



LÄNDERAUSSCHUSS FÜR ARBEITSSCHUTZ UND SICHERHEITSTECHNIK

L A S I

Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern

Arbeitszeitproblematik am Beispiel des ärztlichen Dienstes



LV 30

Die Arbeitszeiten in Krankenhäusern stehen in der Kritik. Insbesondere die Ärzte und ihre Interessenvertretungen führen Beschwerde über lange, familien- und sozialfeindliche Dienstzeiten. Sie werfen den Arbeitgebern rechtswidriges Verhalten vor und fordern die Aufsichtsbehörden zu mehr Kontrollen auf. Die Arbeitgeber hingegen halten eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Ärzte für nicht finanzierbar und verweisen auf ihre durch Rechtsvorschriften eingeschränkten Finanzierungsbedingungen.

Die Aufsichtsbehörden im ganzen Bundesgebiet sind seit Inkrafttreten des Arbeitszeitgesetzes 1994 verstärkt bemüht, durch Aufklärung und Beratung, aber auch durch Anwendung der Möglichkeiten des Verwaltungsrechts diese Arbeitsbedingungen zu verbessern und auf eine rechtskonforme Arbeitszeitgestaltung in den Krankenhäusern hinzuwirken. Weder das Arbeitszeitrecht noch das neue Arbeitsschutzgesetz haben aber zu einer wesentlichen Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen geführt. Nach wie vor besteht akuter Handlungsbedarf. Auf ihrer Sitzung im November 2001 haben auch die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der


Länder den Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) gebeten, vorhandene Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern auszuwerten und eine praktikable Handlungshilfe vorzulegen. Es müsse vermieden werden, dass durch überlange Arbeitszeiten Ärztinnen und Ärzte überfordert und die Gesundheit von Patientinnen und Patienten beeinträchtigt werden könnte. Die Durchsetzung des Arbeitszeitrechts müsse mit Augenmaß erfolgen. Ziel sei eine dialogorientierte staatliche Aufsicht, die Gelegenheit gibt, vorbereitende Maßnahmen zur Umsetzung von mit dem Arbeitszeitrecht konformen Arbeitszeitmodellen zu ergreifen.

Der Unterausschuss 3 des LASI (Sozialer Arbeitsschutz) wurde daher vom LASI beauftragt, die vorhandenen Erkenntnisse im Gesundheitswesen zu beschäftigungswirksamen und sozialverträglichen Arbeitszeitmodellen auszuwerten und daraus praktikable Handlungsvorschläge abzuleiten.

Von der Frage innovativer Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern sind nicht nur die Arbeits- bzw. Sozialressorts der Bundesländer betroffen, sondern insbesondere auch die Gesundheitsressorts. Vertreter dieser Ressorts wurden deshalb in die Arbeit einbezogen.

Die Arbeitsgruppe hat bei ihrer Arbeit Fachleute, Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter (Anlage 1) angehört, die sich mit der Arbeitszeitorganisation in Krankenhäusern auseinandersetzen, und hat deren spezielles Fachwissen bei der Erarbeitung der Handlungshilfe einfließen lassen. Für diese konstruktive Mitwirkung und Hilfestellung danken wir ganz besonders.

Ziel der Arbeit ist es, eine praktikable, möglichst von allen Betroffenen akzeptierte Handlungshilfe zu erstellen, die Arbeitszeitmodelle aufzeigt, mit denen die Arbeitszeit in Krankenhäusern rechtskonform gestaltet werden kann.



Dr. Wilhelm Thiele
Vorsitzender des UA3
Sozialer Arbeitsschutz

Hamburg, März 2003

Es wirkten mit:

Dieses Konzept wurde im Auftrag der Arbeits- und Sozialministerkonferenz und des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) von einer Arbeitsgruppe der Länder unter Beteiligung von Vertretern aus dem Gesundheitsbereich erstellt.

Herr Albert Bracht

Ministerium für Gesundheit, Soziales
und Familie
des Landes Nordrhein-Westfalen

Frau Susanne Drückler

Sozialministerium
des Landes Mecklenburg-Vorpommern

Herr Günther Eichhorn

Sozialministerium
des Landes Baden-Württemberg

Frau Petra Gottschalk

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit,
Jugend und Soziales
der Freien Hansestadt Bremen

Herr Dr. Ulrich Hoffmann

Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Frauen
des Landes Brandenburg

Frau Ursula Höfer (Vorsitz der Arbeitsgruppe)

Behörde für Umwelt und Gesundheit
der Freien und Hansestadt Hamburg

Herr Reinhard Naujoks

Ministerium für Wirtschaft und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen

Frau Anna Maria Rommelfanger

Hessisches Sozialministerium

Frau Kirsten Schick

Sächsisches Staatsministerium für
Wirtschaft und Arbeit

Herr Lothar Schuster

Ministerium für Arbeit, Soziales,
Familie und Gesundheit
des Landes Rheinland-Pfalz

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	6
1. Problemdarstellung	7
Vorgeschichte	7
Rechtsgrundlagen für Arbeitszeitregelungen in Deutschland in Krankenhäusern	8
2. Stand der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes	9
Verstöße gegen die gesetzlichen Regelungen	9
Verstöße gegen die zulässigen tarifvertraglichen Regelungen	10
Problemschwerpunkte in der Praxis der Krankenhäuser	10
Probleme durch besondere Rahmenbedingungen	11
EuGH-SIMAP-Urteil vom 3.10.2000	13
3. Maßnahmen der Länder	14
4. Arbeitszeit- und Organisationsmodelle	15
Organisationsmodelle	15
Das Klinova Programm des LBK Hamburg	15
Modelle in Schweizer Krankenhäusern	16
Arbeitszeitmodelle	17
Arbeitszeitmodelle als Motor für die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes	17
Darstellung und rechtliche Beurteilung von Modellbeispielen	18
A. Modelle mit Bereitschaftsdienst entsprechend BAT SR 2c/AVR	20
Modell 1: Bereitschaftsdienstmodell (bis 49% Inanspruchnahme) nach tariflichen Vereinbarungen	20
Modell 2: Bereitschaftsdienstmodell (bis 25% Inanspruchnahme) nach tariflichen Vereinbarungen	22
Modell 3: Durch Bereitschaftsdienst mit bis zu 25 % Inanspruchnahme geteilte Arbeitszeit	24
Modell 4: Versetzter Dienst vor Bereitschaftsdienst	26
Modell 5: Spätdienstmodell	28

B. Modelle, die den Anforderungen des EuGH-SIMAP-Urteils entsprechen	30
Modell 6: 3-Schicht-Modell	30
Modell 7: Spätdienstmodell auf der Grundlage der tariflichen Vereinbarungen.....	32
Modell 8: Nachtdienstmodell / versetzte Dienste	34
Modell 9: Arbeitsbereitschaftsmodell	36
5. Auswirkungen der Arbeitszeitgestaltung auf die Kosten	38
6. Handlungsempfehlungen	40
Vorgehensweise bei der Neugestaltung der Arbeitszeit.....	40
Alle beteiligten Institutionen müssen handeln	43
Krankenhäuser	43
Aufsichtsbehörden	44
Gesundheitsbehörden und Krankenhausaufsicht	45
Sozialpartner	45
Gesetzgeber	45
Anlagen	
Anlage 1: Verzeichnis der mitwirkenden Institutionen	47
Anlage 2: Rechtsgrundlagen für Arbeitszeitregelungen in Krankenhäusern in Deutschland	48
Anlage 3: Übersicht der Länderaktivitäten	49
Anlage 4: Kostenberechnungen – Dienstplanvarianten ohne Bereitschaftsdienst.....	52
Anlage 5: Umwandlung von Überstunden in Stellen für Ärzte	59
Anlage 6: Weiterführende Literatur	60
Weitere LASI Veröffentlichungen	61
Impressum:	62

Zusammenfassung

Im Auftrag der Arbeits- und Sozialministerkonferenz wurden von Fachleuten aus den Gesundheits- und Arbeits- bzw. Sozialressorts der Länder neun Arbeitszeitmodelle auf ihre Übereinstimmung mit dem nationalen Recht sowie den Anforderungen des EuGH-SIMAP-Urteils überprüft und dargestellt (Kapitel 4). Dabei wurden sowohl Arbeitszeitmodelle berücksichtigt, die bereits in Krankenhäusern praktiziert werden (Modell 1 - 6), als auch Arbeitszeitmodelle, die von Arbeitszeitberatern entwickelt, aber erst in einzelnen Krankenhausabteilungen erprobt wurden (Modell 7 – 9). Die Modelle sind im Einzelfall den spezifischen Bedürfnissen der jeweiligen Organisationseinheit anzupassen.

Bei Optimierung der Arbeitszeitorganisation können rechtskonforme und praxisgerechte Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern realisiert werden, die an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert sind und die die Arbeitsbedingungen des Personals, insbesondere auch der Ärztinnen und Ärzte* erheblich verbessern können.

Voraussetzung für die Optimierung der Arbeitszeitorganisation ist eine Analyse der Einzeltätigkeiten, der Arbeitsabläufe und des Zusammenwirkens der einzelnen Organisationseinheiten mit dem Ziel einer ausreichenden Personalabdeckung bei Entzerrung der Arbeitszeiten. Die Einzelschritte für die Vorgehensweise werden ebenso dargestellt (Kapitel 6) wie die Auswirkung veränderter Arbeitszeiten auf die Kosten (Kapitel 5 und Anlagen 4 und 5).

Eine Darstellung der geltenden Rechtsgrundlagen (Kapitel 1 und Anlage 2) und der wesentlichen Umsetzungsdefizite (Kapitel 2) zeigt die wesentlichen Problembereiche auf.

** Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit haben wir häufig nur die männliche Form benutzt. Wir bitten die weibliche Form „mitzudenken“.*

1 | Problemdarstellung

Unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen und Probleme im Krankenhauswesen sowie der sich verändernden Klinikabläufe und Ansprüche der Patienten haben sich in einem verschärften Wettbewerb die Arbeitsbelastungen im Krankenhaus verdichtet. Bei begrenzten finanziellen Mitteln muss daher die Arbeitszeit effizient eingesetzt werden. Arbeitszeitrechtskonformen Strukturen kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu.

Vorgeschichte

Die Arbeitszeit des Pflegepersonals war seit 1924 bis zum Inkrafttreten des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) zum 1.7.1994 durch die Krankenhausarbeitszeitordnung geregelt, die im Wesentlichen die Beschränkung der Höchstarbeitszeit auf 10 Stunden täglich und 60 Stunden wöchentlich vorsah. Weitere Regelungen konnte die „Anstaltsleitung“ treffen. Für Ärzte galten nur der Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) für den öffentlichen Dienst mit seinen Sonderregelungen für Ärzte sowie die Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) für die kirchlichen Krankenhäuser. Mit Erlass der Richtlinie 93/104/EG mussten auch die Ärzte in die nationale Arbeitszeitgesetzgebung einbezogen werden. Die Richtlinie wurde mit dem am 1.7.1994 in Kraft getretenen Arbeitszeitgesetz umgesetzt. Seit dem Auslaufen der Übergangsregelungen für Ärzte und Pflegepersonal in Krankenhäusern am 1.1.1996 gilt das Arbeitszeitgesetz auch für diese Personengruppen in vollem Umfang.

Rechtsgrundlagen für Arbeitszeitregelungen in Deutschland in Krankenhäusern

Die Rechtsgrundlagen für Arbeitszeitregelungen in Krankenhäusern finden sich im Arbeitszeitgesetz vom 6. Juni 1994 (BGBl. I S. 1170), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1983) und in den ergänzend heranzuziehenden tarifvertraglichen Vereinbarungen (siehe auch Anlage 1). Das Arbeitszeitgesetz beruht auf der sogenannten Arbeitszeitrichtlinie der Europäischen Gemeinschaft, Richtlinie 93/104/EG des Rates über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung (ABl. EG Nr. L 307/18 vom 13.12.1993), geändert durch die Richtlinie 2000/34/EG des Europäischen Parlaments und des Rates (ABl. EG Nr. L 195/41 vom 22.06.2000). Das Arbeitszeitgesetz regelt Arbeitszeiten, Ruhepausen, Ruhezeiten sowie Nacht- und Schichtarbeit von Arbeitnehmern. Nicht erfasst vom Arbeitszeitgesetz sind die Chefärzte.

Von diesen Regelungen kann durch einen Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrages in einer Betriebsvereinbarung oder auch unter bestimmten Voraussetzungen in schriftlichen Vereinbarungen zwischen dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer in einem im Arbeitszeitgesetz in den § 7 und §12 vorgegebenen Rahmen abgewichen werden.

Von diesen Abweichungsmöglichkeiten haben Tarifvertragsparteien durch vergleichbare, im Detail unterschiedliche Regelungen Gebrauch gemacht, was die in Anlage 1 dargestellte Übersicht zeigen soll.

Arbeitszeitregelungen können unmittelbar auf Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes oder auf Tarifverträgen beruhen. Im Rahmen des § 7 Abs. 1 und 2 ArbZG treten an die Stelle der gesetzlichen Regelungen abweichende tarifvertragliche Vereinbarungen (z.B. BAT, BAT-KF, AVR - Diakonie, AVR - Caritas), die die in §§ 3 - 5 ArbZG festgesetzten Höchstgrenzen überschreiten. Von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Abs. 2 Nr. 3 ArbZG ist in den tarifvertraglichen Vereinbarungen Gebrauch gemacht worden. Nicht tarifgebundene Krankenhäuser können nach § 7 Abs. 3 ArbZG einzelne abweichende Regelungen aus den Tarifverträgen durch Betriebsvereinbarung oder Einzelarbeitsvertrag übernehmen. Je nachdem welche Regelung im jeweiligen Krankenhaus angewandt wird, können sich unterschiedliche Probleme ergeben.

