



Flexible Arbeitszeiten für den ärztlichen Dienst

Anforderungen, Auswirkungen, Antworten

Strahlungsarmer Monitor? Mobbing? Geräuschemissionen? Umgang mit Gefahrstoffen? Stress? Arbeitszeitmodelle? Sie haben eine Frage zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit?

Fragen Sie uns! In unseren Wissensspeichern findet sich garantiert die Antwort. Und falls nicht, fragen wir für Sie einen unserer 200 Experten im Haus. Wir sind für Sie da – kompetent, schnell, zuverlässig!

Service-Telefon 01 80.321 4 321

Montag bis Freitag von 8.00 – 16.30 Uhr (0,09 €/Minute aus dem nationalen Festnetz der Deutschen Telekom AG)

Fax 01 80.321 8 321

(0,09 €/Minute aus dem nationalen Festnetz der Deutschen Telekom AG)

E-Mail info-zentrum@buaa.bund.de

Internet www.buaa.de

Ulrike Hellert, Christiane Lindecke,
Cordula Sczesny, Bettina Tondorf



Flexible Arbeitszeiten für den ärztlichen Dienst

Anforderungen, Auswirkungen, Antworten

Inhalt

3	1	Einleitung
5	2	Herausforderungen als Motor für Veränderungen
5	2.1	Diagnose
7	2.2	Therapieansätze
9	3	Rechtliche Rahmenbedingungen
9	3.1	Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) (2000/2003)
10	3.2	Arbeitszeitgesetz (ArbZG)
11	3.3	Tarifverträge
13	3.4	Wichtige Auswirkungen für die Dienstplangestaltung
15	4	Vorgehensweise zur Einführung
16	4.1	Gemeinsames Sondierungsgespräch
16	4.2	Bildung einer Projektgruppe
20	4.3	Entwicklung der neuen Arbeitszeitregelung
26	4.4	Präsentation des neuen Arbeitszeitmodells
26	4.5	Probelauf
27	4.6	Ziel
29	5	Literatur

1 Einleitung

Die Krankenhäuser in Deutschland sind in den letzten Jahren mit vielen Veränderungen konfrontiert worden. Von Gesundheitsstrukturreform, Fallpauschalen über Dokumentationspflicht bis hin zur Neugestaltung der Arbeitszeiten gibt es neue Rahmenbedingungen. So sind die Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern gemäß der Urteile des Europäischen Gerichtshofes und der Änderung des Arbeitszeitgesetzes zum 1. Januar 2004 europarechtskonform umzusetzen. Bei der vielschichtigen Interessenslage ist dies keine einfache, aber eine wichtige Aufgabe.

Aus den Erfahrungen der Arbeitszeitberatung in Nordrhein-Westfalen geben wir in dieser Broschüre praxisnahe Informationen und konkrete Handlungshilfen, die vor allem Ärztinnen und Ärzten im Krankenhausdienst, Personalverantwortlichen und interessierten Arbeitszeitergestalterinnen und -gestaltern als ›roter Faden‹ für eine erfolgreiche Arbeitszeitorganisation des ärztlichen Dienstes dienen soll. Wir zeigen auf, wie ärztliche Arbeitszeiten in Krankenhäusern basierend auf den rechtlichen Rahmenbedingungen organisiert werden können und wie dabei sowohl die notwendigen Veränderungen im Prozessablauf als auch die Interessen der Beschäftigten sowie der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden.

In jeder Arbeitszeiterorganisation steckt grundsätzlich eine große Chance für mehr Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigungssicherung, aber auch für mehr Gesundheitsschutz und Lebensqualität. Betriebliche Situationen analysieren und Veränderungspotenziale erkennen sind dabei wichtige Schritte für optimale ärztliche Arbeits-

zeiten. Grundsätzlich gibt es hierbei verschiedene Möglichkeiten, die sowohl den betrieblichen Bedingungen als auch den Interessen der Patientinnen und Patienten sowie den Wünschen der Beschäftigten gleichermaßen entsprechen. Das universelle Arbeitszeitmodell oder gar Patentrezept gibt es jedoch nicht. Nur eine strukturierte Vorgehensweise sichert individuelle und maßgeschneiderte Lösungen und damit eine nachhaltig erfolgreiche Arbeitszeitorganisation.

In der Broschüre werden Herausforderungen genannt, vor denen Krankenhäuser heute stehen und die den Rahmen für Arbeitszeitneuregelungen bilden (Kapitel 2). Weiter werden die gesetzlichen und tariflichen Bestimmungen (TVöD) vorgestellt, an denen sich arbeitszeitliche Neuregelungen orientieren müssen (Kapitel 3).

Im vierten Teil zeigen wir eine in der Praxis erprobte Muster-Vorgehensweise für eine erfolgreiche Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle für den ärztlichen Dienst (Kapitel 4). Abschließend werden Literaturhinweise und interessante Internet-Links aufgeführt.

Die Krankenhäuser in Deutschland sind in den letzten Jahren mit vielen Veränderungen konfrontiert worden.



2 Herausforderungen als Motor

Die optimale Patientenversorgung, die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit sowie die Sicherung des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stellen vor dem Hintergrund der neuen Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern eine große Herausforderung dar. Diese Herausforderungen können auch als Motor dienen, um notwendige Anpassungen in der Arbeitszeitgestaltung durchzuführen und in einen kontinuierlichen, arbeitsorganisatorischen Prozess zu integrieren.

2.1 Diagnose

Wie die Ergebnisse der Länderumfrage bei den Krankenhausträgern aus dem Jahr 2004 zeigen, ist insbesondere die finanzielle Situation von mehr als der Hälfte aller befragten Krankenhäuser dramatisch. Die Einführung der Fallpauschalen, fehlende Investitionsmittel und der gestiegene Wettbewerbsdruck führen zu großem Handlungsbedarf. Jede einzelne Klinik muss versuchen, in der Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistung sowie im betriebswirtschaftlichen Gesamtergebnis besser zu sein als die Mitbewerber (Buscher, 2005, S. 181).

Der Ausbau der Qualitätssicherung ist durch Mehrfachdokumentationen mit einem hohen Aufwand verbunden, der die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte nicht nur verlängert, sondern häufig die ärztlichen Kernaufgaben behindert. Als Konsequenz hieraus werden Verwaltungsarbeiten im Bereitschaftsdienst erledigt. Weiter hat sich die Verweildauer der Patientinnen und Patienten auf den Stationen verkürzt. Die Fallzahlen pro Zeiteinheit nehmen dadurch zu und folglich steigt die Arbeitsdichte (mehr



Fälle, mehr Dokumentationen).

Der Beschluss des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 09.09.2003 – der zu den wichtigsten Rahmenbedingungen der ärztlichen Arbeitszeit zählt – hat in den bisherigen zwei Jahren nicht im gewünschten Maße zur Reduzierung von Arbeitszeiten geführt. In der Praxis zeigen sich immer noch überlange Dienste, die im Widerspruch zu arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen und dem Arbeitszeitgesetz stehen (s. Kapitel 3). Eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie macht dies deutlich: 79% der Kliniken geben an, dass die durchschnittlichen Höchstarbeitszeiten von 48 h/Woche laut Arbeitszeitgesetz nicht eingehalten werden. Zudem sei in 76% der Fälle die tatsächlich geleistete Arbeitszeit nicht oder unvollständig erfasst.

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Belastungen am Arbeitsplatz verdeutlicht eine Studie des nordrhein-westfälischen Arbeitsministeriums aus dem Jahr 2004. Vor allem hohe Verantwortung, hoher Zeitdruck, Arbeitsmenge und Angst vor Arbeitsplatzverlust können zu starken psychischen und physischen Beanspruchungen führen. Eine weitere Studie bestätigt dies speziell für den



Durch die Einführung flexibler Arbeitszeiten entstehen attraktive Arbeitsplätze, die eine bessere Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben zulassen.

ärztlichen Dienst. Der Arbeitsdruck wurde von den Ärztinnen und Ärzten als relativ hoch eingeschätzt. Insgesamt gaben 96 % der Befragten an, dass andauernde Aufmerksamkeit bei ihrer Arbeit erforderlich sei. Ferner berichteten 80 % davon, unter Zeitdruck zu arbeiten und 66 % gaben an, zu wenig Zeit für anstehende Arbeiten zu haben (Richter et al., 2005).

