbasis viel zu kurz dafür ist. Die Anziehungskraft alternativ-medizinischer Heilverfahren für chronisch Kranke findet hier eine Erklärung. Das auf den österreichischen Medizinischen Universitäten seit dem Jahr 2002 angebotene Medizinstudium versucht zumindest, dieser holistischen Entwicklung Rechnung zu tragen, und ist neben der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten auch bestrebt, den angehenden Ärzten die richtigen Haltungen („attitudes“) im Sinne einer sozialen und ethischen Einstellung zu vermitteln.

Der Drang vieler junger Menschen, Arzt zu werden, ist jedenfalls ungebrochen. Über 15.000 Interessenten melden sich bereits jährlich zum Aufnahmetest an den österreichischen Medizinuniversitäten, aber nur 1.620 Plätze stehen zur Verfügung. Der Grund für diesen Andrang liegt nicht nur im Reiz des Arztberufes, sondern auch in der Sicherheit des Arbeitsplatzes bis zur Pensionierung. Ein bestandener Aufnahmetest ist, zum Ersten, ein Garant für einen Studienabschluss, für die Hälfte der Studierenden sogar in Mindestzeit; zum Zweiten ist es in vielen europäischen Ländern, insbesondere in Deutschland, Österreich und der Schweiz, immer schwieriger, frei gewordene Arztstellen zu besetzen. Ärzte sind daher umworbene Arbeitskräfte geworden. Woran liegt diese gestiegene Nachfrage?

Von der „Ärztenschwemme“ zum Ärztemangel

Noch in den 1980er und 1990er Jahren kursierte in den deutschsprachigen Ländern der Begriff „Ärztenschwemme“, da ausgebildete Mediziner von Arbeitslosigkeit bedroht waren. Ihre Zahl überwog jene der

I. Der Arztberuf

offenen Stellen damals in zunehmendem Maße, es gab jahrelange Wartezeiten auf einen Ausbildungsplatz (in Österreich „Turnusplatz“ genannt) zum Allgemeinarzt oder zum Facharzt. Die permanent hohe Nachfrage nach Ausbildungsplätzen in den Krankenanstalten verleitet die Krankenanstaltenträger – das waren (und sind noch) überwiegend die Bundesländer – zum Zahlen von Billiglöhnen. Außerdem verlangten sie von den Ärzten überlange Arbeitszeiten und ließen sie Tätigkeiten wie Schreibarbeiten, Bringerdienste etc. verrichten, die jedenfalls mit ärztlicher Ausbildung nichts zu tun haben. Turnusärzte waren während ihrer drei- bis vierjährigen Ausbildungsphase zum Allgemeinarzt somit durchwegs schlechter gestellt, nämlich sowohl finanziell als auch bezogen auf den Tätigkeitsbereich, als das übrige qualifizierte Krankenhauspersonal, das die Krankenanstaltenträger, da viele billige Ärzte zu haben waren, auch kurz hielten. Da dieser Missstand jahrzehntelang anhielt, haben die Krankenanstaltenträger ihre jährlichen Budgetierungen diesem längst angepasst, und jede bessere Bezahlung der Turnusärzte, jede Personalerhöhung für Turnusärzte zur Verringerung ihrer überlangen Arbeitszeiten, jede zusätzliche Einstellung von Pflege- und Schreibkräften, welche die nicht-ärztlichen Tätigkeiten der Turnusärzte übernehmen könnten, hätten die Träger in schwere finanzielle Nöte gebracht und letztlich die Krankenversorgung im Gesamten gefährdet.

Anfang dieses Jahrhunderts begann dieses eingespielte System jedoch zu kippen. Drei Gründe waren dafür maßgeblich. Erstens: Durch steigende Lebenserwartung und Überalterung der europäischen Bevölkerung nahmen die Gesundheitskosten überproportional zu, es wurden (und werden) immer mehr Ärzte benötigt, die Mittel für deren Finanzierung standen aber weder den Universitäten (für die Medizinstudien) noch den Gebietskörperschaften als Träger von Krankenanstalten (für die postgraduelle Ausbildung zum Facharzt oder Allgemeinarzt) zur Verfügung. Zweitens: Ein bereits 1996 eingeführtes und 2003 novelliertes EU-weites Arbeitszeitrecht für Ärzte in Krankenanstalten, das durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeiten von nur noch 48 Stunden erlaubt; drittens ließen sich die Jungärzte in Krankenanstalten die bisherige Behandlung in Form schlechter Bezahlung, schlechter Ausbildung und frondienstartiger Zustände nicht mehr gefallen und gingen auf die Straße oder streikten sogar. In Deutschland kam es 2006 wegen

I. Der Arztberuf

zu niedriger Gehälter und zu langer Arbeitszeiten, da das 48-Stunden-Regulativ der EU noch nicht umgesetzt war, zum Ärztestreik, bei dem sich die Ärzte mit allen Forderungen durchsetzten.¹¹⁾