Übergangsvorschriften in den §§ 25 und 26 ArbZG sollten die Anpassung an das am 1.7.1994 in Kraft getretene Arbeitszeitgesetz erleichtern. So müssen beim Inkrafttreten des Gesetzes bereits bestehende oder nachwirkende Tarifverträge oder Betriebsvereinbarungen nicht geändert werden, auch wenn sie den in § 7 Abs. 1 oder 2 oder § 12 Satz 1 Arbeitszeitgesetz vorgegebenen Abweichungsrahmen überschreiten. Die Ruhezeitvorschriften des Arbeitszeitgesetzes gelten erst seit dem 1. Januar 1996 für Ärzte und Pflegepersonal in Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen.

Trotz besonderer Maßnahmen der Arbeitsschutzverwaltungen der Länder nach Inkrafttreten des Gesetzes, wie

- Beratungen und Kontrollen,
- Modellprojekte in Krankenhäusern,
- Informationsbroschüren,
- Besprechungen, Fachtagungen und Konferenzen,
- Überprüfungsaktionen und landesweite Kontrollprogramme,
- Verwaltungsmaßnahmen,

wird bei der Arbeitszeit der Ärzte bundesweit nach wie vor gegen die gesetzlichen Regelungen des Arbeitszeitgesetzes auch unter Berücksichtigung der tarifvertraglichen Abweichungsbefugnisse verstoßen.

Verstöße gegen die gesetzlichen Regelungen

Die Zuwiderhandlungen gegen die gesetzlichen Regelungen betreffen insbesondere

- die Vernachlässigung der Aufzeichnungspflicht für die über acht Stunden werktäglich hinausgehende Arbeitszeit nach § 16 Abs. 2 ArbZG,
- die Überschreitung der täglichen Höchstarbeitszeit von zehn Stunden bei der Regelarbeitszeit durch zu lange Arbeitseinsätze im Bereitschaftsdienst, der direkt im Anschluss

an den Regeldienst geleistet wird (bei Anrechnung auf die zulässige werktägliche Höchst Arbeitszeit von zehn Stunden sind bei einem normalen Regeldienst mit z.B. 7,7 Stunden maximal 2,3 Stunden Inanspruchnahme im Bereitschaftsdienst zulässig),

- die Verpflichtung zum Ausgleich der über acht Stunden werktäglich hinausgehenden Mehrarbeit,
- die Vorschrift über die Mindestruhezeit von zehn Stunden nach § 5 Abs. 2 ArbZG zwischen zwei Diensten,
- Nichteinhalten des 24-Stunden-Zeitraums (als Werktag ist nicht der Kalendertag zu verstehen, sondern der 24-stündige Arbeitstag des einzelnen Arbeitnehmers, der vom Beginn der Arbeitszeit an rechnet und 24 Stunden später endet; nur in diesem Zeitraum darf der Arbeitnehmer höchstens zehn Stunden beschäftigt werden),
- Nichteinhalten einer ununterbrochenen Mindestruhezeit von fünfeinhalb Stunden (5,5 Stunden). Dabei bereiten unterschiedliche Interpretationen zur Umsetzung der Ruhezeitregelung des § 5 Abs. 3 ArbZG Probleme. Die klare Position des LASI, dass die Ruhezeit ununterbrochen zu gewähren ist, wird von Krankenhausträgern und ihren Verbänden in Frage gestellt.

Verstöße gegen die zulässigen tarifvertraglichen Regelungen

Nach BAT SR 2c kann z. B. ein Arzt nach einem vollen Arbeitstag bis zehn Stunden noch einen Bereitschaftsdienst anschließen, der in der Regel bis zu 16 Stunden dauert und mit einem Arbeitsinsatz bis zu 49 % ausgefüllt ist, ohne dass ihm in diesem 26 Stundenzeitraum eine ausreichende Ruhezeit gewährt wurde. Nach einer Ruhezeit von anschließend acht Stunden kann er theoretisch erneut Dienst leisten. Trotzdem gibt es gegen diese erweiterten Arbeitszeitregelungen Verstöße. Diese (siehe auch nächster Abschnitt)

sind langfristig wegen der hohen Arbeitsbelastung unter dem Gesichtspunkt des Gesundheitsschutzes und des Patientenschutzes nicht haltbar.

Häufige Verstöße gegen die tarifvertraglichen Vereinbarungen sind:

- Überschreitung der höchstzulässigen täglichen Arbeitszeit ohne Bereitschaftsdienst.
- Überschreitung der durchschnittlichen regelmäßigen werktäglichen Arbeitszeit von acht Stunden im Ausgleichszeitraum.
- Es werden mehr als 6 Bereitschaftsdienste der Stufe C oder D (mehr als 25 % bis 49 % Arbeitseinsatz im Bereitschaftsdienst) pro Monat geplant und durchgeführt.
- Bei Bereitschaftsdiensten der Stufe D wird der zulässige Zeitanteil der Arbeitseinsätze im Bereitschaftsdienst von 49 % überschritten.
- Die erforderliche Ruhezeit von mindestens acht Stunden Dauer nach einer vorangegangenen Arbeitszeit von mehr als 7,5 Stunden und einem darauf folgenden mehr als zwölfstündigen Bereitschaftsdienst der Stufe C oder D (mit bis zu 49 % Arbeitszeiteinsatz), wird nicht gewährt.

Problemschwerpunkte in der Praxis der Krankenhäuser

Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Krankenhäusern, unter ihnen besonders die Ärztinnen und Ärzte, fühlen sich überfordert durch

- überlange Arbeitszeiten,
- eine familien- und sozialfeindliche Lage der Bereitschaftsdienste,
- enormen Leistungsdruck durch immer kürzere Verweilzeiten der Patienten,
- unzureichende Koordination der Arbeitsabläufe sowie der Zusammenarbeit zwischen den Organisationseinheiten,
- unzureichende Abstimmung mit dem Pflegedienst,

- Mängel in der Kommunikationstechnik, stetig zunehmende Verwaltungsaufgaben und Dokumentationspflichten und
- mangelnde Vertretungsregeln.

Patienten klagen über lange Wartezeiten bei der Patientenaufnahme sowie in anderen Organisationseinheiten.

Bei stichprobenartigen Untersuchungen der Arbeitszeiten in Krankenhäusern durch die Aufsichtsbehörden haben sich hauptsächlich folgende Defizite herauskristallisiert:

- In den Häusern bestehen Informationsdefizite über die rechtlichen Grundlagen, die Verantwortlichkeiten und Gestaltungsspielräume der für Krankenhäuser relevanten Arbeitszeitbestimmungen.
 - Die Arbeitszeiten im ärztlichen Bereich sind überwiegend schlecht und oft gar nicht dokumentiert.
 - Am schwierigsten erweist sich die Feststellung der Inanspruchnahme in den Bereitschaftsdiensten und in diesem Zusammenhang die Einhaltung der Ruhezeit. Die Zeiten sind kaum dokumentiert.
 - In den Bereitschaftsdienstzeiten entsprechen die Tätigkeiten oft nicht den für Bereitschaftsdienste charakteristischen Merkmalen. Es werden z.B. während der Bereitschaftszeiten aufschiebbare Tätigkeiten verrichtet, die der Definition des Bereitschaftsdienstes entgegen stehen (Dokumentationsarbeiten, Arztbriefe, Schreibarbeiten, Telefonate, Arztgespräche). Insbesondere in den frühen Abendstunden zwischen 19.00 Uhr und 21.00 Uhr und am Wochenende wird eine reguläre ärztliche Versorgung der Patienten wie im Normaldienst durchgeführt.
 - Es bestehen in erheblichem Umfang zu hohe Belastungen durch überlange tägliche Arbeitszeiten, die durch die Heranziehung zu Bereitschaftsdiensten mit hoher Arbeitsintensität insbesondere im ärztlichen Bereich weiter erhöht werden.
- Die Gewährung der Pausen ist häufig nicht gesichert.

Probleme durch besondere Rahmenbedingungen

Bis heute haben viele Krankenhäuser ihre Arbeitszeit nicht gesetzeskonform gestaltet. Sie führen dies auf die unzureichende Finanzierung zurück. Ein besonderes Problem für die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes liegt nach Auffassung der Krankenhäuser in der Entwicklung der speziellen Vergütungsregelungen, denen die Krankenhäuser bei der Abrechnung ihrer Leistungen unterliegen: Um die Beitragssatzstabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu sichern und einer Erhöhung der Lohnnebenkosten gegenzusteuern, sei Anfang der 90er Jahre das feste Budget eingeführt worden. Das Budget könne seit Mitte der 90er Jahre nur noch gemäß gesetzlich festgelegter Ausnahmetatbestände stärker steigen als die Veränderungsrate bei der GKV. Die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes gehöre nicht zu diesen Ausnahmetatbeständen. Es sei im Gegenteil ausdrücklich normiert worden, dass selbst Tarifierhöhungen im BAT nicht mehr voll in den Jahresbudgets ausfinanziert werden dürfen.

Die Betroffenen betonen, dass durch diese Bestimmungen, die nahezu zeitgleich mit dem Arbeitszeitgesetz rechtswirksam wurden, für die Krankenhäuser in Deutschland eine gesetzliche Antinomie entstanden sei. Sie seien einerseits gehalten, das Arbeitszeitgesetz umzusetzen, andererseits würden sie die gegebenenfalls daraus entstehende Personalkostensteigerungen in den Budgetverhandlungen nicht anerkannt bekommen.

Seit zehn Jahren seien die Krankenhäuser von Gesetzes wegen in ein enges Budget-Korsett eingebunden, welches nicht in ausreichendem Maße auf die Kostenentwicklung im Sach- und Personalbereich eingehe. Dabei betrügen die Personalkosten rund 67 % der Gesamtausga-

ben der Krankenhäuser. An dieser Problematik hat sich auch durch die 0,2 %ige Budgeterhöhung für bessere Arbeitszeitmodelle durch das Fallpauschalengesetz (§ 6 Abs. 5 Bundespflegegesetzverordnung) nach Einschätzung der Krankenhäuser nichts geändert.

Dazu verweisen die Krankenhäuser auf einige vereinfachte Übersichtsdaten: Von 1991 bis 1999 ist die Zahl der Krankenhäuser um rund 150 Häuser gesunken (-7%); es wurden bundesweit rund 70.000 Betten abgebaut (-11,6 %). Gleichzeitig stieg die Fallzahl der behandelten Patienten um 2,2 Millionen (+16,3 %). Für diese Leistungssteigerung mussten Ende des Jahrzehnts rund 15.000 mehr Beschäftigte (+1,7%) zur Verfügung stehen (Quelle: Krankenhausreport 2001). Allein in der zweiten Hälfte der 90er Jahre stiegen die Personalkosten um gut 2 Milliarden DM und damit um knapp 10% - also weit überproportional zur Steigerung der Beschäftigtenzahl.

Von 1992 bis 2001 wuchsen den Angaben der Krankenhäuser zufolge die Ausgaben für tarifbedingte Kosten für Löhne und Gehälter um über 26 %. Die Veränderungsrate der GKV, an die das Krankenhausbudget gekoppelt ist, sei im gleichen Zeitraum nur um gut 13 % und damit nur um die Hälfte gestiegen.

Daneben wirken in Krankenhäusern häufig noch weitere Ursachen, die die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes erschweren:

- traditionelle Denkstrukturen und fehlende Veränderungsbereitschaft vieler Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes behindern die Einleitung der notwendigen Organisationsentwicklungsprozesse;
- fehlende Transparenz der bestehenden Arbeitsaufgaben der verschiedenen Berufsgruppen bis hin zum Fehlen von Aufgaben- oder Tätigkeitsbeschreibungen, Arbeitszeitnachweisen und Darstellungen von Arbeitsprozessen, in denen Tätigkeiten von Pflegekräften und Ärzten verknüpft sind (z. B. Funktionsdienste);

- die Abstimmung der Arbeitszeiten zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal verläuft oft unkoordiniert. Im ärztlichen Bereich gibt es häufig für jeden Funktionsbereich eigene Dienstplan- und Arbeitszeitvorgaben, die weder mit dem Pflegedienst noch mit anderen berührten Organisationseinheiten abgestimmt sind;
- Fehlen einer gemeinsamen Unternehmenskultur mit zielorientiertem Management; stattdessen traditionelle berufsgruppenbezogene Ausrichtung der Arbeitsorganisation;
- fehlendes Verständnis bzw. Wissen über die Schutzfunktion der Arbeitszeitregelungen gegen Überlastung, Stress und Übermüdung;
- erhebliche Einkommensverluste des betroffenen Personals bei der Einführung des teilweisen oder vollständigen Freizeitausgleiches für geleistete Überstunden und Bereitschaftsdienste;
- Abhängigkeit des ärztlichen Nachwuchses von der ärztlichen Leitung und entsprechenden Arbeitsnachweisen für die Facharztausbildung;
- zunehmende Ärzteknappeheit durch Abwanderung von ausgebildeten Ärzten auf Grund unattraktiver Arbeitsbedingungen, darunter z.B. ungünstige Arbeitszeiten.

Die vorliegenden Erkenntnisse zeigen, dass Krankenhäuser durch die finanziellen und personellen Restriktionen an die Grenzen ihrer Handlungsfähigkeiten stoßen, bestehende Schwachstellen in der Arbeitsorganisation kurzfristig zu beseitigen, um mit dem zunehmenden Rationalisierungsdruck einerseits und den Anforderungen des Arbeitszeitgesetzes andererseits angemessen umgehen zu können. Es gibt dabei unterschiedliche strukturelle Defizite, die eine aktive Organisationsentwicklung zur Einführung gesetzeskonformer und wirtschaftlicherer Arbeitszeitmodelle ver- oder behindern. Solche Defizite können insbesondere Schwächen im Management und in der Organisation sein.