2.2 Therapieansätze

Moderne Gestaltungsmaßnahmen der Arbeitszeiten tragen entscheidend dazu bei, berufliche und private Interessen eigenverantwortlich zu vereinbaren und fördern die physische und psychische Gesundheit erfolgreich. Ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Arbeits- und Privatleben hat positive Auswirkungen auf die Lebensqualität, die Leistungsfähigkeit und die Motivation der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus. Dies wiederum verbessert die Qualität der Arbeit, erhöht die Patientenzufriedenheit und stärkt somit die Wettbewerbsfähigkeit der Klinik.

Flexible Arbeitszeitmodelle sind somit ein wichtiges Instrument, um den Anforderungen des Klinikalltags positiv zu begegnen, denn sie schaffen entsprechende Handlungs- und Zeitspielräume. Entscheidend hierbei ist vor allem, dass die Arbeitszeitmodelle maßgeschneidert sind, also die jeweiligen betrieblichen Anforderungen sowie die Interessen der Beschäftigten gleichermaßen berücksichtigt werden. Daher ist bei der Erarbeitung von Arbeitszeitmodellen die Mitarbeiterbeteiligung besonders wichtig. Zusammen mit dem Personal, das die betriebliche Situation meist selbst am besten einschätzen kann, können einvernehmliche Lösungen zur Gestaltung

flexibler Arbeitszeitmodelle gefunden und nachhaltig umgesetzt werden. Hierbei spielen die Führungskräfte eine wichtige Rolle, denn ihre Unterstützung fördert eine erfolgreiche Umsetzung flexibler Arbeitszeiten.

Durch die Einführung flexibler Arbeitszeiten entstehen attraktive Arbeitsplätze, die Ärztinnen und Ärzte langfristig binden oder es erleichtern, freie Stellen zu besetzen.

Aus einem fairen Zusammenspiel zwischen Arbeitsorganisation, Personalstrategie und Arbeitszeitregelung ergeben sich für die Beteiligten vor allem folgende Vorteile:

Vorteile einer erfolgreichen flexiblen Arbeitszeitgestaltung

- Bessere Patientenversorgung
- Höhere Arbeitsqualität
- Weniger Stress
- Niedrigere Fehlzeiten
- Besseres Image
- Geringere Fluktuation
- Höhere Motivation und Arbeitszufriedenheit
- Bessere Personalbindung
- Stärkere Wettbewerbs- und Beschäftigungsfähigkeit



3 Rechtliche Rahmenbedingungen

Arbeitszeiten von Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern sind durch lange Dienste, Wochenendarbeit und eine starke Anwesenheitsorientierung charakterisiert. Häufig wird in Krankenhäusern die Arbeitszeit nach dem Organisationsprinzip gestaltet, dass möglichst viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglichst lange anwesend sind. Eine Orientierung an der notwendigen Anwesenheit, an sinnvollen und zweckmäßigen Besetzungsstärken ist eher die Ausnahme als die Regel. Aus dieser Anwesenheitsorientierung ergibt sich eine Arbeitszeitpraxis, die vielfach gegen Gesetze, Verträge und Richtlinien verstößt.

Eine zweckmäßige und effektive Gestaltung und Entwicklung von Dienstplänen ist zwar nicht nur an rechtliche Aspekte gebunden, jedoch geben sie den Rahmen vor, in dem gearbeitet werden darf. Die wichtigste rechtliche Grundlage und Referenz für alle Dienstpläne ist das Arbeitszeitgesetz (ArbZG), aber auch europäisches Recht und geltende Tarifverträge (sowie Betriebsvereinbarungen) müssen beachtet werden. Die Europäische Union setzt durch ihre Arbeitszeitrichtlinie die Standards, an denen sich alle nationalen Gesetze und damit auch das deutsche Arbeitszeitgesetz orientieren müssen. Die Urteile des Europäischen Gerichtshofes aus den Jahren 2000 und 2003 zur arbeitszeitlichen Wertung von Bereitschaftsdiensten haben zu weit reichenden Konsequenzen und neuen Herausforderungen für alle betroffenen Gruppen geführt.

Im folgenden Teil werden nun die wesentlichen rechtlichen Rahmenbedingungen und Neuerungen, die bei der Gestaltung von Dienstplänen zu berücksichtigen sind, vorgestellt.

3.1 Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) (2000/2003)

In der Bundesrepublik wurde bis zur Änderung des Arbeitszeitgesetzes 2004 der Bereitschaftsdienst ähnlich wie Rufbereitschaft bewertet, obwohl sich Ärztinnen und Ärzte im Bereitschaftsdienst in der Klinik aufhalten mussten und damit deutlich stärker in ihrer Freiheit eingeschränkt waren als in Rufbereitschaft.

In zwei zentralen Urteilen aus den Jahren 2000 und 2003 hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) sich mit der Frage der Bereitschaftsdienste und deren Bewertung auseinandergesetzt. Am 03.10.2000 entschied der EuGH nach der Klage eines spanischen Arztes, dass der gesamte Bereitschaftsdienst in vollem Umfang als Arbeitszeit zu sehen ist (SIMAP-Urteil). Am 09.09.2003 bestätigte der EuGH sein Urteil, nachdem ein Kieler Assistenzarzt in gleicher Sache geklagt hatte (Jäger-Urteil). Zu Fragen der

Auf einen Blick

- Urteile des EuGH vom 03.10.2000 und 09.09.2003
- Bereitschaftsdienst ist in vollem Umfang Arbeitszeit
- Anpassung der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie und des deutschen Arbeitszeitgesetzes
- Gewährung von Übergangsfristen durch den deutschen Gesetzgeber



Vergütung von Bereitschaftsdiensten äußerte sich der EuGH nicht. Die Europäische Union folgte den EuGH-Urteilen und passte die Europäische Arbeitszeitrichtlinie entsprechend an. Bereitschaftsdienst muss nach dieser Richtlinie nun vollständig auf die zulässige tägliche und wöchentliche Höchstarbeitszeit angerechnet werden. Der deutsche Gesetzgeber reagierte mit der Novellierung des Arbeitszeitgesetzes (01.01.2004), allerdings gewährt er Übergangsfristen, die auch für die Tarifvertragsparteien im Gesundheitswesen gelten. Der Gesetzgeber ließ den Tarifvertragsparteien eine Übergangsfrist bis zum 31.12.2005 (2005 verlängert auf den 31.12.2006), um die Änderungen und Anforderungen des Arbeitszeitgesetzes in Tarifverträge umzusetzen.

3.2 Arbeitszeitgesetz (ArbZG)

In den Einrichtungen, in denen keine Tarifverträge oder Betriebsvereinbarungen bestehen, gilt uneingeschränkt das Arbeitszeitgesetz. Zentraler Zweck dieses Gesetzes ist es gemäß § 1 ArbZG, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer bei der Arbeitszeitgestaltung zu gewährleisten und die Rahmenbedingungen für flexible Arbeitszeiten zu verbessern. Die Neuregelung des Arbeitszeitgesetzes sieht nach § 3 ArbZG eine wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden vor, die im Durchschnitt eines halben Jahres erreicht werden muss. Durch einen Tarifvertrag kann der Ausgleichszeitraum auf bis zu einem Jahr verlängert werden. Wenn im Jahresdurchschnitt mehr als 48 Stunden pro Woche (inklusive Bereitschaftsdienst) gearbeitet werden, ist dies ein Verstoß gegen das Arbeitszeitgesetz.

Des Weiteren wird eine tägliche Höchstarbeitszeit von 8 Stunden (§ 3 ArbZG) festgeschrieben, die auf bis zu 10 Stunden verlängert werden kann, wenn innerhalb eines halben Jahres (oder in 24 Wochen) im Durchschnitt die 8 Stunden dennoch erreicht werden. Auch hier sind Abweichungen durch einen Tarifvertrag möglich. Ausnahmen von der täglichen Höchstarbeitszeit sind z. B. dann möglich, wenn gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 1 a ArbZG »... in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst...« anfällt.

Darüber hinaus ermöglicht das Arbeitszeitgesetz im § 7 Abs. 2a eine Verlängerung der täglichen Arbeitszeit auch ohne Ausgleich über 8 Stunden hinaus, ebenfalls durch Tarifvertrag oder Betriebs- / Dienstvereinbarung (Opt-Out). Voraussetzungen dafür sind ebenfalls wieder

Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst in erheblichem Umfang. Außerdem muss die Gesundheit der Beschäftigten sichergestellt werden. Und schließlich legt § 7 Abs. 7 Arbeitszeitgesetz fest, dass Opt-Out nur dann angewendet werden kann, wenn die Beschäftigten individuell schriftlich einwilligen. Diese Einwilligung kann mit einer ›Kündigungsfrist‹ von sechs Monaten schriftlich widerrufen werden.