In Österreich dauerte es länger, nämlich bis zum Beginn des Jahres 2015, da sich die Medizinabsolventen nach Abschluss ihres Studiums anders halfen: Sie verließen das Land und ließen sich im Ausland weiterbilden – und tun es in immer steigendem Maße. Offene Turnusstellen sind nur mehr schwer, in ländlichen Regionen fast gar nicht mehr besetzbar. Als die Bundesregierung auf Aufforderung der EU-Kommission das Arbeitsgesetz für Ärzte umsetzen musste, nachdem sie seit über einem Jahrzehnt säumig gewesen war, gingen auch die österreichischen Ärzte auf die Straße und drohten mit Arbeitsniederlegungen. Denn da die lukrativen Nacht- und Wochenenddienste nun weniger wurden, wollten sie dafür einen finanziellen Ausgleich im Grundgehalt. Auch sie setzten sich mit ihren Forderungen zur Gänze durch, da sie – wegen der hohen Nachfrage nach Ärzten – aus einer Position der Stärke heraus verhandeln konnten.

Die Finanzierung dieser bis zu 40% erhöhten Ärztegehälter ist von den Ländern aber nur kurzfristig gewährleistet, für die Medizinischen Universitäten, für die der Bund die Mittel bereitstellt, genau bis Ende 2018. Wie die Finanzierung darüber hinaus möglich gemacht werden soll, ist genauso völlig ungewiss wie für den durch das Arbeitszeitgesetz bedingten Mehrbedarf an Ärzten, die umgekehrt aber immer weniger zu werden drohen. Der Ernst der Lage – dass nämlich das Gesundheitssystem in Österreich, aber auch in anderen Teilen Europas aufgrund immer weniger werdender Ärzte vor dem Zusammenbruch steht – ist den Verantwortlichen offenbar noch nicht bewusst.

II. Die Übel

1. Die Wurzel allen Übels: Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz

Diese Überschrift wird wohl bei Ärzten und Patienten gleichermaßen heftigsten Widerspruch auslösen. Bei Ärzten, da es sich bei dem Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) um ein lange erkämpftes Recht handle, das sie verdient zu haben glauben. Bei Patienten, da diese die Gewissheit hätten, von keinem übermüdeten Arzt behandelt, schon gar nicht operiert zu werden. Die Notwendigkeit einer Arbeitszeitregelung für Ärzte soll in diesem Kapitel aber gar nicht in Abrede gestellt werden; auch die durchschnittlichen 60 Wochenstunden, die bis 2014 in Österreich noch maximal erlaubt waren, waren natürlich zu hoch. Aber die für alle EU-Staaten vorgegebenen im Durchschnitt maximal 48 Wochenstunden schaffen, gegenüber dem einzigen Vorteil immer sehr ausgeruhter Ärzte, nur schwerwiegende Nachteile, und die Arbeitszeitregulierung wird in Österreich noch rigider gehandhabt, als es das EU-Regulativ vorschreibt. Es trifft die bildliche Redewendung voll zu, dass hier „das Kind mit dem Bade ausgeschüttet wurde“.

Wesentlicher Grundsatz der EU-Regelung zum KA-AZG ist eine durchschnittliche Arbeitszeit von 48 Stunden in einem halbjährlichen Durchrechnungszeitraum. Es fallen in die wöchentliche 48-Stunden-Arbeitszeit aber auch die Zeiten der reinen Bereitschaftsdienste im Krankenhaus während der Nacht oder an Wochenenden, wo nur Vorhalteleistungen für Not- oder Zwischenfälle erforderlich sind *und daher auch Ruhephasen auftreten*. Es ist im KA-AZG auch vorgeschrieben, dass es während der Bereitschaftsdienste solche ausreichenden Ruhephasen geben *muss*. Es ist keine Frage, dass auch diese Ruhephasen finanziell abzugelten sind, sehr wohl muss man sich aber fragen, warum sie der maximal erlaubten Arbeitszeit voll anzurechnen sind.

Zu dieser ersten Absurdität kommen als zweite die unverständlichen Ruhezeitregelungen außerhalb des Krankenhauses, also daheim, hinzu. Egal, ob ein Arzt nach einer halben Stunde Arbeit seinen Dienst

II. Die Übel

beendet, z. B. wegen eines Einsatzes im Rahmen einer nächtlichen Rufbereitschaft, oder einen Dienst erst nach 13 Stunden beendet, er hat danach ein Recht auf elf Stunden Ruhezeit¹²⁾ und der Arbeitgeber die Pflicht, ihm diese zu gewähren. Fällt dieser kurze Einsatz im Rahmen einer Rufbereitschaft beispielsweise um zwei Uhr nachts an, so fehlt dieser Arzt den ganzen nächsten Tag. 13 Stunden sind aber überhaupt eine magische Zahl: Es ist einerseits die Maximalzeit, in der ein Arzt – ohne Ruhephasen – durchgehend arbeiten darf, dann sind die schon erwähnten elf Stunden Ruhezeit einzuhalten. Andererseits ist es im Rahmen einer Betriebsvereinbarung zwischen Arbeitgeber und Ärztervertretern möglich, dass ein Arzt auch länger als 13 Stunden arbeiten kann, aber nur, wenn die über 13 Stunden hinausgehende Arbeitszeit auch Ruhephasen enthält; mittels einer solchen Betriebsvereinbarung betrug die maximal erlaubte Arbeitszeit vor der KA-AZG-Novellierung, also bis Ende 2014, 32 Stunden, davon zumindest elf, meist aber 16 Stunden als auch Ruhephasen enthaltender Bereitschaftsdienst. Diese maximal mögliche durchgehende Arbeitszeit ist aber gemäß der Novelle zum KA-AZG künftig (ab 2018) mit 25 Stunden begrenzt. Welche Folgen das hat, zeigt folgende Tabelle:

	Tag 1	Tag 2	Tag 3
<i>vor</i> KA-AZG-Novelle	8 – 24 h	0 – 16 h (32 h Gesamtarbeitszeit)	8 – 16 h
<i>nach</i> KA-AZG-Novelle	8 – 24 h	0 – 9 h (25 h Gesamtarbeitszeit)	8 – 16 h

Tabelle 1: Beispiel für Anwesenheitszeiten eines Arztes vor und nach der Novellierung des KA-AZG

Arbeitet ein Arzt beispielsweise acht Stunden (8:00 – 16:00 Uhr), gefolgt von 16 Stunden Bereitschaftsdienst samt einer Stunde für die Dienstübergabe (16:00 – 09:00 Uhr), muss er gemäß neuer KA-AZG-Regelung künftig unmittelbar danach nach Hause gehen, d. h. er kann erst am darauffolgenden Morgen wieder zum Einsatz kommen. Vor der KA-AZG-Novellierung konnte er auch nach der nächtlichen Bereitschaft noch bis 16:00 Uhr desselben Tages arbeiten. Darin liegt die Erklärung dafür, dass seit 1. 1. 2015 zu den Kernarbeitszeiten plötzlich weniger Ärzte im Haus sind, denn alle jene, die in der Nacht Bereitschaftsdienst hatten, dürfen am darauffolgenden Tag nicht mehr arbeiten.

An Universitätskliniken, wo für die Ärzte auch die Verpflichtung zu Forschung und Lehre besteht, gilt für alle drei Bereiche – Patientenversorgung, Forschung und Lehre – zusammen ebenfalls die 48-Stunden-Begrenzung. Ungeachtet dieser zusätzlichen Aufgabenbereiche werden Ärzte an Universitätskliniken vom KA-AZG genauso behandelt wie Ärzte in anderen Krankenanstalten, bis hin zu einem regionalen Kleinspital (bei aller Wertschätzung von Letzterem). Gerade diese wissenschaftlich tätigen Ärzte (international „physician scientists“ genannt) werden heute immer rarer und mit solchen Maßnahmen vollends von den Medizinischen Universitäten vertrieben.

Der 49-Stunden- und der 72-Stunden-Mythos

In den Medien wird immer wieder berichtet, es käme vor, dass Ärzte in einem Stück, also durchgehend, bis zu 49 Stunden arbeiteten. Wenn es so wäre, könnte man tatsächlich von größter Fahrlässigkeit der Arbeitgeber sprechen. Es ist nur so nicht. In Wahrheit handelt es sich hier um einen durchgehenden Bereitschaftsdienst im Krankenhaus über ein ganzes Wochenende, von Samstag 8:00 Uhr bis Montag 9:00 Uhr; die letzte Stunde gilt wieder der Übergabe der Patienten an den nachfolgenden Arzt. Es liegt hier also bloß eine Vorhalteleistung des Arztes vor, ein großer Teil der 49 Stunden müssen Ruhephasen sein, und damit keineswegs eine durchgehende Arbeitszeit. Das KA-AZG erlaubt im Rahmen einer Übergangsphase noch bis 2018 diese Möglichkeit. Es ist der ausdrückliche Wunsch der Ärzte selbst, davon so lange wie möglich Gebrauch machen zu können, denn vielen ist es wesentlich lieber, statt zweier zerstörter Wochenenden im Monat (in Form einer Rufbereitschaft jeweils nur am Samstag *oder* nur am Sonntag) nur *ein* zerstörtes Wochenende in Form einer durchgehenden Rufbereitschaft zu erleben. Besonders von Ärzten mit Kindern wird diese Version gerne gewählt.

Außerdem wird in der medialen Berichterstattung häufig außer Acht gelassen, dass durchgehende Arbeitszeiten, die über 13 Stunden hinausgehen, nur im Rahmen einer Betriebsvereinbarung zwischen Arbeitgeber und Ärztevertretern möglich sind. In allen Krankenanstalten existieren solche Betriebsvereinbarungen, sonst wäre überhaupt kein ärztlicher Krankenhausbetrieb möglich. Denn dann dürfte jeder Arzt nur 13 Stunden arbeiten, danach fielen zumindest elf Stunden Ruhezeit an.