EuGH-SIMAP-Urteil vom 3.10.2000

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat in der Rechtssache C 303/98 vom 03.10.2000 (SIMAP-Urteil) entschieden, dass der Bereitschaftsdienst, den spanische Ärzte in Form persönlicher Anwesenheit in einem Gesundheitszentrum leisten, Arbeitszeit i. S. der EU-Arbeitszeitrichtlinie ist. Die Gleichsetzung von Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst entspricht weder den rechtlichen Regelungen noch den tarifvertraglichen Vereinbarungen in Deutschland, die nach Art. 2 der Richtlinie 93/104/EG über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung maßgeblich für den Begriff Arbeitszeit sind.

Die in dem Urteil vorgenommene Gleichstellung von Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst hat die Diskussion um die Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern belebt und bietet die Chance zu nachhaltigen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen an Krankenhäusern. Dies bedingt allerdings die Einführung völlig neuer Arbeitszeitmodelle, wie z.B. Kernarbeitszeit, Arbeitszeitflexibilisierung, Blockbereitschaftsdienst und Schichtarbeit im ärztlichen Bereich. Nach widersprüchlichen Gerichtsentscheidungen hat das Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein im März 2002 den EuGH in der Frage der Gleichsetzung von Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst im deutschen Recht um Vorabentscheidung gebeten.

Ein Urteil des Landesarbeitsgerichts Hamburg, das die Anwendung des SIMAP-Urteils in Deutschland bestätigt, liegt dem Bundesarbeitsgericht zur Entscheidung vor.

Bund und Länder gehen vorbehaltlich einer abschließenden Klärung auf Ebene der EU oder einer rechtskräftigen höchstrichterlichen Entscheidung davon aus, dass weiterhin das nationale Recht anzuwenden ist.

Der Mehrbedarf an Ärzten für die Umsetzung des SIMAP-Urteils wird von den Verbänden unterschiedlich beurteilt: Marburger Bund 15.000 Arztstellen; Deutsche Krankenhaus-

gesellschaft (DKG) 27.000 Arztstellen (Beschäftigungsforum der DKG am 16.04.2002 in Berlin).

3 | Maßnahmen der Länder

Nach Inkrafttreten des Arbeitszeitgesetzes haben die Bundesländer ihre Aufsichts- und Beratungstätigkeit in den Krankenhäusern zusehends verstärkt (siehe Kapitel 7, Anlage 3). Schon 1999 wurde vom Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik ein Handlungsrahmen beschlossen und dem Vorgehen der Aufsichtsbehörden zugrundegelegt.

4 | Arbeitszeit- und Organisationsmodelle

Eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in Krankenhäusern lässt sich durch vielfältige Maßnahmen erreichen. Im Folgenden werden verschiedene Modelle aufgezeigt, die die Möglichkeit bieten, die Arbeitszeitbedingungen in Krankenhäusern zu verbessern. Die Einführung verbesserter Arbeitszeitmodelle ist unter Beibehaltung der Arbeitsorganisation und -prozesse möglich, sie kann aber auch sinnvoll mit veränderten Organisationsstrukturen und -abläufen verknüpft werden.

Organisationsmodelle

Bereits heute gibt es eine Vielzahl von - zumeist größeren - Krankenhäusern, die sich intensiv mit ihrer Organisation auseinandergesetzt und dabei auch eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen erreicht haben.

Eine Veränderung der traditionellen Strukturen in den Krankenhäusern ist bisher zwar in vielen Krankenhäusern angegangen worden. Es fehlt aber an dem erforderlichen Nachdruck in der Umsetzung. Entsprechend groß und vielfältig ist der Bedarf an professioneller Beratung bzw. Organisationsmanagement; entsprechend wichtig ist aber auch die Bereitschaft der Krankenhäuser, sich selbst und ihre inneren Strukturen auf den Prüfstand moderner Organisationsformen stellen zu lassen.

Dabei sind die Krankenhäuser nicht immer auf professionelle externe Arbeitszeitberater ange-

wiesen. Das Deutsche Krankenhaus Institut (DKI), das wesentlich von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) getragen ist, macht eine Reihe von derartigen Angeboten, und auch einzelne Landeskrankhausgesellschaften bieten entweder direkt oder durch eigene Beratungsinstitute Seminare an oder vermitteln entsprechende Angebote für ihre Mitgliedskrankenhäuser.

Zusätzlich können auch Erkenntnisse aus bereits vorhandenen Organisationsmodellen angewendet werden. Ein wichtiges Merkmal der Krankenhauslandschaft ist zwar, dass die Krankenhäuser nicht standardisiert betrachtet werden können. Organisationsmodelle sind daher immer auf das jeweilige Haus hin individuell entwickelt und zugeschnitten worden. Trotzdem bieten solche Modelle die Möglichkeit, dass sie zumindest in Teilen auch in anderen Häusern zum Erfolg führen können.

Das Klinova Programm des Landesbetriebs Krankenhäuser Hamburg

Klinova wurde ursprünglich für ein großes Hamburger Krankenhaus entwickelt. Heute gilt dieses Programm für die Neuorganisation der Leistungen am Patienten in allen Häusern des Landesbetriebs Krankenhäuser (LBK), dem Träger der ehemals staatlichen Krankenhäuser der Freien und Hansestadt Hamburg. Verkürzt und schwerpunktmäßig dargestellt, bedeutet Klinova:

Ein Belegungsmanagement steuert alle Aufnahmen geplanter und ungeplanter Patienten, Verlegungen und Entlassungen mit dem Ziel, den Patienten zur richtigen Zeit einen adäquaten stationären Behandlungsplatz zur Verfügung zu stellen und dabei die vorhandenen Kapazitäten optimal zu nutzen.

Durch geplante Behandlungsabläufe (diagnosebezogene geplante Behandlung durch berufsgruppen-übergreifende Teams) werden bei Patienten mit vorhersehbarem Behandlungsverlauf in optimaler Weise die Reihenfolge und der Zeitpunkt der Behandlungsmaßnahmen im Sinne der Leitlinie definiert. Durch die Zuordnung zu den Behandlungsstufen ist eine effektivere Ressourcennutzung möglich. Behandlungsstufen sind Bereiche, in denen Patienten mit gleichartiger Behandlungs-, Überwachungs- und Pflegeintensität behandelt werden.

Das Programm "Reorganisation OP" beschäftigt sich mit der Analyse, Überarbeitung und Neugestaltung aller Prozesse und Organisationsstrukturen im OP-Bereich. Ziel ist, eine höchstmögliche Qualität zu erreichen und dabei gleichzeitig die Einrichtungen und Ressourcen besser auszulasten. Ein Beispiel für eine entsprechende Organisation ist die Einrichtung einer zentralen Sterilgutversorgung. Damit wird das OP-Personal von einigen Aufgaben entlastet. Zusätzlich führt dies zu einer verlässlicheren OP-Planung.

Durch die Zusammenlegung verschiedener Fachbereiche zu größeren bettenführenden Einheiten sollen Alternativen zum Bereitschaftsdienst gefunden werden (Drei-Schicht-System oder am Wochenende Zwei-Schicht-System). Weiter soll in einer interdisziplinär besetzten und geführten Einrichtung eine Zentrale Notaufnahme gebildet werden, die durch ein berufsübergreifendes Behandlungsteam betreut wird.

Modelle in Schweizer Krankenhäusern

In der Schweiz wurden im Rahmen eines Pilotprojekts "Beschäftigungswirksame Arbeitszeitmodelle (BAM)" der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich Erfahrungen in fünf Kliniken gesammelt. Es wurden sechs verschiedene Arbeitszeitmodelle erprobt, die zum Teil Arbeitszeitreduktionen oder Arbeitszeitumverteilungen beinhalteten. Die Teilnahme an den Modellen war freiwillig, sie erfolgte in sämtlichen Berufsgruppen, so auch in der Ärzteschaft. Ein wesentliches Ziel des BAM-Projektes bestand darin, die Praxistauglichkeit von BAM und deren Wirksamkeit zu untersuchen. Die Erfahrungen der Teilnehmer wurden unter vielfältigen Aspekten ausgewertet, auch im Hinblick auf die zielgerichtete Anpassung der Arbeitsorganisation. Im Rahmen eines zweijährigen und inzwischen abgeschlossenen Projektes wurden in der Zeit von Mitte Juli bis Ende Oktober 1999 in den Universitätskliniken des Kantonsspitals Basel empirische Erhebungen zur Analyse der Arbeits- und Umweltsituation durchgeführt, mit dem Ziel, Maßnahmen zur inhaltlichen und zeitlichen Entlastung von Assistenz- und Oberärzten zu erarbeiten. Die Zusammenfassungen der Ergebnisse der umfangreichen Analysen weisen darauf hin, dass lange Arbeitszeiten eine von mehreren Arbeitsbedingungen darstellen, die als belastend erlebt werden. Bei der Erhebung im Kantonsspital Basel wurde die geschätzte durchschnittliche Arbeitszeit bei Vollbeschäftigten mit 64,5 Stunden (Assistenzärzte 63 Std., Oberärzte 68 Std.) ermittelt. Dabei lagen 28 % der Ärzte noch über diesem Durchschnitt. 115 der 279 befragten Ärzte wünschten sich eine Reduktion des Beschäftigungsgrades zwischen 20% und 50%. Zu den Lösungsvorschlägen der Beschäftigten bezüglich der Arbeitszeit gehörten die Optimierung der Arbeitsabläufe und der Arbeitsorganisation, die Forderung nach anderen Arbeitszeitmodellen, eine objektive und verbindliche Arbeitszeiterfassung sowie mehr Job-Sharing und Teilzeitstellen.

Basierend auf den Ergebnissen der Analyse wurden für das weitere Vorgehen Teilprojekte abgeleitet.

Zu den Schwerpunkten bezüglich der Arbeitszeit gehören in den Teilprojekten die Umsetzung von Normarbeitszeiten bzw. wöchentlichen durchschnittlichen Höchstarbeitszeiten von 55 Stunden/Woche inklusive der Erarbeitung von Kompensationsmodellen für Überzeiten, die Erhöhung der Zeitautonomie durch Prüfung flexibler Arbeitszeitmodelle, die Verbesserung der Möglichkeit für Teilzeitanstellungen bzw. Job-Sharing und die elektronische Zeiterfassung für Ärzte. Die Umsetzungsphase in vier verschiedenen Kliniken begann im Jahr 2000. Die Pilotphase des Projektes wurde Ende 2001 abgeschlossen. Die Ergebnisse der Evaluation sind vielversprechend. In drei der vier Pilotkliniken konnte die 55 Stunden-Woche eingehalten werden. Zudem hat sich von insgesamt 31 arbeitsbezogenen Aspekten die Arbeitszufriedenheit mit 13 davon nach der Durchführung des Projekts signifikant erhöht, keiner der Aspekte hat sich wesentlich verschlechtert. Die Maßnahmen hatten insgesamt einen sehr positiven Effekt auf die Arbeitszufriedenheit. Zur Zeit werden die in den Pilotkliniken erarbeiteten Maßnahmen auf rund 30 Kliniken übertragen.

Arbeitszeitmodelle

Nach dem Arbeitszeitgesetz sind die Arbeitgeber verpflichtet, die Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes umzusetzen. Die Gestaltung der Arbeitszeit ist nach dem Arbeitsschutzgesetz im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung zu analysieren und die notwendigen Maßnahmen zu treffen, um eine Gefährdung der Arbeitnehmer zu vermeiden. Präventiver Gesundheitsschutz setzt vorrangig bei der gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitswelt an. Zentrale Gestaltungselemente sind dabei auch die Dauer und die Lage der Arbeitszeit.

In einem Krankenhaus können – in Abhängigkeit von den Erfordernissen der spezifischen Aufgaben, der Zusammenarbeit mit anderen Funktionsbereichen, den Bedürfnissen der Patienten wie der Mitarbeiter - in den verschiedenen Funktionsbereichen durchaus aufeinander abgestimmte unterschiedliche Arbeitszeitmodelle genutzt werden, so dass die Arbeitszeit immer an die besonderen Gegebenheiten und Anforderungen angepasst werden kann.

Im Folgenden werden zunächst Informationen über die Vorgehensweise gegeben, um dann einzelne Modelle vorzustellen.

Arbeitszeitmodelle als Motor für die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes

Angesichts der Vielgestaltigkeit der Einrichtungen und der Differenziertheit ärztlicher Aufgaben in den einzelnen Organisationseinheiten kann es weder für bestimmte Größenordnungen und Versorgungsaufträge von Krankenhäusern noch für bestimmte Organisationseinheiten in den Krankenhäusern allgemeingültige Lösungen für Arbeitszeitmodelle geben. Jedes Krankenhaus ist selbst gefordert, seine Arbeitsorganisation so zu gestalten, dass eine rechtskonforme Gestaltung der Arbeitszeit gewährleistet ist. Dies setzt aber auch voraus, dass sich jedes Krankenhaus mit seiner Arbeitsorganisation, den Arbeitsabläufen sowie dem Zusammenwirken der verschiedenen Organisationseinheiten und den Auswirkungen auf die Arbeitszeitgestaltung kritisch auseinandersetzt. Arbeitszeitmodelle dienen als Beispiele, auf deren Grundlage eine an den spezifischen Bedürfnissen der einzelnen Organisationseinheit orientierte, konkrete Arbeitszeitplanung entwickelt werden kann.

Die Gestaltung eines geeigneten Arbeitszeitmodells setzt die Vereinbarung verbindlicher Leistungsstandards (in welcher Zeit ist welche Leistung zu erbringen) sowie eine Analyse des Tätigkeitsanfalles in der einzelnen Organisa-

tionseinheit voraus und bedingt Informationen über das Anforderungsprofil aller Organisationseinheiten, die zusammenwirken müssen.

Die Berücksichtigung der Informationen über die zeitliche Dauer der einzelnen Tätigkeitsabläufe und das zeitliche Anforderungsprofil der verschiedenen zusammenwirkenden Organisationseinheiten führt zu einer erwünschten gleichmäßigeren Auslastung von Anlagen und Personal z.B. in diagnoseunterstützenden Organisationseinheiten, zu kürzeren Wartezeiten der Patienten und zu einer Entzerrung des Beginns und Endes der Arbeitszeiten. Die Zahl der Ärzte, die zur Durchführung der verschiedenen Modellvarianten erforderlich ist, ist regelmäßig nicht von den arbeitszeitrechtlichen Rahmenbedingungen abhängig, sondern vom Arbeitsanfall über den Tagesverlauf. Darüber hinaus sind Reservezeiten z.B. für Fortbildung, Krankheit, Urlaub einzuplanen.