Da Bereitschaftsdienst zu 100% als Arbeitszeit gewertet wird, finden nun alle Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes auf den Bereitschaftsdienst Anwendung, wie z. B. die Pausenregelung. Auch im Bereitschaftsdienst haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Anspruch auf im Voraus festzulegende Ruhepausen. Bei einer Arbeitszeit von mehr als sechs bis zu neun Stunden beträgt die Pause 30 Minuten, bei einer Arbeitszeit von mehr als neun Stunden 45 Minuten. Die Pausen dürfen aufgeteilt werden in jeweils 15-Minuten-Pausen. (§ 4 ArbZG).

Das Gesetz schreibt ferner eine Ruhezeit (§ 5 ArbZG) von mindestens 11 Stunden vor, die in Ausnahmefällen – hierzu gehören auch Krankenhäuser – um eine Stunde verkürzt werden kann; diese Verkürzung muss allerdings ausgeglichen werden. Für Bereitschaftsdienste gilt darüber hinaus, dass danach keine Verkürzung der Ruhezeit möglich wird.

Und schließlich gibt es in den §§ 12 und 15 ArbZG noch die Möglichkeit, die tägliche Arbeitszeit im Schichtbetrieb auf bis zu 12 Stunden pro Schicht auszudehnen, wenn dadurch mehr Freischichten und freie Wochenenden erreicht werden können. § 12 sieht hier einen Tarifvertrag vor; § 15 eine Ausnahmegenehmigung der Aufsichtsbehörden.

Auf einen Blick

- Tägliche Höchstarbeitszeit: 8 Stunden, ggf. Verlängerung auf 10 Stunden
→ Abweichungen nur durch Tarifverträge möglich
- Wöchentliche Höchstarbeitszeit: 48 Stunden, ggf. Verlängerung auf 60 Stunden (= 6 Tage à 10 Stunden)
→ Abweichungen nur durch Tarifverträge möglich
- Ruhepausen: 30 Minuten ab 6 Stunden Arbeitszeit, 45 Minuten ab 9 Stunden Arbeitszeit
→ Abweichungen nur durch Tarifverträge möglich
- Ruhezeit pro Tag: 11 Stunden (verkürzbar auf 10 Stunden, aber mit Ausgleich)
→ Abweichungen nur durch Tarifverträge möglich

Ruhepausen sind gesetzlich vorgeschrieben und daher unbedingt einzuhalten.

3.3 Tarifverträge

Bereits im Abschnitt zum Arbeitszeitgesetz (3.2.) ist deutlich geworden, dass Tarifverträgen und den Tarifvertragsparteien bei der Gestaltung von Dienstplänen eine wichtige Rolle zukommt. Gerade durch die gesetzlichen Neuregelungen bestehen mehrere Möglichkeiten zur Erweiterung der Regelungen im Arbeitszeitgesetz.

Die wichtigsten Gestaltungsmöglichkeiten der Tarifverträge liegen in der Ausdehnung der täglichen Arbeitszeit durch Bereitschaftsdienste sowie den Möglichkeiten flexibler Arbeitszeit. Die Höchstgrenzen der täglichen Arbeitszeit unterscheiden sich dabei nach den jeweils gültigen Tarifverträgen. So sieht beispielsweise der Tarif-

Bei der Arbeitszeitgestaltung ist der jeweils gültige Tarifvertrag zugrunde zu legen.

ArbZG	TVöD
<ul style="list-style-type: none"> – Höchstgrenze der täglichen Arbeit 8 Stunden, maximal 10 Stunden 	<ul style="list-style-type: none"> – Höchstgrenze der täglichen Arbeitszeit mit Bereitschaftsdienst in den Stufen C und D 13 Stunden, in den Stufen A und B 16 Stunden – Aber: maximal acht Stunden Vollarbeitszeit – »24-Stunden-Dienste« weiterhin möglich (durch Opt-Out-Regelung) bei bestimmten Voraussetzungen
<ul style="list-style-type: none"> – Wöchentlich maximal 60 Stunden möglich, die aber innerhalb von sechs Kalendermonaten oder 24 Wochen auf 48 Stunden im Durchschnitt ausgeglichen werden müssen 	<ul style="list-style-type: none"> – Wöchentlich maximal 60 Stunden möglich, die aber innerhalb von sechs Kalendermonaten oder 24 Wochen auf 48 Stunden im Durchschnitt ausgeglichen werden müssen – Bei Opt-Out Verlängerung der Wochenarbeitszeit auf 54 bzw. 58 Stunden ohne Zeitausgleich

Abb. 1
Gegenüberstellung
der Regelungen des
Arbeitszeitgesetzes
und des TVöD

vertrag des Öffentlichen Dienstes (TvöD) eine maximale tägliche Höchstdauer von 13 Stunden – davon nur 8 Stunden Vollarbeitszeit – für Dienste der Stufe C und D vor.

Die Fortsetzung der 24-Stunden-Schichten und damit der überlangen Arbeitszeiten (Opt-Out) ist in den bisher vorliegenden Tarifverträgen weiterhin vorgesehen. Ihre Umsetzung ist allerdings immer an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. So ist zum Beispiel auch hier der Anteil von Vollarbeit auf max. acht Stunden begrenzt und alternative Arbeitszeitmodelle müssen geprüft werden. Ebenso kann unter bestimmten Voraussetzungen die maximale Wochenarbeitszeit abhängig von der Belastung im Bereitschaftsdienst verlängert werden.

Beispiel 1

Die Grenze der täglichen Höchstarbeitszeit von 10 Stunden im Arbeitszeitgesetz führt dazu, dass ein Tag, der bisher mit einem »24-Stunden-Dienst« abgedeckt wurde, zukünftig mit mindestens drei Ärztinnen oder Ärzten besetzt werden muss. Dabei sind Übergabezeiten mit eingerechnet.

Rechnung:

24 Std./Tag : 10 Std./Person = 2,4 Personen

3.4 Wichtige Auswirkungen für die Dienstplangestaltung

Eine der wichtigsten Konsequenzen der EuGH-Urteile und der Neuregelung des Arbeitszeitgesetzes ist eine ›Zweiteilung‹ der Bewertung von Bereitschaftsdiensten. Auf der Vergütungsseite zählt eine Stunde Bereitschaftsdienst weniger als eine Stunde, in der arbeitszeitlichen Bewertung wird eine Stunde Bereitschaftsdienst zu 100 Prozent angerechnet.

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Anforderungen, die durch die verschiedenen Funktionseinheiten, z. B. in einem Krankenhaus, an die Entwicklung von Dienstplänen gestellt werden, ist es schwierig, allgemeine arbeitszeitrechtliche Empfehlungen zu geben. Grundsätzlich müssen bei der (Neu-) Gestaltung von Dienstplänen alle arbeits-

rechtlichen Ebenen entsprechend ihrer Rangordnung berücksichtigt werden. Die Arbeitgeber und die Tarifvertragsparteien sind nach wie vor aufgefordert, die neue Definition von Bereitschaftsdienst (in der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie) bzw. im Arbeitszeitgesetz umzusetzen.

An dieser Stelle sollen nun drei einfache Beispiele, auf Grundlage der rechtlichen Rahmenbedingungen, den Zusammenhang zwischen Arbeitszeitrecht und seinen praktischen Auswirkungen vorgestellt werden.

Diese Beispiele deuten an, dass der Handlungsspielraum für die Dienstplanung an klaren Vorgaben orientiert sein sollte. Allerdings eröffnen sich im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zahlreiche Optionen und Varianten, die es in der Praxis zu erproben und umzusetzen gilt. Hinweise hierzu folgen im nächsten Kapitel.

Beispiel 2

Die Höchstgrenze von 48 Wochenstunden (im Durchschnitt) laut Arbeitszeitgesetz erfordert mindestens 4 Personen, um einen bisherigen ›24-Stunden-Dienst‹ an sieben Tagen pro Woche gewährleisten zu können.

Rechnung:

$168 \text{ Std./Woche} (= 7 \text{ Tage} \times 24 \text{ Std.}) : 48 \text{ Std./Woche}$
 $= 3,5 \text{ Personen}$

Beispiel 3

Sofern der TVöD gilt, ändern sich die genannten Bedingungen. Wenn ein Bereitschaftsdienst der Stufe C oder D geleistet wird, dann beträgt die maximale Arbeitszeit 13 Stunden, wovon allerdings nur 8 Stunden Vollarbeit sein dürfen. Für die Dienstplangestaltung bedeutet dies, dass mindestens zwei Beschäftigte pro Tag nötig sind, um eine 24-Stunden-Betreuung gewährleisten zu können.

Rechnung:

$24 \text{ Std./Tag} : 13 \text{ Std./Person} = 2 \text{ Personen}$ (Übergabezeit 1 Stunde)



4 Vorgehensweise zur Einführung

Die Anforderungen, denen ein neues Arbeitszeitmodell gerecht werden muss, können von Abteilung zu Abteilung sehr unterschiedlich sein. So sind die Arbeitsabläufe in einer internistischen Abteilung ganz anders als in einer chirurgischen. Die Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen bzw. Berufsgruppen stellen sich ebenfalls für jede Fachdisziplin anders dar. Diese Prozessketten müssen bei der Frage der (Re-)Organisation von Arbeitszeiten berücksichtigt werden. Auch die Beschäftigten haben unterschiedliche Anforderungen an die Arbeitszeitgestaltung. Neben dem Wunsch, Familie und andere private Verpflichtungen gut mit dem Beruf vereinbaren zu können, kann es beispielsweise wichtig sein, die Ausbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt zügig zu absolvieren. Schließlich sollte eine extreme Arbeitsbelastung durch überlange Arbeitszeiten vermieden werden und das Einkommensniveau gesichert sein. Natürlich spielen die wirtschaftlichen Anforderungen eine wichtige Rolle. In den meisten Häusern können keine bzw. nur in sehr begrenztem Umfang zusätzliche Personalressourcen zur Verfügung gestellt werden. Gleichwohl muss die Patientenversorgung sichergestellt sein. Und nicht zuletzt muss auch eine Fülle von formalen Aspekten berücksichtigt werden. Diese auf den ersten Blick widersprüchlichen Ziele können durch eine geschickte Arbeitszeitgestaltung harmonisiert werden. Dabei hat sich folgende, systematische Vorgehensweise bewährt:

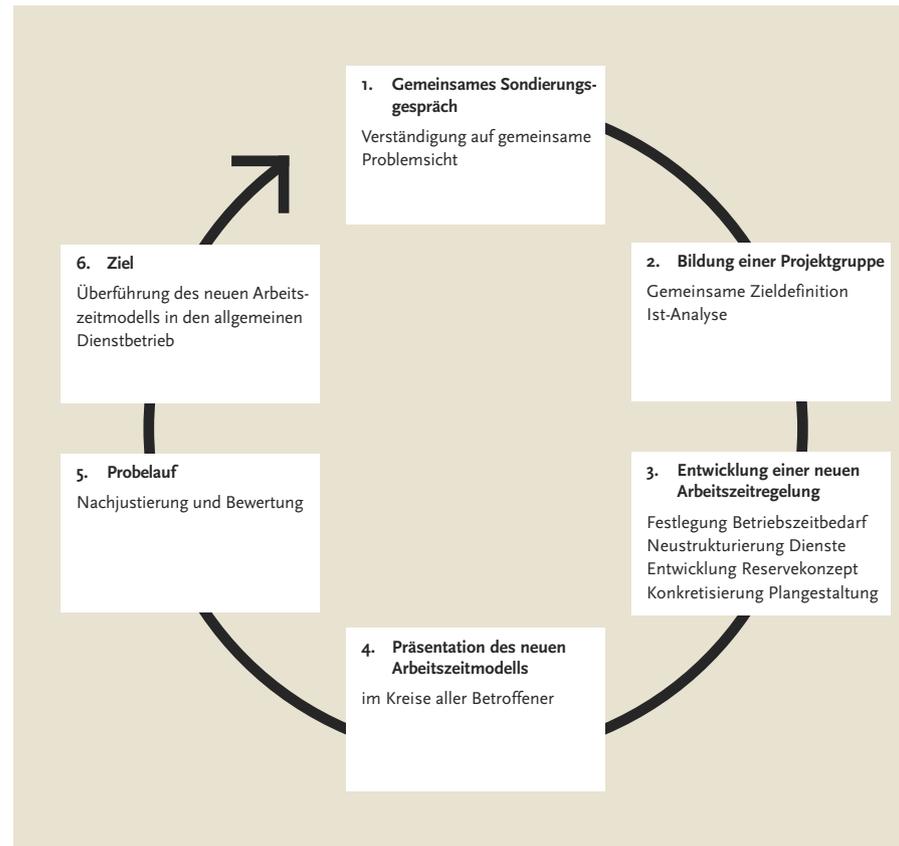


Abb. 2
Regelkreis beteiligungsorientierte
Arbeitszeitgestaltung
(in Anlehnung an Sczesny, Soziale
Innovation GmbH, 2005)

4.1 Gemeinsames Sondierungs- gespräch

Den Startpunkt für die Entwicklung einer neuen Arbeitszeitregelung bildet ein Gespräch zwischen Geschäftsführung, Personalleitung, Chefärztin oder Chefarzt, Oberärztin oder Oberarzt und Betriebs- /Personalrat bzw. Mitarbeitervertretung. Zu den häufigsten Auslösern eines solchen Gesprächs zählen aktuell:

- Die tarifliche Übergangsfrist zur Neuregelung der Bereitschaftsdienste läuft Ende 2006 aus.
- Die Arbeitsschutzverwaltung hat Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz festgestellt.
- Ärztinnen und Ärzte suchen nach Beschäftigungsalternativen, die mit weniger belastenden Arbeitszeiten einhergehen.
- In Konkurrenz zu anderen Häusern werden die Arbeitszeiten für potentielle Bewerberinnen und Bewerber als nicht attraktiv genug angesehen.

In allen Fällen ist Handlungsbedarf angezeigt. Ergebnis dieses Gesprächs ist eine Verständigung über die Problemlösung.

4.2 Bildung einer Projektgruppe

Bei der Zusammensetzung der Projektgruppe sollte darauf geachtet werden, dass Vertreterinnen und Vertreter der betroffenen Abteilungen einbezogen werden. Besonders wichtig ist es, diejenigen zu beteiligen, die in den Arbeitszeitsystemen arbeiten: die Ärztinnen und Ärzte. Sie können sehr gut beschreiben, welche zeitlichen und organisa-

torischen Veränderungen umsetzbar sind und an welchen Punkten es warum zu Engpässen kommt. Sie sind die Expertinnen und Experten in ihrem Arbeitsbereich. Die Einbeziehung ihres Wissens hilft, zu einer praxistauglichen und akzeptierten neuen Arbeitszeitregelung zu kommen. Außerdem ist es sinnvoll, die Personalleitung, den Betriebs- /Personalrat bzw. die Mitarbeitervertretung von Anfang an einzubeziehen. Vertreterinnen und Vertreter von Schnittstellenabteilungen (Pflege, OP, Funktionsdienst, medizinisch-technischer Dienst usw.) können entweder direkt in die Gruppe integriert werden oder im Bedarfsfall hinzukommen. Kann der Entwicklungsprozess nicht allein mit eigenem Personal bestritten werden oder soll zusätzliche Gestaltungskompetenz in Anspruch genommen werden, wird häufig eine externe Arbeitszeitberatung hinzugezogen.

Die erste Aufgabe der Projektgruppe besteht darin, die Ziele der Arbeit zu bestimmen.

- Was soll mit dem neuen Arbeitszeitmodell erreicht werden?
- Wer hat welche Interessen, Wünsche und Ziele?

Unter den aktuellen Rahmenbedingungen steht die Entwicklung einer rechtskonformen Regelung unter dem Vorzeichen der Kostenneutralität ganz oben an. Flexible Arbeitszeiten werden aber auch als ein wichtiger Faktor zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit und damit zur Sicherung der Beschäftigung angesehen. Eine bessere Vereinbarkeit von beruflichen, privaten und familiären Anforderungen steht ebenfalls häufig im Zielkatalog.

Alle betroffenen Arbeitsbereiche sollten in der Arbeitsgruppe vertreten sein. Ihr Praxiswissen ist Garant für eine praktikable Lösung.

Beispiel

In einem Krankenhaus der Maximalversorgung soll für die Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinen Chirurgie ein neues Arbeitszeitmodell erarbeitet werden. Die Projektgruppe formuliert folgende Ziele:

- **Gesetzliche Vorgaben (Arbeitszeitgesetz) einhalten**
 - Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit
 - keine überlangen Dienste
 - Einhaltung von Ruhe- und Pausenzeiten
- **Patientenzufriedenheit sicherstellen**
 - weniger Patientinnen und Patienten vom OP-Plan absetzen (Planungssicherheit)
 - mehr Zeit für Patientinnen und Patienten
- **Neue Arbeitszeiten möglichst kostenneutral umsetzen**
- **Planungssicherheit für die Ärztinnen und Ärzte erhöhen**
 - zu verlässlichen Zeiten Arbeit beenden
 - individuelle Arbeitszeitwünsche berücksichtigen
- **Arbeitsbelastung reduzieren**
 - Zeitdruck am Nachmittag reduzieren (Übergang in Bereitschaftsdienst)

Die zweite Aufgabe der Projektgruppe besteht in einer problemorientierten Analyse der Ist-Situation.