Eine Erfassung und Dokumentation der geleisteten Arbeitszeiten ist im Interesse des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten, der Patienten und im Interesse der Krankenhausbetreiber für deren Planung, Steuerung und die Qualitätssicherung erforderlich, um eine effiziente und optimierte Arbeitszeitgestaltung zu entwickeln. Die im nächsten Abschnitt dargestellten Modelle berücksichtigen insbesondere auch den verstärkten abendlichen Arbeitsanfall, der sonst in den Bereitschaftsdienst fällt und häufig zu einer Überschreitung der zulässigen Arbeitszeit im Bereitschaftsdienst führt.

In Funktionsbereichen, die mit sehr arbeitsintensiven Bereitschaftsdiensten insbesondere in den Abendstunden und am Wochenende abgedeckt werden, können am ehesten Lösungen gefunden werden, die eine Alternative zu der Bereitschaftsdienstregelung bieten. Dienstplangestaltungen in der Kombination von Schichtdienst, Arbeitsbereitschaft und Rufbereitschaft könnten hier zielführend sein.

Darstellung und rechtliche Beurteilung beispielhafter Arbeitszeitmodelle

Die folgende Darstellung von Arbeitszeitmodellen beschränkt sich auf neun beispielhafte Modelle. Es handelt sich sowohl um Modelle, die in den Krankenhäusern seit langer Zeit eingeführt sind, als auch um Modelle, die von den Krankenhäusern oder von externen Beratern entwickelt wurden und derzeit in Krankenhäusern praktiziert oder erprobt werden. Innovative Modelle berücksichtigen den verstärkten abendlichen Arbeitsanfall, der sonst in den Bereitschaftsdienst fällt und häufig zu einer Überschreitung der zulässigen Arbeitszeit im Bereitschaftsdienst führt. Die Modelle sind jeweils den spezifischen organisatorischen Bedürfnissen anzupassen. Planungsgrundlage sind:

- Die Definition verbindlicher Leistungsstandards (in welcher Zeit ist welche Leistung zu erbringen).
- Die Verteilung des Arbeitsanfalls im Tagesverlauf unter Berücksichtigung gemeinsamer fachübergreifender Besprechungen, sowie der Leistungskapazitäten aller berührten Organisationseinheiten wie z. B. Patientenaufnahme, Pflegedienst, Diagnoseunterstützende Einheiten, Operationsteams, Logistik.

Die Modelle können im Rahmen der rechtlichen Vorschriften variiert und kombiniert werden. Bei allen Arbeitszeitmodellen wird davon ausgegangen, dass die durchschnittliche Arbeitszeit im vorgeschriebenen Ausgleichszeitraum nicht mehr als 48 Std./Woche beträgt. Die Pausenzeiten wurden jeweils für die Berechnung der Arbeitszeit abgezogen.

Die Gliederung der Modelle erfolgte unter den Aspekten der Konformität mit tarifvertraglichen Vereinbarungen (Modelle 1 bis 5) sowie der Konformität mit dem SIMAP-Urteil (Modelle 6 bis 9).

A. Modelle mit Bereitschaftsdienst entsprechend BAT SR 2c/AVR

<i>Modell 1:</i> Bereitschaftsdienstmodell (bis 49% Inanspruchnahme) nach tariflichen Vereinbarungen	20
<i>Modell 2:</i> Bereitschaftsdienstmodell (bis 25% Inanspruchnahme) nach tariflichen Vereinbarungen	22
<i>Modell 3:</i> Durch Bereitschaftsdienst mit bis zu 25 % Inanspruchnahme geteilte Arbeitszeit.....	24
<i>Modell 4:</i> Versetzter Dienst vor Bereitschaftsdienst	26
<i>Modell 5:</i> Spätdienstmodell	28

B. Modelle, die den Anforderungen des EuGH-SIMAP-Urteils entsprechen

<i>Modell 6:</i> 3-Schicht-Modell	30
<i>Modell 7:</i> Spätdienstmodell auf der Grundlage der tariflichen Vereinbarungen.....	32
<i>Modell 8:</i> Nachtdienstmodell / versetzte Dienste	34
<i>Modell 9:</i> Arbeitsbereitschaftsmodell	36

A

Modelle mit Bereitschaftsdienst

entsprechend BAT SR 2c/AVR

Modell 1: Bereitschaftsdienstmodell (bis 49% Inanspruchnahme) nach tariflichen Vereinbarungen 7,5 Stunden Arbeitszeit und mehr als 12 Stunden Bereitschaftsdienst

Montag bis Freitag:

Dienst 1: 7.30 -16.00 Uhr weitere Dienste entsprechend Arbeitsanfall;
eventuell zeitversetzt; Arbeitszeit 8 Std.

Dienst 2: 7.30 -16.00 Uhr und Bereitschaftsdienst 16.00 bis 8.00 Uhr,
Stufe D (max. 49 % Inanspruchnahme); danach 8 Std. Ruhezeit

Samstag und Sonntag:

Je ein Dienst 24 Std. Bereitschaftsdienst Stufe D mit max. 49 % Inanspruchnahme

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	
1. Arzt	D			DB			BD		D			DB				D			DB		BD		D
2. Arzt		D			DB			D			DB			BD		D			DB				D
3. Arzt	D	DB			D			D	DB		D				D	DB			D				D
4. Arzt	DB			D		BD		D	DB		D				DB			D				BD	
5. Arzt	D	DB			D			DB			D		BD		D	DB			D				DB

Legende: D = Dienst, DB = Kombination Dienst / Bereitschaftsdienst, BD = Bereitschaftsdienst, weiße Felder = Frei

Modell 1 Bewertung:

Bereitschaftsdienste nach SR 2c Stufe D mit bis zu 49 % Arbeitseinsatz können sechsmal im Monat geleistet werden. Nach dem Bereitschaftsdienst oder während des Bereitschaftsdienstes ist eine Übergabezeit erforderlich. Dadurch ergibt sich eine Überschneidung mit den normalen Dienstzeiten. Einmal pro Woche kann der einzelne Arzt einen 24 Stunden dauernden Bereitschaftsdienst der Stufe D durchführen.

Die Zahl der erforderlichen Ärzte bestimmt sich nach dem Arbeitsanfall während der Hauptnachfragezeit tagsüber sowie aus der Beschränkung der Zahl der monatlich zulässigen sechs (BAT) oder sieben (AVR) Bereitschaftsdienste der Stufe D.

An den Wochenenden kann ein Bereitschaftsdienst von 24 Std. mit maximal 49 % Arbeitseinsatz geleistet werden.

Problematisch ist, dass arbeitsintensive Zeiten in den frühen Abendstunden oder an den Wochenenden in den Bereitschaftsdienst fallen. Diese Vollarbeit entspricht nicht dem Charakter des Bereitschaftsdienstes und führt häufig zur Überschreitung der höchstzulässigen Inanspruchnahme von 49 % der Bereitschaftsdienstzeit. Im Falle der Überschreitung liegt kein Bereitschaftsdienst, sondern ggf. Arbeits-

bereitschaft vor, die als Arbeitszeit nach dem Arbeitszeitgesetz zu bewerten ist.

Das Modell ist das am häufigsten in tarifgebundenen Krankenhäusern angewandte Arbeitszeitmodell. Es kann von nicht tarifgebundenen Krankenhäusern durch Betriebs- oder Einzelvereinbarung übernommen werden.

Das Modell entspricht den Anforderungen:

- des Arbeitszeitgesetzes, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Abs. 2 Nr. 3 ArbZG Gebrauch gemacht worden ist:Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c:Ja
 - der AVR:Ja
 - des EuGH-SIMAP-Urteils:**Nein**
-

**Modell 2: Bereitschaftsdienstmodell (bis 25% Inanspruchnahme)
nach tariflichen Vereinbarungen**

Mehr als 7,5 Stunden Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst
von mehr als 12 Stunden

Montag bis Freitag:

Dienst 1: 7.30 - 16.00 Uhr; weitere Dienste entsprechend Arbeitsanfall; eventuell zeitversetzt;
Arbeitszeit 8 Std.

Dienst 2: 7.30 - 16.00 Uhr + Bereitschaftsdienst 16.00 bis 8.00 Uhr, Stufe B mit bis zu 25 %
Inanspruchnahme; danach wieder 7.30 - 16.00 Uhr Arbeitszeit.

Samstag und Sonntag:

Je ein Dienst 24 Std. Bereitschaftsdienst Stufe B mit bis zu 25 % Inanspruchnahme

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo
1. Arzt		D		DB	D			DB	D		DB			BD	D		DB	D				DB
2. Arzt		D		D			BD		D			DB				D		DB			BD	
3. Arzt	DB			D		BD			D	DB	D				DB		D				BD	D
4. Arzt	D	DB		D	DB			D	DB			D	BD			DB		D	DB			D

Legende: D = Dienst, DB = Kombination Dienst / Bereitschaftsdienst, BD = Bereitschaftsdienst, weiÙe Felder = Frei

Modell 2 Bewertung:

Bereitschaftsdienste nach SR 2c Stufe B mit bis zu 25 % Arbeitseinsatz können siebenmal im Monat geleistet werden. Bei maximal 25 % Inanspruchnahme und der Länge des Bereitschaftsdienstes kann davon ausgegangen werden, dass im Bereitschaftsdienst eine nach § 5 Abs. 3 ArbZG ausreichende Ruhezeit verbleibt, so dass ein Anschlussdienst grundsätzlich möglich ist.

Die Zahl der erforderlichen Ärzte bestimmt sich nach dem Arbeitsanfall während der Hauptnachfragezeit tagsüber bzw. abends sowie aus der Beschränkung der Zahl der monatlich zulässigen Bereitschaftsdienste. Stärkere Arbeitsdichte tagsüber und Übergabezeiten sowie die Realisierung von 5 Schichten mit insgesamt 40 Stunden pro Woche erfordern weitere Personalstellen. Die wöchentlichen Arbeitszeiten nach dem jeweiligen Tarifvertrag (z.B. BAT 38,5 Stunden) müssen im vereinbarten Ausgleichszeitraum eingehalten werden.

Durch die Anwesenheit von 3 bis 4 Ärzten tagsüber kann eine ausreichende Besetzung während der Hauptnachfragezeit realisiert werden. Das Modell ist ein in Krankenhäusern ohne Grundversorgung und in Fachabteilungen mit geringer Inanspruchnahme im Bereitschaftsdienst angewandtes Arbeitszeitmodell.

Das Modell entspricht den Anforderungen:

- des Arbeitszeitgesetzes, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Abs. 2 Nr. 3 ArbZG Gebrauch gemacht worden ist:Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c: in Verbindung mit der Ruhezeitregelung des § 5 Abs. 3 ArbZGJa
 - der AVR:Ja
 - des EuGH-SIMAP-Urteils:**Nein**
-

Modell 3: Durch Bereitschaftsdienst mit bis zu 25 % Inanspruchnahme geteilte Arbeitszeit

Bis zu 7 Stunden Arbeitszeit (geteilt) vor und nach dem Bereitschaftsdienst, danach frei

Montag bis Freitag:

1. Dienst 7.30 - 16.00 Uhr; weitere Dienste entsprechend Arbeitsanfall, eventuell zeitversetzt; Arbeitszeit 8 Std.
2. Dienst 15.30 - 19.30 Uhr und Bereitschaftsdienst Stufe B 19.30 bis 7.30 Uhr und 7.30 - 10.30 Uhr, danach frei

Samstag und Sonntag:

Je ein Dienst 24 Std. Bereitschaftsdienst Stufe D mit max. 49 % Arbeitseinsatz

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo
1. Arzt	D			DB			BD		D			DB				D			DB			D
2. Arzt		D			DB			D						BD		D			DB			D
3. Arzt	D	DB			D			D	DB			D			D	DB			D	BD		D
4. Arzt	DB			D		BD		D	DB			D			DB			D			BD	
5. Arzt	D	DB			D			DB			D			BD	D	DB			D			DB

Legende: D = Dienst, DB = Kombination Dienst / Bereitschaftsdienst, BD = Bereitschaftsdienst, weiße Felder = Frei

Modell 3 Bewertung:

Ein Arzt leistet während der starken Nachfragezeit am Abend im Anschluss an die Kernzeit mit einer Übergabezeit von 30 Minuten eine Arbeitszeit von vier Stunden. Danach leistet er einen Bereitschaftsdienst der Stufe B, der bis zu 16,5 Stunden dauern kann. Darauf leistet er noch einmal eine Arbeitszeit von drei Stunden. Danach hat er bis zum Dienstbeginn am übernächsten Tag frei. Die Aufteilung der Vollarbeitszeit kann auch so erfolgen, dass abends vor dem Bereitschaftsdienst fünf oder sechs Stunden Vollarbeit geleistet werden bei entsprechender Verkürzung der Vollarbeit auf zwei Stunden oder eine Stunde am Morgen nach dem Bereitschaftsdienst.

Auf arbeitswissenschaftliche Bedenken stößt die Vollarbeit nach dem Bereitschaftsdienst. Arbeiten, die eine erhöhte Konzentration erfordern (z.B. Operationen), sollten deshalb nicht in die Vollarbeit nach dem Bereitschaftsdienst eingeplant werden. Durch die Vollarbeit des Bereitschaftsdienstarztes während der ersten vier bis sechs Stunden am Nachmittag und am Abend reduziert sich der Arbeitsanteil im Bereitschaftsdienst. Ein Bereitschaftsdienst der Stufe B mit 25 % Arbeitseinsatz könnte in einem solchen Fall ausreichen. Ein Vorteil wird darin gesehen, dass der Bereitschaftsdienstarzt die morgendliche Übergabe während seiner regulären Arbeitszeit durchführen, an fachübergreifenden Besprechungen teilnehmen und ggf. die

gemeinsame Visite mitmachen kann. Mit Bereitschaftsdiensten der Stufen C und D ist dieses Modell nicht vereinbar.

Die Zahl der erforderlichen Ärzte bestimmt sich nach dem Arbeitsanfall während der Hauptnachfragezeit tagsüber bzw. abends sowie aus der Beschränkung der Zahl der monatlich zulässigen Bereitschaftsdienste.

Das Modell wird an einigen Krankenhäusern in Varianten praktiziert.

Das Modell entspricht den Anforderungen:

- des Arbeitszeitgesetzes, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Abs. 2 Nr. 3 ArbZG Gebrauch gemacht worden ist: Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c, wenn max. 25% Arbeitseinsatz im Bereitschaftsdienst in Verbindung mit der Ruhezeitregelung des § 5 Abs. 3 ArbZG Ja
 - der AVR, wenn max. 25 % Inanspruchnahme im Bereitschaftsdienst vorliegt: Ja
 - des EuGH-SIMAP-Urteils: **Nein**
-

Modell 4: Versetzter Dienst vor Bereitschaftsdienst
 8 Stunden Arbeitszeit und 13 Stunden Bereitschaftsdienst

Montag bis Freitag:

Dienst 1: 8.00 - 16.30 Uhr weitere Dienste entsprechend Arbeitsanfall;
 eventuell zeitversetzt; Arbeitszeit 8 Std.

Dienst 2: 11.30 - 20.00 Uhr und Bereitschaftsdienst bis 9.00 Uhr danach Ruhezeit,
 Arbeitszeit 8 Std. und Bereitschaftsdienst 13 Std.

Dienst 3: 8.00 - 16.30 Uhr Arbeitszeit 8 Std.

Samstag und Sonntag:

Je ein Bereitschaftsdienst Stufe D 8.00 - 18.30 Uhr und 18.00 - 9.00 Uhr

	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dienst 1	D Arbeitszeit 8 Stunden 8.00 - 16.30 Uhr																		D								
Dienst 2					D Arbeitszeit 8 Stunden 11.30 - 20.00 Uhr								BD Bereitschaftsdienst 13 Stunden 20.00 - 9.00 Uhr														
Dienst 3	D Arbeitszeit 8 Stunden 8.00 - 16.30 Uhr																		D								

D = Dienst, BD = Bereitschaftsdienst, weiße Felder = Frei

Modell 4 Bewertung:

Der Bereitschaftsdienst eines Arztes wird an einen versetzten Dienst angehängt.

Nach Beendigung des Bereitschaftsdienstes ist Ruhezeit. Die Arbeit darf erst wieder am Folgetag aufgenommen werden.

Am Wochenende gibt es als Alternative die Möglichkeit, 24 Std. Wochenendbereitschaftsdienste einzuführen.

Die Realisierung ist in einem Krankenhaus der Grundversorgung geplant. Über das Modell soll eine Betriebsvereinbarung abgeschlossen werden. Es wird in ähnlicher Form mittlerweile in zahlreichen Krankenhäusern als einfachste Alternative zum herkömmlichen Bereitschaftsdienst-Modell praktiziert.

Der Vorteil liegt in der Vollarbeit eines Arztes bis 20.00 Uhr. Dadurch ergibt sich eine geringere Arbeitsbelastung während des Bereitschaftsdienstes. Es ist eine Übergabezeit eingeplant.

Das Modell entspricht den Anforderungen:

- des Arbeitszeitgesetzes, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Abs. 2 Nr. 3 ArbZG Gebrauch gemacht worden ist: Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c: Ja
 - der AVR: Ja
 - des EuGH-SIMAP-Urteils: **Nein**
-

Modell 5: Spätdienstmodell

7,5 bis 8,5 Stunden Arbeitszeit je nach Schicht und 11,5 Stunden Bereitschaftsdienst

Montag bis Freitag:

Dienst 1: 7.00 - 15.30 Uhr, Arbeitszeit: 8 Std.

Dienst 2: 15.00 - 23.00 Uhr, Arbeitszeit: 7,5 Std.

Dienst 3: 11.00 - 20.00 Uhr und Bereitschaftsdienst Stufe D 20.00 - 7.30 Uhr
Arbeitszeit: 8,5 Std. und 11,5 Std. Bereitschaftsdienst

Samstag und Sonntag:

Dienst 1: 7.00 - 15.00 Uhr, Arbeitszeit 7,5 Std.

Zusätzlich am Wochenende:

Bereitschaftsdienst Stufe D 8.00 Uhr bis 8.00 Uhr, 24 Std. Bereitschaftsdienst

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dienst 1	D Arbeitszeit 8 Stunden 7.00 - 15.30 Uhr																							D			
Dienst 2										D Arbeitszeit 7,5 Stunden 15.00 - 23 Uhr																	
Dienst 3					D Arbeitszeit 8,5 Stunden 11.00 - 20.00 Uhr					BD Bereitschaftsdienst 11,5 Stunden 20.00 - 7.30 Uhr																	

D = Dienst, BD = Bereitschaftsdienst, weiße Felder = Frei

Modell 5 Bewertung:

Das Modell sieht einen Spätdienst vor, um den Arbeitsanfall abends mit Vollarbeitszeit abzudecken. Einem Zwischendienst von 11.00 - 20.00 Uhr ist ein Bereitschaftsdienst nach BAT SR 2c Stufe D angefügt. Nach Beendigung des Bereitschaftsdienstes ist Ruhezeit. Die Arbeit darf erst wieder am Folgetag aufgenommen werden.

Der Arbeitsanfall am Wochenende und in den Abendstunden wird mit Arbeitszeit abgedeckt. Zusätzlich gibt es Bereitschaftsdienst am Wochenende.

Das Modell wurde für eine Abteilung für Thoraxchirurgie zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes vorgeschlagen¹.

Der Vorteil liegt in der Vollarbeit eines Arztes bis 23.00 Uhr. Dadurch ergibt sich eine geringere Arbeitsbelastung während des Bereitschaftsdienstes. Es ist eine Übergabezeit eingeplant.

Das Modell entspricht den Anforderungen:

- des Arbeitszeitgesetzes, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Abs. 2 Nr. 3 ArbZG Gebrauch gemacht worden ist: Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c: Ja
 - der AVR: Ja
 - des EuGH-SIMAP-Urteils: **Nein**
-

¹ Jaeger, Corinna; Grzech-Sukalo, Hiltrud: Arbeitszeitüberschreitungen der Ärzte, Ausmaß, Hintergründe und Lösungsansätze in: Projekt NRW: Arbeitszeit modern gestalten; AWIS- Consult in Zusammenarbeit mit dem Land NRW

B | Modelle, die den Anforderungen des EuGH-SIMAP-Urteils entsprechen

Modell 6: 3-Schicht-Modell 3-Schichten à 8,5 Stunden inkl. Pause

Montag bis Freitag:

- 1. Dienst: 6.00 - 14.30 Uhr
 - 2. Dienst: 14.00 - 22.30 Uhr
 - 3. Dienst: 22.00 - 6.30 Uhr
 - 4. Dienst: 8.00 - 16.30 Uhr, weitere Dienste entsprechend Arbeitsanfall, eventuell zeitversetzt.
- Alternativen: stärkere Überdeckung beim 1. und 2. Dienst und Arbeitsbereitschaft beim 3. Dienst;
oder statt 3. Dienst Rufbereitschaft.

Samstag und Sonntag:

- Alternativen: je 2 Schichten von 12 Std. Arbeitsbereitschaft;
- oder je 2 Bereitschaftsdienste je 12 Std.;
- oder je 2 Schichten von 12 Std. mit Ausnahmegenehmigung nach § 15 Abs. 1

	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8
Dienst 1	D Arbeitszeit 8 Stunden 6.00 - 14.30 Uhr																								D		
Dienst 2									D Arbeitszeit 8 Stunden 14.00 - 22.30 Uhr																		
Dienst 3																	D Arbeitszeit 8 Stunden 22.00 - 6.30 Uhr										
Dienst 4			D Arbeitszeit 8 Stunden 8.00 - 16.30 Uhr																								

D = Dienst, weiße Felder = Frei

Modell 6 Bewertung:

Es liegen hintereinander eine Früh-, eine Spät- und eine Nachtschicht an fünf Tagen pro Woche. Früh-, Spät- und Nachtschicht dauern je achteinhalb Stunden inklusive 30 Minuten Pause. Es ist jeweils eine Übergabezeit von 30 Minuten berücksichtigt.

An Samstagen und Sonntagen können zwei Schichten von 12 Stunden Arbeitsbereitschaft, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 ArbZG Gebrauch gemacht worden ist, zwei 12-Stunden-Bereitschaftsdienste oder alternativ - mit einer Bewilligung nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a ArbZG - jeweils zwei 12-Stunden-Schichten durchgeführt werden.

Eine Pausenvertretung ist nur während der Früh- und Spätschicht garantiert. Für die Pause in der Nachtschicht wird ein zeitlicher Rahmen vorgegeben, in dem die Pause genommen werden kann. Während der Pause muss der Arzt jedoch für Notfälle erreichbar sein. Eine Vertretung ist erforderlich, wenn die Inanspruchnahme es nicht zulässt, die Pause zu nehmen.

Da montags bis freitags kein Bereitschaftsdienst stattfindet, kann auch in der Nacht Vollarbeit geleistet werden. Die erforderliche tägliche Ruhezeit von elf (§ 5 Abs. 1 ArbZG) bzw. zehn (§ 5 Abs. 2 ArbZG) Stunden kann eingehalten werden.

Die Zahl der benötigten Ärzte ergibt sich nicht aus den Grenzen, die die arbeitszeitrechtlichen Vorschriften setzen, sondern aus dem Arbeitsanfall an den einzelnen Tagen der Woche, der vereinbarten Arbeitszeit pro Woche sowie der Zahl der Schichten pro Woche.

Das Modell ist eingeführt in Universitätskliniken sowie in der ambulanten Notaufnahme einiger Krankenhäuser der Grund- und Maximalversorgung, bei denen auch in der Nacht eine größere Zahl von Notaufnahmen erfolgt.

Das Modell entspricht den Anforderungen:

- des Arbeitszeitgesetzes ggf. mit Abweichungsbefugnis nach § 7 ArbZG: . . . Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c: Ja
 - der AVR: Ja
 - des EuGH-SIMAP-Urteils: **Ja**
-

**Modell 7: Spätdienstmodell auf der Grundlage der tariflichen Vereinbarungen
Bereitschaftsdienste mit gestaffelten Arbeitszeiten**

Montag bis Freitag:

Dienst 1: 15.00 - 21.00 Uhr, 6,0 Std. Arbeitszeit

Dienst 2: Bereitschaftsdienst Stufe D von 20.30 bis 6.00 Uhr und 6.00 - 9.00 Uhr Arbeitszeit
danach Ruhezeit, 9,5 Std. Bereitschaftsdienst Stufe D und 3 Std. Arbeitszeit

Dienst 3: 7.00 - 17.00 Uhr, 9,25 Std. Arbeitszeit

Samstag und Sonntag:

Dienst 1: 8.00 - 15.00 Uhr Arbeitszeit und 15.00 - 21.00 Uhr Bereitschaftsdienst Stufe D
6,5 Std. Arbeitszeit und 6 Std. Bereitschaftsdienst/Dienst

Dienst 2: Bereitschaftsdienst Stufe D 20.30 - 6.00 Uhr und 6.00 - 9.00 Uhr Arbeitszeit
9,5 Std. Bereitschaftsdienst/Dienst und 3 Std. Arbeitszeit

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dienst 1									D Arbeitszeit 6 Std. 15.00 - 21.00Uhr																		
Dienst 2																BD Bereitschaftsdienst 9,5 Std. 20.30 - 6.00 Uhr									D Az 3 Std. 6.00 - 9.00 Uhr		
Dienst 3		D Arbeitszeit 9,25 Stunden 7.00 - 17.00 Uhr																								D	

D = Dienst, BD = Bereitschaftsdienst, weiße Felder = Frei

Modell 7 Bewertung:

Das Modell sieht einen Spätdienst vor, um den Arbeitsanfall abends mit Vollarbeitszeit abzudecken. Der Bereitschaftsdienst-Arzt beginnt mit der Bereitschaftsdienstzeit und hat im Anschluss an den Bereitschaftsdienst noch 3 Std. Arbeitszeit, um Übergabe und Visite zu erledigen.

Bei der Wochenendregelung ist von 6.00 Uhr bis 15.00 Uhr Vollarbeit. Sofern Dienst 1 und 2 das Wochenende komplett abdecken, hat Dienst 1 von 21.00 bis 8.00 Uhr Ruhezeit (11 Std.) und Dienst 2 von 9.00 Uhr bis 20.30 Uhr (11,5 Std. Ruhezeit).

Während der Arbeitsschichten vertreten die Ärzte sich gegenseitig in den Pausen.

Das Modell wurde im Rahmen einer Schwerpunktaktion zur Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus von der Arbeitsschutzverwaltung entwickelt, um Lösungsansätze für eine hohe Arbeitsdichte in den Abendstunden unter Beibehaltung eines nächtlichen Bereitschaftsdienstes vorzuschlagen. Das Modell ist bisher nicht umgesetzt worden.

Der Vorteil liegt in der Vollarbeit eines Arztes bis 21.00 Uhr und Vollarbeit am Wochenende, um den regulären Arbeitsanfall zu bewältigen. Dadurch ergibt sich eine geringere Arbeitsbelastung während des Bereitschaftsdienstes.