Tipps

Die Arbeit in der Projektgruppe sollte von einer externen Begleitung moderiert werden. Mit Hilfe moderner Moderationstechniken können unterschiedliche Sichtweisen transparent gemacht und Ergebnisse dokumentiert werden. Außerdem: Eine gute Vorbereitung und Strukturierung von Sitzungen spart Zeit.

Aktuelle Arbeitszeiten

Zunächst werden die aktuellen Arbeitszeitregelungen beleuchtet:

- Welche Stärken hat die aktuelle Arbeitszeitregelung?
- Welche Schwächen hat die Arbeitszeitregelung?

Betriebliche Erfahrungen zeigen, dass es sinnvoll ist, diese Fragen aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten, und zwar aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten, der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Betriebsleitung.

Beispiel		
In der Inneren Medizin eines Krankenhauses wird wochentags im Regeldienst von 7.00 bis 16.00 Uhr, mittwochs bis 14.00 Uhr gearbeitet. Daran schließt		sich ein Bereitschaftsdienst der Stufe D an. Die Projektgruppe hat folgende Stärken und Schwächen der praktizierten Arbeitszeiten heraus gearbeitet:
Aus Sicht	Positiv	Negativ
Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> – gemeinsame Visite aller Ärztinnen und Ärzte – Operierende/r Ärztin/Arzt ist erste/r Ansprechpartner/Ansprechpartnerin 	<ul style="list-style-type: none"> – Absetzen von Patientinnen und Patienten vom OP-Plan bei Überziehung geplanter OPs – Aufklärungsgespräch oft erst im Bereitschaftsdienst möglich
Ärztinnen und Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> – gemeinsame Frühbesprechung aller Ärztinnen und Ärzte (gute Information) – teilweise Vergütung der Bereitschaftsdienste 	<ul style="list-style-type: none"> – hohe Arbeitsbelastung durch lange Dienste – gesundheitliche Beeinträchtigungen (Schlafprobleme) – keine Planungssicherheit bezüglich Diensten – Inanspruchnahme im Bereitschaftsdienst über 50% – zu kurze Übergabezeiten
Betriebsleitung	<ul style="list-style-type: none"> – finanzielle Aufwendungen für Bereitschaftsdienst geringer als bei Vollarbeit – transparente Strukturierung des Tagesablaufs für die Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> – arbeitsrechtliche Probleme (Bewertung, Bereitschaftsdienst, Übergabezeiten, überlange Dienste) – regelmäßige Routinearbeiten im Bereitschaftsdienst

Abb. 3
Stärken- und
Schwächenanalyse
einer Arbeitszeit-
regelung (Sczesny,
Soziale Innovation
GmbH, 2005)

Arbeitsabläufe und Arbeitsorganisation

Zur Entwicklung neuer Arbeitszeiten werden zudem Informationen über die Arbeitsabläufe und die Arbeitsorganisation benötigt. Dabei ist es sinnvoll, auf entsprechende EDV-gestützte Analyseinstrumente zurückzugreifen. Folgende drei Fragen sollten beantwortet werden:

– Wer macht was?

Dabei geht es um den Aufgabenzuschnitt innerhalb der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte (CA-OA-Assistenzärztinnen und -ärzte) sowie zwischen den Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte – Pflege und andere).

– Was wird zu welcher Zeit gemacht?

Hier wird der Blick auf den zeitlichen Ablauf der Tätigkeiten über den gesamten Tag und die Woche geworfen. Häufig haben sich die Arbeitsabläufe über Jahre eingespielt. Eine kritische Betrachtung spürt häufig ›Zeitdiebe‹ auf, an die man sich in der Routine des Arbeitsalltags fast schon gewöhnt hat.

– Wie viel Arbeit fällt wann an und von wie viel Personen wird sie erledigt?

An dieser Stelle geht es um eine Betrachtung der anfallenden Arbeiten im Abgleich mit dem zu dieser Zeit verfügbaren Personal. Die Bereitschaftsdienstzeiten sind zu prüfen, die tatsächliche Inanspruchnahme festzustellen.

– Belastung und Beanspruchungen der Beschäftigten

Eine gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnis ist, dass das gesundheitliche Risiko bei Menschen, die Nacht- und Schichtarbeit leisten, erhöht ist. So können Informationen zur Schlafdauer nach einem Nachtdienst sowie zu gesundheitlichen Beschwerden, die

direkt in Zusammenhang mit der Arbeitszeit stehen, die Handlungsnotwendigkeit verdeutlichen. Eine Befragung der betroffenen Ärztinnen und Ärzte kann zeigen, welche Beanspruchungen aus der Arbeitszeit und der Arbeitssituation insgesamt resultieren.

Tipp

In der Praxis hat es sich als sehr sinnvoll erwiesen, die Ergebnisse aus der Projektgruppe heraus von Anfang an begleitend zu kommunizieren, sei es über kurze mündliche Informationen oder über ein schwarzes Brett. Wesentlich ist dabei, dass die Diskussion über Arbeitszeiten und deren Gestaltung als offener Prozess wahrgenommen wird, und nicht als Geheimzirkel hinter verschlossenen Türen. Gerüchte und ›Flurfunk‹ sind häufig Ursache für das Scheitern der Umsetzung eines eigentlich gelungenen Arbeitszeitmodells.

4.3 Entwicklung der neuen Arbeitszeitregelung

Aufbauend auf den Zielen und der Analyse des Ist-Zustandes, geht es nun um die schrittweise Erarbeitung neuer Modelle. Entsprechend der Komplexität der Aufgabe hat sich ein strukturiertes Vorgehen bewährt, welches die folgenden Schritte berücksichtigt:

- a) Betriebszeitbedarf
- b) Gestaltung der Dienste
- c) Reservekonzept
- d) Plangestaltung
- e) Flankierende Maßnahmen

a) Betriebszeitbedarf

Im Gegensatz zu den derzeit üblichen, einheitlichen Arbeitszeiten, die darauf angelegt sind, die Verfügbarkeit von Beschäftigten zu maximieren, gilt es bei der Gestaltung von modernen Arbeitszeitmodellen im ersten Schritt die Betriebs- oder Servicezeit festzulegen. Der Vorteil dieses Vorgehens liegt darin, Betriebs- oder Servicezeiten von der individuellen Arbeitszeit der Mitarbeiterin und des Mitarbeiters zu entkoppeln. Der folgende (nächste) Schritt der Aufgabenplanung ermöglicht es dann, Personalkapazitäten mit dem Betriebszeitbedarf auszubalancieren. Damit ist der Grundstein für eine prozessorientierte Arbeitsplanung gelegt.

Um die Betriebszeit zu beschreiben, kommen theoretisch drei Gruppen von Verfahren in Frage:

- Berechnungsorientierte Verfahren starten ausgehend von Kennziffern

(z. B. zeitliche Verteilung der Röntgenaufnahmen) und berechnen daraus den Bedarf.

- Budgetorientierte Verfahren basieren auf einer optimalen Verteilung von einer vorgegebenen Anzahl an Arbeitsstunden. Optimierung kann sich dabei auf Risiko, Stress, Wartezeiten etc. beziehen.
- Ablauforientierte Verfahren bilden die Arbeitsabläufe ab und bestimmen daraus den Bedarf.

Tipp

Im Gesundheitswesen erweist sich die Festlegung der Betriebszeit als nicht einfach: Viele Tätigkeiten erscheinen als nicht messbar, die Arbeit als »unendlich«. Dieser Herausforderung kann man begegnen, indem man grundsätzlich qualitative und quantitative Daten in die Erfassung einfließen lässt. Zusätzlich ist es hilfreich, die Beschäftigten in die Analyse mit einzubeziehen, denn erst sie können wichtige Informationen zum Verständnis von Zusammenhängen geben, die in einer rein statistischen Betrachtung untergehen.