Das Modell entspricht den Anforderungen:

- des Arbeitszeitgesetzes Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c: Ja
 - der AVR: Ja
 - des EuGH-SIMAP-Urteils: **Ja**
-

Modell 8 Bewertung:

Dieses Modell sieht versetzte Dienste, Spätdienst und Nachtdienst mit eingebundenen Arbeitsbereitschaftszeiten vor. Die Grenzen der täglichen und wöchentlichen Arbeitszeiten und die Einhaltung der Ruhezeiten müssen am Gesamtdienstplan geprüft werden, um dies weiterzuentwickeln.

Während der Arbeitsschichten vertreten die Ärzte sich gegenseitig in den Pausen. Fällt die Pause in der Nachtschicht in die Arbeitsbereitschaft, wird ein zeitlicher Rahmen vorgegeben, in dem die Pause genommen werden kann. Während dieser Pause muss der Arzt jedoch für Notfälle erreichbar sein.

Der Vorteil liegt in der Vollarbeit bei Arbeitsanfall in den Abendstunden und am Wochenende. Gemeinsame Visiten sind möglich. Übergabezeiten sind eingeplant.

An Samstagen und Sonntagen können zwei Schichten von 12 Std. Arbeitsbereitschaft, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Abs. 2 Nr. 3 ArbZG Gebrauch gemacht worden ist, zwei 12-Stunden-Bereitschaftsdienste oder alternativ - mit einer Bewilligung nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a ArbZG - jeweils zwei 12-Stunden-Schichten durchgeführt werden.

Das Modell ist angelehnt an das Modell einer chirurgischen Intensivstation einer Universitätsklinik.²

Das Modell entspricht den Anforderungen:

- des Arbeitszeitgesetzes, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Abs. 2 Nr. 3 ArbZG Gebrauch gemacht worden ist: **Ja**
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c: **Ja**
 - der AVR: **Ja**
 - des EuGH-SIMAP-Urteils: **Ja**
-

² Pistorius, G. et al: Arbeitszeitmodelle und Produktionseffizienz im Krankenhaus: Ergebnisse und Besonderheiten der Einzeluntersuchung Homburg/ Saar, 1999 in: KU Sonderheft: Schichtmodelle im Krankenhaus, Oktober 1999

Modell 9: Arbeitsbereitschaftsmodell

Arbeitszeit 7,5 – 8,5 Stunden und Arbeitsbereitschaft von 10,75 – 11,75 Stunden

Montag bis Freitag:

Dienst 4:	8.00 - 16.00 Uhr	Arbeitszeit:	7,50 Std.
Dienst 2:	8.00 - 17.00 Uhr	Arbeitszeit:	8,50 Std.
Dienst 1:	13.00 - 22.00 Uhr	Arbeitszeit:	8,50 Std.
Dienst 3:	21.30 - 9.00 Uhr	Arbeitsbereitschaft:	10,75 Std.

Samstag und Sonntag:

Dienst 2:	8.00 - 17.00 Uhr	Arbeitszeit:	8,50 Std.
Dienst 4:	8.30 - 21.00 Uhr	Arbeitsbereitschaft:	11,75 Std.
Dienst 3:	20.30 - 9.00 Uhr	Arbeitsbereitschaft:	11,75 Std.

	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	5	5	6	7	8	9	10
Dienst 4	D Arbeitszeit 7,5 Stunden 8.00 - 16.00 Uhr																								D		
Dienst 2	D Arbeitszeit 8,5 Stunden 8.00 - 17.00 Uhr																									D	
Dienst 1							D Arbeitszeit 8,5 Stunden 13.00 - 22.00 Uhr																				
Dienst 3																AB Arbeitsbereitschaft 10,75 Std. 21.30 - 9.00 Uhr											

D = Dienst, AB = Arbeitsbereitschaft, weiße Felder = Frei

Modell 9 Bewertung:

Der Bereitschaftsdienst wird durch Arbeitsbereitschaft (mit bis zu 2/3 Arbeitseinsätzen) ersetzt, um der Arbeitsdichte in der Nacht und am Wochenende zu entsprechen. Die Einhaltung der Arbeitszeitgrenzen und Ruhezeiten kann nur anhand eines Dienstplanes mit Personalkapazitätsgrößen festgestellt werden.

Während der Pausen vertreten die Ärzte sich gegenseitig. Für die Pause in der Arbeitsbereitschaft wird ein zeitlicher Rahmen vorgegeben, in dem die Pause genommen werden kann. Während dieser Pause muss der Arzt jedoch für Notfälle erreichbar sein.

Der Vorteil liegt in der besseren Abdeckung des höheren Arbeitsanfalls in den Abendstunden und am Wochenende. Gemeinsame Visiten sind möglich. Übergabezeiten sind eingeplant.

Das Modell wurde entwickelt, um dem Problem zu hoher Arbeitszeitbelastung in Bereitschaftsdiensten entgegenzutreten. Bei diesem Modell werden Arbeitszeiten an Wochenenden und während der Nachtzeit nicht als Vollarbeit, sondern als Arbeitsbereitschaft bewertet. Arbeitsbereitschaft gilt zwar arbeitszeitrechtlich vollständig als Arbeitszeit, aufgrund tarifvertraglicher Vereinbarung kann aber die Arbeitszeit über zehn Stunden pro Tag auch ohne Ausgleich verlängert werden, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang (ca. 30 %) Arbeitsbereitschaft fällt. Das Modell stellt einen Lösungsansatz für größere innere Abtei-

lungen in Krankenhäusern der Grundversorgung mit Notaufnahme dar. Es wurde bisher nicht umgesetzt.

Das Modell entspricht den Anforderungen:

- des Arbeitszeitgesetzes, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Abs. 2 Nr. 3 ArbZG Gebrauch gemacht worden ist: Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c: Ja
 - der AVR: Ja
 - des EuGH-SIMAP-Urteils: **Ja**
-

5 | Auswirkungen der Arbeitszeitgestaltung auf die Kosten

Aufgrund der Besonderheiten des Dienstleistungsbetriebes Krankenhaus werden an die Personalplanung und damit die Arbeitszeitgestaltung besonders hohe Anforderungen gestellt. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht kommt es bei der Arbeitszeitgestaltung darauf an, dass Personaleinsatz und Leistungserbringung möglichst zur Deckung gebracht werden: Für die Leistungserbringung ist gerade im Krankenhaus zwischen einem "Sockelbedarf" für die grundlegende Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Krankenhausbetriebes und dem Bedarf für die darüber hinaus gehenden Leistungen der Patientenversorgung zu unterscheiden. Bei den Leistungen der Patientenversorgung können je nach Art der Abteilung kurzfristige Spitzen der Unter- und Überauslastung entstehen. Ein weiterer wichtiger Faktor im Krankenhaus sind die Schnittstellen, die häufig noch zu wenig Beachtung finden. Beispielsweise wirken sich die Arbeitszeitregelungen für Ärzte und Krankenpflegekräfte auf die Inanspruchnahme der Funktionsbereiche aus. Daraus ergeben sich Leistungsspitzen und leistungsschwache Zeiten in diesen Bereichen. Sind diese Inanspruchnahmen nicht abgestimmt, können hieraus kostenträchtige Über- oder Unterauslastungen entstehen.

Eine Prozesskostenrechnung, welche die Leistungsprozesse in ihrer kostenmäßigen Entwicklung abbildet und damit solche Auswirkungen aufdecken könnte, existiert bislang nur in wenigen Krankenhäusern. Insofern ist die Betei-

ligung der betroffenen Schnittstellenbereiche bei Veränderungen der Arbeitszeitorganisation notwendig.

Im Zusammenhang mit der Ablösung des Bereitschaftsdienstes durch Schichtarbeit sind von verschiedenen Seiten höhere Kosten bzw. ein Mehrbedarf an Ärzten sowie Einkommenseinbußen bei Ärzten geltend gemacht worden. Die finanziellen Auswirkungen von Änderungen in der Arbeitszeitgestaltung sowohl auf Arbeitgeber als auch auf Arbeitnehmer lassen sich jedoch nicht global berechnen.

Um jedoch kostenrelevante Unterschiede zwischen einzelnen Dienstplangestaltungen abzubilden, werden in Anlage 4 verschiedene beispielhafte Kostenberechnungen vorgestellt, die eine vergleichende Berechnung der Arztgehälter als auch der Gesamtkosten bei unterschiedlichen Dienstplanvarianten beinhalten. Es werden die Dienstplanvarianten "Tagdienst mit Bereitschaftsdienst Stufe D" (Beispiel A), "Zwei-Schicht-Modell mit Rufbereitschaft" (Beispiel B) und "Drei-Schicht-Modell ohne Dienste" (Beispiel C) dargestellt und berechnet. Anlage 5 enthält eine beispielhafte Darstellung der Kostenentwicklung durch die Umwandlung von Überstunden in zusätzliche Arztstellen.

Die in der Anlage vorgestellten Beispiele für Kostenrechnungen berücksichtigen nicht mögliche Veränderungen von Arbeitsablauforganisationen.

Allgemein betrachtet haben Organisationsentwicklungsprozesse zur Umsetzung eines neuen Arbeitszeitmodells folgende Auswirkungen:

- Arbeitsbedarf und Personalkapazität werden besser in Deckung gebracht;
- die Instrumente der Arbeitszeitgestaltung führen zu mehr Flexibilität, Rationalität, Transparenz der betriebswirtschaftlichen Zusammenhänge und damit zu verbesserten Planungsgrundlagen;
- die Optimierung der Arbeitszeitgestaltung wirkt sich positiv auf die Gesamtorganisation der betrieblichen Abläufe aus;
- durch höhere Leistungsfähigkeit, höhere Arbeitszufriedenheit, durch überschaubare Arbeitsabläufe und weniger Fehlzeiten erhöht sich die Produktivität des Personals.

Ähnlich wie bei den Arbeitszeitmodellen selbst gilt aber auch für die Kosten die Notwendigkeit der Einzelfallbetrachtung.

Durch die Veränderung der Arbeitszeitorganisation bzw. Arbeitszeitgestaltung wird es gleichzeitig zu Veränderungen der Gesamtkosten einer Abteilung kommen. Bei der Kostenberechnung kommt es immer auf die besondere Situation des einzelnen Krankenhauses an. Insoweit können allenfalls Modellberechnungen aufgestellt werden.

6 | Handlungsempfehlungen

Aus den Erkenntnissen im Zusammenhang mit Beratungsprojekten und der Aufsichtstätigkeit der Länderbehörden ergibt sich die generelle Forderung, dass jedes einzelne Krankenhaus oder sogar jede Abteilung spezifische Arbeitszeitlösungen durch beteiligungsorientierte Organisationsprozesse entwickeln muss. Bei Bedarf sollten externe Beratungsleistungen in Anspruch genommen werden. Erforderlich ist ein umfassender Modernisierungsprozess zur Entwicklung von Arbeitszeitmodellen im gesamten Krankenhausbereich, der Anstöße und Unterstützung von allen beteiligten Institutionen braucht.

Vorgehensweise bei der Neugestaltung der Arbeitszeit

Die Organisation der Arbeitszeit ist Teil der gesamten Arbeitsorganisation. Die Einführung innovativer Arbeitszeitmodelle darf sich nicht auf einzelne Organisationseinheiten beschränken, sondern muss alle Organisationseinheiten erfassen, die zeitlich abgestimmt zusammenarbeiten müssen. In Arbeitsgruppen sollten verbesserte bedarfsgerechte und arbeitszeitrechtskonforme Dienstpläne und Lösungskonzepte für deren Umsetzung erarbeitet werden. Alle Hierarchieebenen in einem Krankenhaus und die Mitarbeitervertretung sollten einbezogen werden, um eine hohe Akzeptanz der zu erarbeitenden Konzepte zu erreichen.

Die notwendigen Veränderungen in den Arbeitsabläufen, der Zusammenarbeit und der Arbeitszeitgestaltung verursachen bei Geschäftsleitung, Führungskräften und Personal Probleme durch unterschiedliche Zielsetzung und Interessenlage. Auch innerhalb der Hierarchieebenen sind durchaus divergierende Interessenlagen festzustellen. Ein konsensorientiertes Vorgehen erfordert deshalb gemeinsam erarbeitete, verbindliche Leistungsstandards.

Durch die Heranziehung und Kompetenz externer Berater und ggf. auch der Arbeitsschutzbehörden lassen sich durch die Nutzung von speziellem Fachwissen die Möglichkeiten der effizienten Arbeitszeitgestaltung in den Krankenhäusern zielgerichteter erarbeiten. Qualifizierte Arbeitszeitberatungen können Einsichten für Veränderungen bei den Geschäftsleitungen und Belegschaften bewirken. Spezialisierte Software kann zur Erarbeitung arbeitszeitkonformer Dienstpläne genutzt werden.

Die Erfassung aller Tätigkeiten sowie die Ist-Analyse der Belastungen und Beanspruchungen des Krankenhauspersonals und der Ausfallzeiten ist Grundlage für eine erfolgreiche Umgestaltung der Arbeitszeit. Diese sollte unter Mitwirkung aller Betroffenen erfolgen. Untersucht werden muss, in welchen Bereichen der Klinik es Probleme bei der Einhaltung des Arbeitszeitrechts gibt. Potenzielle gesundheitliche Risiken für das Krankenhauspersonal, aber auch für die Patienten, müssen in die Betrachtungen einbezogen werden. Die Ergebnisse der

Analysen sind mit den vorhandenen Dienstplänen zu vergleichen. Gründe für die Abweichungen sind zu ermitteln und zu bewerten. Die Möglichkeit der zeitlichen Verlagerung von Tätigkeiten muss geprüft werden.

Es sollte ein Profil der Arbeitsdichte in den unterschiedlichen Abteilungen und Bereichen hinzugezogen werden und ebenso eine Organisationsanalyse, um Arbeitsverteilung und Arbeitsorganisation unter zeitlichen, fachlichen und organisatorischen Aspekten abstimmen zu können.