Zum einen haben sich Auswertungen bestimmter Zeitdaten bewährt, wie zum Beispiel Lage der Überstunden, Patientenaufkommen, Belastungen im Bereitschaftsdienst usw. Zum anderen ist die Beschreibung von Arbeitsaufgaben sehr hilfreich, die den zeitlichen Rahmen der Leistungserbringung vorstrukturieren. Erst die Anwen-

Die Entkoppelung der Arbeitszeit von der Betriebszeit ergibt Flexibilität für die Einzelnen.

derung verschiedener Verfahren minimiert die Gefahr, den Betriebszeitbedarf entsprechend der Anwesenheit festzulegen, ohne die Potenziale für eine prozessorientierte Arbeitsorganisation zu nutzen. Daraus kann eine sinnvolle, parallele Anwendung der verschiedenen Verfahren zur Beschreibung der Betriebszeit folgen.

Tipp

Hilfreich für die Festlegung der Betriebszeit kann es sein, auf die Erhebungen zur Inanspruchnahme im Bereitschaftsdienst (Ist-Analyse) zurückzugreifen. Die Erhebung kann helfen, die Frage zu klären, wie eine bedarfsgerechte Aufteilung des Tages, unabhängig von der individuellen Arbeitszeit des Einzelnen, wirklich ist. Diese Festlegung der Betriebszeit ist nicht nur über einen Tag bzw. eine Woche zu betrachten, sondern es ist zu diskutieren, ob sich der Bedarf im Jahresverlauf ändert und sich unterschiedliche Wochentypen unterscheiden lassen.

rücken Patientenanforderungen, die Optimierung von räumlichen und technischen Ressourcen immer mehr in den Mittelpunkt. Die traditionellen Regeldienst-Bereitschaftsdienstmodelle müssen häufig aufgelöst werden. Die Festlegung der Dienste steuert die Qualität der Leistung, die Qualität der Arbeitsbedingungen und die Kosten des Arbeitszeitmodells maßgeblich.

Entscheidend bei der Gestaltung dieser Dienste ist, neben den Vorgaben durch die Betriebszeit, die arbeitszeitrechtliche bzw. tarifvertragliche Grenze der täglichen Arbeitszeit zu beachten. Hier sind insbesondere zwei Arbeitszeitgrenzen maßgeblich. Zum einen die Länge der täglichen Arbeitszeit. Dadurch lassen sich grundsätzlich verschiedene Modellgruppen unterscheiden: Modelle, in denen die Belastung in der Nacht der Vollarbeitszeit entspricht und dementsprechend im Schichtdienst gearbeitet werden muss und Modelle, in denen sich die Arbeitsbelastung über den Tagesverlauf verändert und daher mit Bereitschaftsdiensten geplant werden kann.

Zwei Arbeitszeitgrenzen sind von Bedeutung: die Länge der täglichen Arbeitszeit und die maximale Arbeitszeit in der Woche.

b) Gestaltung der Dienste

Auf der Basis des zeitlichen Rahmens der Leistungserbringung gilt es nun, Dienste zu finden. Insbesondere durch die neuen rechtlichen Grenzen der Arbeitszeit ist eine Neuorganisation der herkömmlichen Tageseinteilung – Arbeitszeit plus Bereitschaftsdienst bis zum nächsten Morgen – zu diskutieren und zu überprüfen. Zusätzlich

Schichtdienstmodelle zeichnen sich dadurch aus, dass der ganze Tag mit Vollarbeitszeit verplant wird.



Soll die derzeitige Arbeitszeitaufteilung in Vollarbeitszeit und Bereitschaftsdienst beibehalten werden, entscheidet die Länge der Vollarbeitszeit über die Gestaltungsmöglichkeiten der Dienste. Im folgenden Beispiel wurde die Grenze der max. täglichen Arbeitszeit von 13 Stunden zugrunde gelegt, welche eine Planung ermöglicht, die ähnlich der derzeit üblichen Planung die Zeit bis 16:30 Uhr mit Vollarbeitszeit und anschließendem Bereitschaftsdienst (BD) abdeckt. Nach 13 Stunden wird der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin abgelöst.



Ergibt sich bis in den Abend ein Bedarf an Vollarbeitszeit, müssen Modelle mit versetzten bzw. Spätdiensten geplant werden, um die Grenzen der max. täglichen Arbeitszeit einzuhalten.



Abb. 4
Stundenverteilung im Bereitschaftsdienst 1
(Arbeitszeitberatung Bettina Tondorf, 2005)

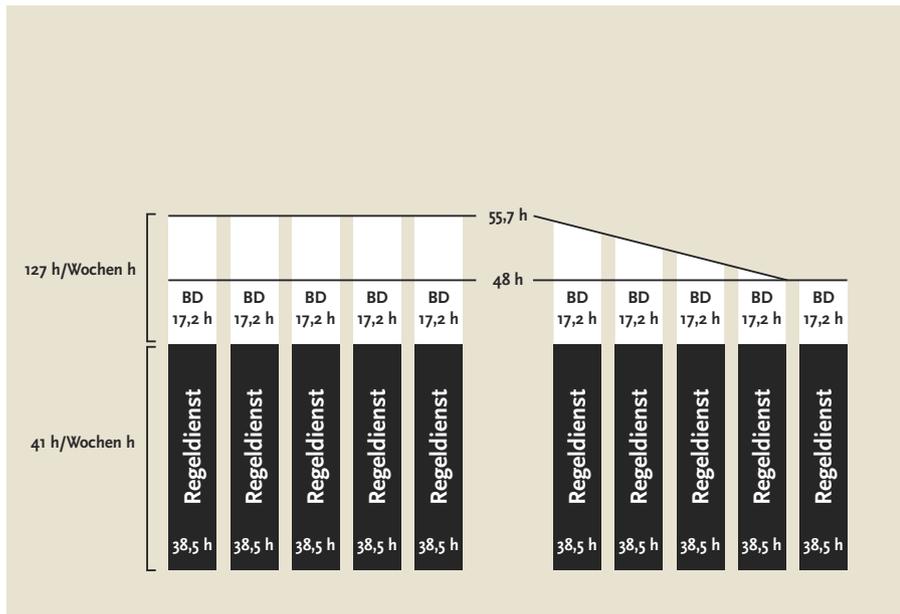
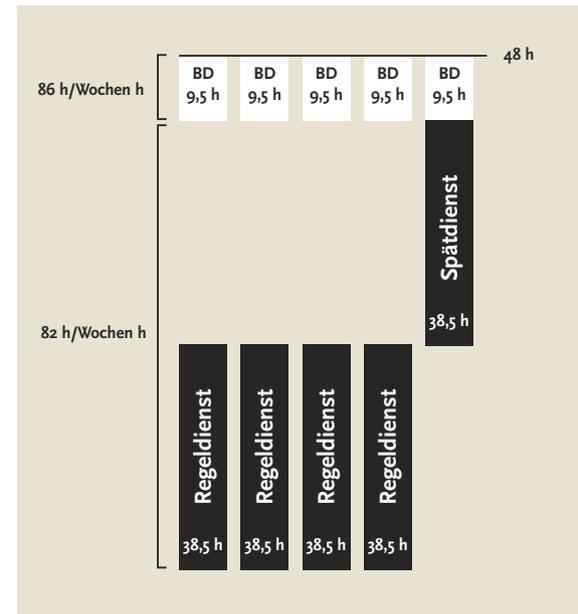


Abb. 5
Stundenverteilung im Bereitschaftsdienst 2
(Arbeitszeitberatung Bettina Tondorf, 2005)



Die zweite maßgebliche Grenze für die Gestaltung der Dienste ist die max. Arbeitszeit in der Woche, denn durch diese Grenze wird definiert, wie hoch der Bereitschaftsdienstanteil für eine Gruppe von Beschäftigten sein kann. Alle Beschäftigten leisten im Durchschnitt zu ihrer vertraglichen Arbeitszeit von 38,5 Stunden noch 17,2 Stunden Bereitschaftsdienste und überschreiten so die Grenze der maximalen durchschnittlichen Arbeitszeit. Um bei diesem Modell die nach dem Arbeitszeitgesetz durchschnittlich zulässigen 48 Stunden zu beachten, müssten die Bereitschaftsdienste auf mindestens zehn Beschäftigte aufge-

Beispiel

Für eine Gruppe von Ärztinnen und Ärzten wurde untersucht, unter welchen Voraussetzungen sich die Grenzen der max. Arbeitszeit einhalten lassen. Die derzeitige Planung sah einen Regeldienst (41 Stunden in der Woche) und anschließend dem Bereitschaftsdienst, mit insgesamt 127 Stunden, vor (siehe Abbildung 4 und Abbildung 5).

teilt werden. Plant man hingegen Beschäftigte in einen Spätdienst ein, reduziert sich der Anteil der Bereitschaftsdienststunden um 41 und die Grenze von max. durchschnittlich 48 Stunden kann auch mit fünf Beschäftigten eingehalten werden.

Nach der Festlegung der Dienste kann nun eine erste Abschätzung der finanziellen Auswirkungen ermittelt und diskutiert werden. Eine Verschiebung des Bereitschaftsdienstbeginns bzw. -endes verändert den Umfang der Bereitschaftsdienste und damit die Kosten. Ebenso wie bei der Festlegung der Betriebszeit ist auch bei der Gestaltung der Dienste die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu berücksichtigen. Wann müssen wie viele Fachärztinnen / Fachärzte und wann müssen wie viele Assistenzärztinnen und Assistenzärzte da sein?

Neben der üblichen und bekannten Aufteilung der Zeit in feste Dienste sollte immer die Möglichkeit flexibler Arbeitszeiten diskutiert werden. Das bedeutet, dass die Verteilung der Arbeitszeit schwankendem Arbeitsanfall angepasst und den persönlichen Zeitinteressen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Raum gegeben wird. Innerhalb der Betriebszeit lassen sich Zeiträume definieren, in denen die Beschäftigten ihre Arbeitszeit individuell steuern können. Voraussetzung dafür ist, dass Zeiten zeitnah ausgeglichen werden können. So können beispielsweise längere Dienste stets durch zeitverkürzte Tage ausgeglichen werden. Zu einer wirklichen Flexibilisierung kann es dabei nur kommen, wenn die Beschäftigten den Zeitausgleich eigenverantwortlich steuern können. Diese Modelle werden in der Regel über den Einsatz von Zeitkonten gesteuert.

Nur durch einen zeitnahen Ausgleichszeitraum kann Flexibilität erhalten bleiben.

c) Reservekonzept

Ein wichtiges Potenzial für die Entlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für die Steigerung der Effizienz stellt eine durchdachte Abwesenheitssteuerung dar. Sie ist eine Grundvoraussetzung flexibler Arbeitszeitgestaltung. Im ersten Schritt muss Klarheit über die tatsächliche Abwesenheit gewonnen werden. In derzeitigen Arbeitssystemen wird häufig von einer Brutto-Anwesenheit ausgegangen. »Wir haben zehn Ärzte.« Entsprechend werden

Beispiel

Für die Besetzung einer Station stehen vier Assistenzärzte zur Verfügung, die in der Regeldienstzeit anwesend sein sollen. Zusätzlich werden an Wochenenden kurze Visitedienste geleistet, die nicht in die Regelarbeitszeit gerechnet werden. Durch den Abzug von Urlaub und Abwesenheit für Weiterbildung und Sonstiges wurde eine Abwesenheit von 15,4 % pro Mitarbeiterin und Mitarbeiter ermittelt. Zur Besetzung der Dienste stehen dementsprechend nur 3,4 Mitarbeiter zur Verfügung. Auch die Visitedienste am Wochenende sollten mit in die Regelarbeitszeit gerechnet werden. Dies führt noch einmal zu einer Verringerung der täglich durchschnittlichen Anwesenheit. Zusätzlich leisten die Ärzte auch noch Bereitschaftsdienste, die zu durchschnittlich 5,7 Tagen Freizeitausgleich im Monat führen. Entsprechend wird die Planungsgrundlage für die Tagesbesetzung auf drei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter reduziert.

die Arbeitsplätze geplant. Durch Abwesenheiten wie Urlaub, Krankheit, Fortbildung und Freizeitausgleich für Bereitschaftsdienste kommt es so durchgängig zu einer Unterbesetzung. Selbst langfristig bekannte Abwesenheiten führen durch mangelhafte Planung schnell zu Personalengpässen.

Ist die Abwesenheit berechnet, legt man fest, welche Abwesenheiten ersetzt werden, d. h. wie werden Aufgaben verteilt. Über die Analyse der Verteilung der Abwesenheiten erhält man ein Bild über die urlaubsbedingten Auslastungsschwankungen. Gemeinsam mit den in den Betriebszeitanalysen festgelegten Zeiten und Besetzungstärken lassen sich Spielregeln für die Abwesenheitssteuerung erarbeiten und ein Reservekonzept entwickeln. Diese planerische Arbeit, die die Steuerung von Abwesenheiten ermöglicht, erfordert meistens auch einen kulturellen Wandel. Abwesenheit, also abwesend sein zu können, ist im Gesundheitswesen in seinen bisherigen Strukturen immer noch sehr schwierig. Genau hier liegt aber das Potenzial für Flexibilität und einer effizienten Arbeitszeitznutzung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

d) Plangestaltung

Für die Plangestaltung mit Bereitschaftsdiensten ergeben sich grundsätzlich zwei Optionen. Bleiben die Dienste, soweit tarifvertraglich zugelassen, wie bisher oder werden sie durch Spätdienst-Bereitschaftsdienst-Kombinationen ersetzt? Mit jeweils einem arbeitsfreien Folgetag verlangt dies nur einen geringen Umstellungsaufwand. Nachteile ergeben sich vor allem durch eine schlechte Kontinuität durch tägliche, personell wechselnde arbeitsfreie Tage und den Umstand, dass es bei der Gestaltung ggf. zu einer zusätzlichen Reduzierung der Besetzungstärke am Vor-

mittag kommt. Bei Modellen, in denen Tag- und Nachtdienste personell getrennt besetzt werden, bietet sich eine Plangestaltung mit Dienstfolgen an. In diesen werden mehrere Nachtdienste in Folge erbracht. Dabei ist es unabhängig, ob diese als Bereitschaftsdienste, Vollarbeitszeit, oder gemischt gestaltet sind. Bei dieser Vorgehensweise lässt sich der Besetzungsverlust am Tag minimieren. Zugleich kommt dies auch der Kontinuität in der Patientenbetreuung zugute. Problematisch sind hierbei sicherlich die Länge der Nachtdienstblöcke und die Akzeptanz bei den Beschäftigten. Im folgenden Beispiel wurden die Bereitschaftsdienste (BD) in einer Folge von Sonntag bis Donnerstag geplant, dadurch fehlt nur eine Person im Regeldienst (R).

Durch geplante Abwesenheit können neue Potentiale erschlossen werden.

Abb. 6
Planmodell mit Bereitschaftsdienstfolge
(Arbeitszeitberatung
Bettina Tondorf, 2005)

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1. Woche	R	R	R	R	R		BD
2. Woche	FZA BD	FZA BD	FZA BD	FZA BD	FZA		
3. Woche	R	R	R	R	R	BD	
4. Woche	R	R	R	R	BD	BD	
5. Woche	R	R	R	R	R		BD
6. Woche	R	R	R	R	R		
Besetzung Regeldienste	5	5	5	5	4		

Flexible Arbeitszeitmodelle sind keine Selbstläufer. Sie müssen von den Beschäftigten akzeptiert, gelebt und verinnerlicht werden.

e) Flankierende Maßnahmen

Mit der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle stellen sich auch neue Anforderungen an die Kompetenzen und damit an den Qualifikationsbedarf der zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Der Prozess der Flexibilisierung erfordert von den Beteiligten ein hohes Maß an Eigenverantwortung und betriebswirtschaftlichem Denken. Neben diesen fachlichen Qualifikationen wirken flexible Arbeitszeiten grundsätzlich auf das Verhältnis der Menschen untereinander. Entsprechend muss eine Qualifizierung die Bereiche Fachwissen, Planungskompetenz und Zeitmanagement, Verantwortungsfähigkeit, soziale Kompetenz und Beteiligungskompetenz berücksichtigen. Für die Gestaltung und Steuerung von Arbeitszeitmodellen ist ein Fachwissen über technische und betriebswirtschaftliche Zusammenhänge sowie über die rechtlichen Rahmenbedingungen nötig. Planungskompetenz erleichtert ferner das Steuern von Mehrarbeit sowie den entsprechenden Ausgleich. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten von Anfang an in die Zeitgestaltung einbezogen werden. Dabei ist es häufig notwendig sehr unterschiedliche Interessen auszugleichen, was ein gewisses Maß an sozialer Kompetenz erfordert. Zusätzlich müssen auch die Beschäftigten in der Lage sein, vorhandene Gestaltungsoptionen aufzunehmen und ihre eigenen Zeitinteressen konstruktiv in die Planung mit einfließen zu lassen.

4.4 Präsentation des neuen Arbeitszeitmodells

Die entwickelten Arbeitszeit-Alternativen werden in der Projektgruppe diskutiert, Vor- und Nachteile abgewogen. Es erfolgt ein Abgleich mit den zu Projektbeginn formulierten Zielen. Um eine breite Akzeptanz zu erreichen, ist es ebenfalls wichtig, die Ergebnisse den betroffenen Ärztinnen und Ärzten sowie Führungskräften (Oberärztinnen und Oberärzte, Chefärztinnen und Chefärzte) vorzustellen und mit ihnen zu diskutieren.