Im nächsten Schritt werden unterschiedliche Handlungsoptionen für Veränderungen der Dienstpläne unter den organisatorischen und finanziellen Möglichkeiten in dem betreffenden Krankenhaus untersucht. Gestaltungsmöglichkeiten sind aufzuzeigen (z.B. kurze und längere Bereitschaftsdienste, andere Arbeitsabläufe, andere Besetzungsstärken zu bestimmten Zeiten, andere Schichtmodelle). Dabei wird ermittelt, wie sich eine arbeitszeitrechtskonforme Ausrichtung der Dienstpläne erreichen lässt. In diesen Prozess werden stets die Beschäftigten eingebunden. Kommunikation und Information über organisatorische, rechtliche und betriebspolitische Fragestellungen bei der Erarbeitung von neuen Arbeitszeitmodellen spielen eine Schlüsselrolle für den Erfolg und die Akzeptanz von veränderter Arbeitszeitgestaltung. Auch Umsetzungsbarrieren in einem Krankenhaus sollten hierbei berücksichtigt werden (z.B. finanzielle Schwierigkeiten eines Krankenhauses oder Fachkräftemangel).

Bei der Erarbeitung neuer Arbeitszeitmodelle sind folgende Aspekte besonders zu beachten:

- Sicherstellung einer den Qualitätsanforderungen entsprechenden kontinuierlichen Patientenversorgung;
- Abstimmung zwischen Berufsgruppen und Abteilungen;
- Gleichzeitige Überarbeitung der Ablauforganisation;
- Akzeptanz durch Beteiligung der Mitarbeiter;

- Berücksichtigung der finanziellen Auswirkungen.

Ein systematisches Vorgehen bei der Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells haben z.B. die Arbeitswissenschaftler Knauth & Hornberger 1994 beschrieben (Siehe Tabelle nächste Seite).

Eine bereichs- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ist erforderlich. In der Anfangsphase kann man sich auf ausgesuchte Modellbereiche konzentrieren. Eine Veränderung der Arbeitszeiten ist ein mitbestimmungsrelevanter Tatbestand. Eine frühzeitige Einbindung des Personalrates oder der Mitarbeitervertretung ist daher zweckmäßig.

Es hat sich bewährt, die Verantwortung für die bedarfsgerechte und rechtskonforme Ausgestaltung der Arbeitszeiten weitgehend in die einzelnen Organisationsbereiche zu delegieren, um eine bedarfsnahe und patientenorientierte Arbeitszeitplanung zu ermöglichen. Analysen der tatsächlich anfallenden Arbeitszeiten und die verbindliche Einhaltung der eventuell neu getroffenen flexiblen Einsatzregelung sind nur schwer von außen zu bewerkstelligen. Teamorientierung und Einsicht in die Notwendigkeiten bei den betroffenen Mitarbeitern sind notwendige Voraussetzungen für Veränderung.

Eine Bewertung der neuen Arbeitszeiten sollte gesundheitliche Aspekte, die sich für den Mitarbeiter und Patienten vorteilhaft auswirken können, ebenso berücksichtigen wie finanzielle oder sonstige Nachteile.

Das vorhandene Personal ist bei der Lösungsentwicklung nach Qualifikation, Kopf- bzw. Vollkräftezahl in einem möglichen Dienstplan einzuteilen, damit sich eine entsprechende Verteilung von Aufgaben und Personal anschaulich darstellen lässt.

Die ökonomischen Konsequenzen, das Auftreten von Fehl- und Ausfallzeiten, der mögliche Freizeitausgleich für Überstunden usw. müssen transparent gemacht werden. Wenn ökonomi-

Systematisches Vorgehen bei der Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells nach Knauth & Hornberger

Projektphasen	Einzelschritte
Planung	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zukünftigen Bedarf ermitteln 2. Ziele und Rahmenbedingungen festlegen 3. Projektteam einsetzen
Analyse	<ol style="list-style-type: none"> 4. Auswahl einer Test- und einer Kontrollgruppe 5. Einbeziehen von Vertretern der betroffenen Mitarbeiter/ innen und der entsprechenden Betriebsleitung in das Projektteam 6. Information aller betroffenen Mitarbeiter/ -innen 7. Analyse der Ist-Situation und erste Fragebogenerhebung bei betroffenen Mitarbeiter/ -innen und bei Kontrollgruppen
Ausarbeitung	<ol style="list-style-type: none"> 8. Ausarbeitung und Bewertung von alternativen Arbeitszeitmodellen - wenn möglich in Workshops mit betroffenen Arbeitnehmer/ -innen - sowie Vorauswahl von zwei bis drei Alternativen 9. Abstimmung aller betroffenen Mitarbeiter/ -innen, welches Arbeitszeitmodell probeweise eingeführt werden soll.
Test	<ol style="list-style-type: none"> 10. Probelauf über einen vereinbarten Zeitraum (6 - 12 Monate) 11. Diskussionsrunden 12. Zweite Fragebogenerhebung bei betroffenen Mitarbeiter/ -innen und bei Kontrollgruppe
Realisation	<ol style="list-style-type: none"> 13. Je nach Abstimmungsergebnis: <ol style="list-style-type: none"> a) Beibehaltung des neuen Arbeitszeitmodells b) Verbesserung des Arbeitszeitmodells c) Rückkehr zum alten Arbeitszeitmodell bei mehrheitlicher Ablehnung bzw. Suche einer neuen Alternative 14. Betriebsvereinbarung 15. Endgültige Einführung

sche Informationen fehlen, bleiben Lösungsmodelle unvollständig.

Bei der Lösungsfindung sollte es kein Tabu für die Diskussion von Veränderungen geben. Weiter muss bei der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle eine Erprobungsphase eingeplant werden. Auch bei noch so guter Planung können einige Aspekte des Arbeitsalltags vergessen worden sein, die aber bei einer Realisierung zu Engpässen und Schwierigkeiten führen.

Alle angeschlossenen Servicebereiche sind von einer Arbeitszeit- und Organisationsumstellung rechtzeitig und noch einmal am Tag vor der Umstellung zu informieren. Geht man davon aus, dass nach zwei bis vier Wochen kleinere umstellungsbedingte Schwierigkeiten ausgeräumt sind, so kann danach eine anschließende Bewertung zeigen, ob sich das Modell bewährt hat oder nicht.

Mit Hilfe einer Erfolgskontrolle sollte abschließend festgestellt werden, ob die geplanten Ziele erreicht wurden, sich alle Berufsgruppen an die getroffenen Absprachen halten und für die Mitarbeiter keine kritischen bzw. belastenden Situationen auftreten, die mit dem neuen Arbeitszeitmodell in Beziehung zu bringen sind. Eine abschließende soziale, arbeitsphysiologische und ökonomische Bewertung sollte den Erfolg des Modells dokumentieren.

Alle beteiligten Institutionen müssen handeln

Die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes in Krankenhäusern in Deutschland berührt mehrere wichtige und sensible politische Felder: Gesundheitswesen, Arbeitsschutz, Arbeitsmarkt, Krankenkassen, Finanzpolitik. Auf verschiedenen Ebenen sind hier die wichtigsten Bereiche genannt, in denen eine Vielzahl von Institutionen, Verbänden und Behörden mit der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes befasst sind.

Verantwortlich sind immer in erster Linie die Krankenhausleitungen in ihrer Funktion als

Arbeitgeber. Diese werden von den Aufsichtsbehörden überwacht. Bei ordnungsrechtlichen Maßnahmen muss gewährleistet sein, dass die Versorgung nicht gefährdet wird.

Die bundesrechtlich geregelte Finanzierung spielt hier ebenfalls eine wichtige Rolle.

Die Gesundheits- und Finanzpolitik ist unter dem Aspekt der Finanzierung gefordert, da die gegebenenfalls erforderlichen Mehrkosten durch Neueinstellungen teilweise von den Krankenkassen oder aus öffentlichen Kassen aufgebracht werden müssen. Die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes kann daher nur von allen Beteiligten gemeinsam gelöst werden.

Krankenhäuser

Verantwortlich für die Einhaltung der Arbeitszeitbestimmungen ist das jeweilige Krankenhaus. Das Arbeitszeitgesetz und die für die Krankenhäuser gültigen tariflichen Vereinbarungen enthalten die rechtlichen Regelungen für den Rahmen der Arbeitszeitgestaltung in den Krankenhäusern (siehe unter Kapitel 1 und 7, Anlage 2). Jedes Krankenhaus muss vermeiden, dass durch überlange Arbeitszeiten Ärztinnen und Ärzte überfordert und die Gesundheit von Patientinnen und Patienten beeinträchtigt werden können.

Eine interdisziplinär ausgerichtete Patientenversorgung in medizinischen Zentren, moderne Klinikabläufe und Klinikprozesse erfordern ärztliches und pflegerisches Personal rund um die Uhr. Die Ansprüche der Patienten an die Krankenhäuser steigen in einem verschärften Wettbewerb. Mehr Geld für den Einsatz von zusätzlichem Personal steht den Krankenhäusern nur begrenzt zur Verfügung.

Im Hinblick auf die Einführung des neuen DRG-Abrechnungssystems (DRG= Diagnosis related Groups = Diagnoseorientierte Fallpauschalen) ab dem Jahre 2003 stehen den Krankenhäusern Veränderungen bevor. Im Zuge dieser Veränderungen muss auch die Durchsetzung des

Arbeitszeitrechts in den Krankenhäusern gesehen werden. Die Krankenhausträger werden aufgefordert, mit dem Ziel der Umsetzung des Arbeitszeitrechts neue arbeitszeitorganisatorische Konzepte zu entwickeln und einzuführen. Es wird angeregt, dass sich Krankenhausleitungen, Beschäftigte und die Interessenverbände intensiv sowohl krankenhausintern als auch zwischen den Krankenhäusern über verbesserte und bereits praktizierte Arbeitszeitmodelle austauschen, um deren Anwendbarkeit abzuwägen und zu testen.

Bereits entwickelte Arbeitszeitmodelle sind auf ihren exemplarischen Charakter hin zu überprüfen, um die Möglichkeiten der Anpassung auf andere Fach- und Funktionsbereiche zu untersuchen. Die Krankenhäuser sollten sich mit verbesserten Modellen innerhalb und außerhalb des eigenen Krankenhauses auseinandersetzen, um sie auf ihre Anwendungsmöglichkeit in anderen Bereichen zu testen.

Wo in Fach- und Funktionsbereichen positive Umgestaltungen vorgenommen wurden, kann die Übertragbarkeit und Eignung dieser "Best-Practice" Modelle für andere Bereiche geprüft werden. Durch die Heranziehung solcher Arbeitszeitmodelle für andere Kliniken und Funktionsbereiche und die Anpassung an spezifische Bedingungen können Synergieeffekte erzielt werden.

Durch externen Sachverstand von Arbeitszeitberatern lässt sich in vielen Fällen eine Initialzündung für eine erhebliche Effizienzsteigerung in Krankenhäusern erreichen. Arbeitszeitberatungen können Einsichten für Veränderungen bei den Geschäftsleitungen und den Belegschaften in Krankenhäusern fördern. Sie tragen zur Änderung interner Abläufe bei und schaffen Impulse für eine gesamtorganisatorische Reorganisation.

Aufsichtsbehörden

Die Ausführung des Arbeitszeitgesetzes obliegt nach Art. 83 des Grundgesetzes den Ländern, die an Recht und Gesetz gebunden sind. Verstöße können aus rechtsstaatlichen Gründen nicht hingenommen werden.

Die Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser ab dem Jahr 2003 wird zu tief greifenden Veränderungen im stationären Bereich führen. In dieser Situation muss die Durchsetzung des Arbeitszeitrechts durch die Aufsichtsbehörden mit Augenmaß erfolgen. Ziel ist eine dialogorientierte staatliche Aufsicht, die Gelegenheit gibt, vorbereitende Maßnahmen zur Umsetzung von arbeitszeitrechtskonformen Arbeitszeitmodellen zu ergreifen. Die Umsetzung des Arbeitszeitrechts muss ergebnisorientiert, aber zeitlich abgestuft mit allen Beteiligten vereinbart werden. Die Aufgabe der Arbeitsschutzverwaltung besteht neben ihrer Aufsichts- und Kontrollfunktion darin, diesen Prozess unter Berücksichtigung der möglichen Gestaltungs- und Flexibilisierungsspielräume unterstützend und beratend zu begleiten.

Gezielte Beratung durch die Arbeitsschutzbehörden, gegebenenfalls unter Hinzuziehung externer Berater, kann einen gemeinsamen Gestaltungsprozess in Gang setzen, der in eine gesetzeskonforme Arbeitszeitlösung mündet. Werden die notwendigen Maßnahmen nicht getroffen, können Verwaltungsmaßnahmen ergriffen werden.

Der Schlüssel für die Lösung der Probleme heißt daher: Intervention und Kooperation.

Bei der Entwicklung von innovativen Arbeitszeitmodellen hat die Arbeitsschutzverwaltung eine wichtige Aufgabe, indem sie diesen Prozess unter Berücksichtigung der möglichen Gestaltungs- und Flexibilisierungsspielräume unterstützend und beratend begleitet. Dabei sind folgende Aspekte wesentlich:

- Vorstellung der Ergebnisse der Arbeitszeituntersuchung,
 - Aufzeigen von rechtskonformen Regelungen der aktuellen Arbeitszeitgestaltung,
 - Defizite in der aktuellen Arbeitszeitgestaltung, Umsetzung im Hinblick auf die Vorgaben der anzuwendenden Arbeitszeitregelungen,
 - Hinweise auf Gefährdungen des Personals durch überlange Arbeitszeiten,
- Darstellung und Erörterung der rechtlichen Spielräume in der Arbeitszeitgestaltung (abgestimmt auf die spezifische Situation der Klinik),
- Bedeutung und Notwendigkeit der Arbeitszeitdokumentation im Interesse der Beschäftigten, Patienten und Krankenhausbetreiber,
- Hinweis auf exemplarische Arbeitszeitmodelle als Diskussionsgrundlage, die für bestimmte Problembereiche Lösungsansätze bieten können (unter Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen),
- Hinweis auf die Bedeutung
 - der Beteiligung betroffener Mitarbeiter,
 - der Kommunikationsstrukturen und
 - der Aufbau- und Ablauforganisation bei Änderungen der Arbeitszeitgestaltung.