Die letztendliche Entscheidung über die Einführung neuer Arbeitszeitregelungen obliegt der Krankenhausleitung, ggf. im Rahmen der Mitbestimmungsregeln gemeinsam mit dem Betriebs-/Personalrat bzw. der Mitarbeitervertretung. In einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung wird das Ergebnis niedergelegt.

4.5 Probelauf

Die Einführung des neuen Arbeitszeitmodells sollte zunächst befristet, auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erfolgen. Warum? Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen Zeit, um sich an das neue Arbeitszeitmodell zu gewöhnen. Es müssen zum Teil neue Arrangements zwischen beruflichen und privaten Anforderungen gefunden werden. Wichtig ist aber auch, das neue Modell mit Leben zu füllen. Häufig muss das Arbeitszeitmodell nachjustiert werden. Bei Bedarf können kleine Veränderungen schnell vorgenommen werden, wie z. B. kleine Verschiebungen von Anfangs- und Endzeiten oder Pausenzeiten.

Darüber hinaus ist es wichtig, konsequent die personellen und organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen, damit die Arbeitszeitregelungen auch wirklich greifen können. Personalressourcen müssen möglicherweise verlagert werden; Arbeitsabläufe müssen verändert bzw. optimiert werden.

Tip

Es hat sich als sinnvoll und hilfreich erwiesen, zur Begleitung des Einführungsprozesses eine Verantwortliche bzw. einen Verantwortlichen – zum Beispiel aus der Personal- und Organisationsabteilung – zu benennen. Es bedarf eines »Kümmers«, der unter anderem darauf achtet, dass Arbeits- und Zeitplan nicht in der Hektik des Alltags vergessen werden.

Die Probezeit sollte mit einer Bewertung der Veränderungen enden. Dies kann in der Projektgruppe erfolgen. Und auf jeden Fall sollten die betroffenen Ärztinnen und Ärzte zu Wort kommen. Hier bietet sich erneut eine schriftliche Befragung an. Ob das neue Arbeitszeitmodell auf Dauer eingeführt wird, sollte vom Ergebnis der Bewertung abhängig gemacht werden.

4.6 Ziel

Kann nach der Erprobungsphase das Arbeitszeitmodell in den Dauerbetrieb überführt werden, ist das Ziel erreicht. In regelmäßigen Abständen sollten die Arbeitszeiten jedoch auch weiterhin auf den Prüfstand gestellt werden, damit schnell auf Veränderungen reagiert werden kann. Nur so kann eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitszeitregelung gesichert werden. Die Organisation dieses kontinuierlichen Verbesserungsprozesses kann der Projektgruppe übertragen werden.

Meist bleibt es nicht bei der Entwicklung einer neuen Arbeitszeitregelung in einer Abteilung. Die gesammelten Erfahrungen und aufgebauten Kompetenzen können hilfreich sein, in weiteren Fachabteilungen vergleichbare Gestaltungsprozesse in Gang zu setzen. Jedenfalls sollte das Projektteam in sinnvollen Zeitabständen das Arbeitszeitmodell beurteilen und bei Bedarf an veränderte Situationen anpassen, damit eine nachhaltige Wirksamkeit sichergestellt ist.



5 Literatur

Boemke, B. und Kern, B. (Hrsg.): Arbeitszeit im Gesundheitswesen. Arbeitsschutz – Dienstplangestaltung – Haftung. Asgard-Verlag, Sankt Augustin, 2004

Buscher, F.: Bericht zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei der Einführung der Fallpauschalen. In: das Krankenhaus, 3/2005, S. 181–185, 2005

EU-Arbeitszeitrichtlinie (Wortlaut) / Richtlinie 93/104/EG des Rates vom 23. November 1993 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung.

URL: <http://europa.eu.int/scadplus/leg/de/cha/c10405.htm>

Herrmann, L.: Die Zukunft ärztlicher Arbeitszeitsysteme. In: A. Thiede & H.-J. Gassel (Hrsg.), Krankenhaus der Zukunft, Dr. Reinhard Kaden Verlag, Heidelberg, 2005

Ku-Sonderheft: Arbeitszeit im Krankenhaus. Gesetz – Modelle – Beispiele. Baumann Fachverlage, Kulmbach, 7/2004

Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen: Arbeitswelt NRW 2004. Belastungsfaktoren – Bewältigungsformen – Arbeitszufriedenheit, Düsseldorf, 2005

Richter, P. et al.: Wie belastet sind Ärzte mit Bereitschaftsdienst? Eine Belastungs-Beanspruchungs-Analyse bei sächsischen Krankenhausärzten.

URL: http://www.arbeitsschutz-sachsen.de/publications/projektberichte/krankenhaeuser/kh_bereitschaftsdienst.pdf, 2005

Schierholt, U. und Sczesny, C.: Gutachten zu den organisatorischen Voraussetzungen bei der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern. Im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums, unveröff. Bericht, Dortmund, 2005

Schlottfeldt, C.: Das novellierte Arbeitszeitgesetz nach der Jaeger-Entscheidung des EuGH. In: Zeitschrift für Europäisches Arbeits- und Sozialrecht (ZESAR), S. 160ff., 2004

Weiterführende Literatur und Links

Studien:

http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_600110/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f313-10141_temporald=raw,property=publicationFile.pdf/f313-10141.pdf

Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus – Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Statistik:

<http://www.kgnw.de/h150/internet/syncmskgnw.nsf/frame/fsstartz?OpenDocument>

http://www.destatis.de/themen/d/thm_gesundheit.php

<http://www.lds.nrw.de/statistik/datenangebot/daten/c/index.html>

Rechtliche Rahmenbedingungen:

<http://www.marburger-bund.de/bundesverband/aktuelles/tarifpolitik/tarifrunde2005/tvoed-13-9-05.pdf>
Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVöD)

<http://www.marburger-bund.de/bundesverband/aktuelles/tarifpolitik/tarifrunde2005/tvoed-teil-kh.pdf>
Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVöD) – Besonderer Teil Krankenhäuser

Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus:

http://www.arbeitszeiten.nrw.de/pdf/TEMPORA_7_Arbeitszeitgestaltung_im_Gesundheitswesen.PDF

Tempora Mai 2004 ›Arbeitszeitgestaltung im Gesundheitswesen‹

http://lasi.osha.de/docs/lv30_0305.pdf

LASI Veröffentlichung 30 ›Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern Arbeitszeitproblematik am Beispiel des ärztlichen Dienstes‹, 2. Auflage (grundlegend überarbeitet)

http://www.arbeitszeiten.nrw.de/b4-3-4f_Arbeitszeiten_im_Krankenhaus.htm

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Initiative Moderne Arbeitszeiten

Impressum

Flexible Arbeitszeiten für den ärztlichen Dienst – Anforderungen, Auswirkungen, Antworten

Konzept und Text:

Dr. Ulrike Hellert, Moderne Arbeitszeiten, E-Mail: ulrike@hellert.de

Dr. Christiane Lindecke, Arbeitszeitberatung und Personalentwicklung, E-Mail: christiane.lindecke@web.de

Dr. Cordula Sczesny, Soziale Innovation GmbH, E-Mail: sczesny@soziale-innovation.de

Bettina Tondorf, Arbeitszeitberatung Bettina Tondorf, E-Mail: office@bettinatondorf.de



Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit

Friedrich-Henkel-Weg 1–25 D-44149 Dortmund

Telefon +49.231.9071-2250 Fax +49.231.9071-2363 inqa@baua.bund.de www.inqa.de



Herausgeber:

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Friedrich-Henkel-Weg 1–25 D-44149 Dortmund

Telefon +49.231.9071-0 Fax +49.231.9071-2454 poststelle@baua.bund.de www.baua.de

Gestaltung: GUD – Helmut Schmidt, Braunschweig

Foto: Uwe Völkner – FOX-Fotoagentur, Lindlar/Köln

Herstellung: Lausitzer Druck- und Verlagshaus GmbH Bautzen

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit vorheriger Zustimmung
der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

1. Auflage, Oktober 2006

ISBN 3-88261-527-3

► Initiative Neue Qualität der Arbeit

inqa.de



b a u a :
Bundesanstalt für Arbeitsschutz
und Arbeitsmedizin

**Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit
c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin**

Friedrich-Henkel-Weg 1-25 D-44149 Dortmund
Telefon +49.231.9071-2250 Fax +49.231.9071-2363
inqa@baua.bund.de
www.inqa.de