Gesundheitsbehörden und Krankenhausaufsicht

Krankenhäuser sind von Gesetzes wegen im Rahmen der Rechtsvorschriften eigenverantwortlich wirtschaftende Institutionen. Die Gesundheitsbehörden dürfen nicht in die verfassungsrechtlich geschützte Organisationshoheit der Krankenhäuser eingreifen. In den Ländern, in denen Rechtsaufsicht über die Krankenhäuser besteht, kann die Einhaltung der die Krankenhausversorgung regelnden Gesetze und Vorschriften durch die Krankenhäuser auf diesem Wege kontrolliert werden. Bei konkreten Anlässen können insofern aufsichtsrechtliche

Schritte eingeleitet werden.

Um so bedeutsamer ist es, die mittelbaren Einwirkungsmöglichkeiten der Gesundheitsbehörden zu nutzen. Es ist eine möglichst enge Zusammenarbeit mit den Arbeitsschutzbehörden anzustreben.

Es ist auch Aufgabe der Gesundheitsbehörden, die fachliche Diskussion über die Arbeitszeitproblematik in ihrem Zuständigkeitsbereich aktiv mit zu gestalten. Dies kann in vielfältigen Einzelkontakten zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden ebenso wie in der Diskussion mit den Kostenträgern und den Landes- und Berufsverbänden oder den Gewerkschaften geschehen. Dabei ist den jeweiligen besonderen gesundheitspolitischen und tatsächlichen Gegebenheiten in den einzelnen Ländern gerecht zu werden.

Sozialpartner

Der Rahmen für die Arbeitszeitgestaltung des Personals in Krankenhäusern wird durch das Arbeitszeitgesetz und die einschlägigen Tarifverträge gesetzt. Die Tarifvertragsparteien als Verantwortliche für die Tarifverträge sind daher gefordert, ihre bisherigen tarifvertraglichen Regelungen zu Arbeitszeiten und Bereitschaftsdiensten im Sinne einer besseren leistungsorientierten Arbeitsorganisation zu überprüfen. Die Tarifvertragsparteien wurden bereits von den Arbeits- und Sozialministern der Länder aufgefordert, die tarifrechtlichen Voraussetzungen für die Einführung von neuen Arbeitszeitsystemen in Krankenhäusern zu überprüfen und Tarifverträge entsprechend fortzuentwickeln.

Gesetzgeber

Soweit Veränderung der Arbeitszeitgestaltung nach Ausschöpfung aller Einsparmöglichkeiten zusätzliche Mittel erfordern, ist der Gesetzgeber gefordert, die Finanzierung zu prüfen.

Es werden Bestrebungen des Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit begrüßt, auf möglichst breiter Grundlage zu entscheiden, wie hinsichtlich des SIMAP-Urteils weiter zu verfahren ist, und entsprechende Gespräche mit den beteiligten Bundesressorts, den Verbänden und Gewerkschaften sowie der Kommission der Europäischen Union zu führen.

Die Arbeits- und Sozialminister der Länder haben den Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit gebeten, einen weiteren Bericht mit einer abschließenden Bewertung über die im Arbeitszeitgesetz zu ziehenden Konsequenzen aus dem SIMAP-Urteil sobald wie möglich vorzulegen. Erst auf dieser Grundlage kann entschieden werden, ob der Gesetzgeber Änderungen des Arbeitszeitgesetzes vornehmen muss. Im Zuge einer etwaigen Novellierung könnte weiterer Änderungsbedarf einbezogen werden (z.B. Dokumentationsverpflichtung aller Arbeitszeiten).

Anlagen

Anlage 1: Verzeichnis der mitwirkenden Institutionen

Die Arbeitsgruppe wurde bei Ihrer Arbeit unterstützt und beraten von:

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
(Ver.di) - Bundesvorstand
Potsdamer Platz 10
10785 Berlin

Marburger Bund
Verband der angestellten und beamteten
Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
Riehler Straße 6
50668 Köln

Vereinigung der Kommunalen
Arbeitgeberverbände
Postfach 511005
50946 Köln

Bundesanstalt für Arbeitsschutz
und Arbeitsmedizin
Postfach 17 02 02
44061 Dortmund

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
Münsterstraße 169
40476 Düsseldorf

Bundesministerium für Wirtschaft
und Arbeit
Unterabteilung III a
Postfach 14 02 80
3107 Bonn

Bundesministerium für Gesundheit
53108 Bonn

AWIS-consult
Arbeitszeit- und Organisationsberatung
Industriehof 5,
26133 Oldenburg
Niederlassung NRW:
Blücherstr. 61,
40477 Düsseldorf

Unternehmensberatung
Prof. Bernd Mühlbauer
Westendamm 1
58239 Schwerte

XIMES GmbH
Hansastr. 7-11
44137 Dortmund

Dr. Hoff - Weidinger – Herrmann
Arbeitszeitberatung
Lützowufer 1
10785 Berlin

Institut für Arbeitsforschung und
Organisationsberatung (Iafob)
Standort Zürich
Obere Zäune 14
CH-8001 Zürich

Dr. von Schwarzkopf
Betriebsärztlicher Dienst
Zentralkrankenhaus St. Jürgen-Str.
28205 Bremen

Anlage 2: Rechtsgrundlagen für Arbeitszeitregelungen in Deutschland in Krankenhäusern

	EU ¹	ArbZG ²	Bundes-angestellten-tarifvertrag BAT (West / Ost)	Arbeitsvertragsrichtlinien AVR a) Caritas, b) Diakonie	Deutsches Rotes Kreuz DRK- TV	Arbeiterwohlfahrt Arbeiter-samariter-Bund AWO ASB
Arbeitszeit : pro Woche pro Tag	48 Std. pro 7-Tage im 12-Monats-durchschnitt		38,5 / 40 Std. durchschnittlicher Ausgleich in 26 Wo; bis 60 Std. wöchentlich bei Arbeitsbereitschaft (AB)	a) b) 38,5/40Std. durchschnittlich in 13 Wochen a) 50 Std. bei AB b) 49 Std. bei AB	38,5/ 40 Std. in 8 Wochen durchschnittlich	38,5/ 40Std sonst wie BAT
Nachtarbeit	7 Std. in der Zeit 8 - 24 Uhr Nacht: mind. von 24 - 5 Uhr	8 Std. werktäglich; 10 Std. bei Ausgleich in 1 Monat oder in vier Wochen, Nacht: 23 – 6 Uhr	Nacht = Zeit zwischen 20 und 6 Uhr	Nacht: wie ArbZG	Nacht = Zeit zwischen 20 und 6 Uhr	Nacht: wie BAT
Bereitstellungsdienst	Bewertung wie EuGH-Urteil vom 3.10.00	Keine eigene Begriffsbestimmung, nur Verwenden des Begriffs	Auf AO des Arbeitgebers außerhalb d. regelmäßigen AZ an einer vom AG best. Stelle aufhalten, um im Bedarfsfall Arbeit aufzunehmen. Nach 12 Std. BD – 8 Std. Ruhe; BD der Stufen A,B,C,D bis 49% Inanspruchnahme Grundsätzlich: 6 BD in Stufen C,D; maximal 7 BD Stufen A, B.	wie BAT Besonderheiten bei der Anzahl der Berechnung Maximal 7 BD	wie BAT	Wie BAT, außer Anzahl BD, RB max. 8 Dienste aber gesonderte Bewertung der Arbeitszeit bei den BD-Stufen
Rufbereitschaft	EuGH-Urteil v. 3.10.00	Wie BD	Bei selbstständigem Aufenthalt, Auf Abruf Arbeitsaufnahme 12x mtl.	wie BAT zzgl. RB gilt zu 1/8 oder 12,5 % als Arbeitszeit RB mit Stunden-garantie (3 Std.)	wie BAT u. wie AVR	Wie BAT und wie AVR (12,5% gelten auch als Arbeitszeit)
Ruhepausen	Nach 6 Std. eine RP	nach 6 – 9 Std.: 30 min. RP			Verweis auf das Gesetz	
Ruhezeiten: pro Tag pro Woche	11 Std. zusammenhängend in 24 Std. 24 Std.+ 11 Std.; ausnahmsweise nur 24 Std.	nach Beendigung der Arbeit 11 Std.; i. Krhs. u. a. 10Std., BD 5,5 Std. ununterbrochen	Nach Arbeitstag mit nachfolgendem BD Stufen C,D: 8 Std. nach zusammenhängendem WBD oder langen BD: 12 Std. Ruhezeit	Grundsätzlich wie ArbZG, Kürzung um 2 Std. mit Dienstvereinbarung (1x pro Woche oder 2x in 14 Tagen)	Wie BAT	nach zusammenhängendem WBD oder langem BD: 12 Std. Ruhezeit

Abkürzungen:

- AB Arbeitsbereitschaft
- AG Arbeitgeber
- AO Anordnung
- BD Bereitschaftsdienst
- RB Rufbereitschaft
- RP Ruhepause
- WBD Wochenendbereitschaftsdienst

¹ RL 93/ 104/ EG, geändert durch RL 00/34/EG

² zul. geändert durch Gesetz vom 21.12.2000 (BGBl I S. 1983)

Anlage 3: Übersicht der Länderaktivitäten

Stand: Oktober 2002

Land	Schwerpunktaktion /Überprüfung	Bericht/Veröffentlichungen	Verstöße	Bemerkungen
Baden-Württemberg	Seit 1996 haben die Staatlichen Gewerbeaufsichtsämter im Rahmen einer jährlich wiederkehrenden Schwerpunktaufgabe ca. 110 Arbeitszeitkontrollen in Krankenhäusern nach bestimmtem Modus durchgeführt.	1996 Ergebnisbericht des Arbeitskreises „Arbeitszeit im Krankenhaus“ des Landes Baden-Württ., 1997 Fernsehdiskussion im SWR 3, Ergebnisbericht über Fachdienstbesprechungen zur Arbeitszeit im Krankenhaus, Beantwortung von Landtagsanträgen, Jahresbericht 1997/1998/1999/2000, Pressemitteilungen	Beim Pflegepersonal: Überschreitung der tägl. Höchstarbeitszeit bei Hebammen; Bei Ärzten: Keine oder zu kurze Ruhezeiten, tägl. Arbeitszeit länger als 10 Std., Vernachlässigung der Aufzeichnungspflicht, zu viele Bereitschaftsdienste pro Monat und mehr als 49% Arbeitseinsatz im Bereitschaftsdienst, kein Ausgleich für Mehrarbeit	Die Schwerpunktüberprüfungen werden fortgesetzt. Die Beschränkung der Aufzeichnungspflicht auf Mehrarbeit behindert die Kontrollen. Überschreitungen der Grenze von 49% Arbeitseinsatz im Bereitschaftsdienst sind schwer feststellbar. Divergierende Interessenlage aber auch die wirtschaftliche Abhängigkeit junger Ärzte mit Zeitvertrag sind Hindernisse bei der Ermittlung der tatsächlichen Arbeitszeiten. Einige Kliniken machen Fachärztemangel geltend.
Bayern	1996: Umfrage in allen bayrischen Krankenhäusern zur Umsetzung des ArbZG 1997: Arbeitskreis mit LÄK, Marburger Bund, Komm. Arbeitgeberverband, BKG 1998: Auslegungshilfen für GAÄ Oktober 2001: „Runder Tisch“ (bisher 5 Gespräche, nächster Termin Ende September 2002)	Arbeitskreis „Arbeitszeit in Krankenhäusern“ hat speziell auf Krankenhausbereich abgestimmte Auslegungshilfen bei Umsetzung des ArbZG erarbeitet. Diese werden von den GAÄ in Bayern als Kriterien beim Vollzug des ArbZG in Krankenhäusern zugrunde gelegt.	Bzgl. Einhaltung der täglichen Höchstarbeitszeit, Unterschreitung der Ruhezeit.	Modelle sind nicht ohne weiteres auf andere Häuser übertragbar, da Rahmenbedingungen zu unterschiedlich Keine dauerhafte Problemlösung durch Sanktionen Ziel: Wiederherstellung attraktiver Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern
Berlin	Seit 1998 insgesamt 25 Arbeitszeitkontrollen		11 Verwarnungen, Einleitung von 14 Bußgeldverfahren	„Hohe Trefferquote“ resultiert wegen Personalmangels aus Kontrollen bei konkretem Verdacht
Brandenburg	1998 Schwerpunktaktion „Sicherheit und Gesundheitsschutz in Krankenhäusern“	9/1999	Verstöße bei Pflegepersonal kaum, bei Ärzten wurden die langen Arbeitszeiten mit Notfallversorgung begründet	Aktion in 1998 sollte dazu dienen, die neuen Bestimmungen des ArbZG bekannt zu machen und zu Problemen zu beraten.
Bremen	2001 Kontrolle einiger Bereiche in den Krankenhäusern eines Aufsichtsbezirkes; 2002/03 Schwerpunktaktion „Arbeitszeit in Krankenhäusern“		fehlende Arbeitszeitnachweise in einem Krankenhaus, sonst fehlende Arbeitszeitnachweise vereinzelt bei Ärzten	Zuständigkeit für Überwachung der Arbeitszeit in Krankenhäusern erst in 2000 erhalten, Die Aktion 2002 dient der Überprüfung der Arbeitsschutzorganisation mit anschließender Kontrolle der Arbeitszeit anhand von Stichproben in allen Krankenhäusern
Hamburg	1996 / 1997: Umfrage in allen Hamburger Krankenhäusern zur Umsetzung des ArbZG 1997- 2000 stichprobenartige Arbeitszeitkontrollen in Hamburger Krankenhäusern einschl. umfangreicher Beratung 2001 Schwerpunktaktion 2002 Projekt mit intensiven Kontrollen, Begleitung bei der Entwicklung von neuen Arbeitszeitkonzepten	- 1997 Merkblatt zur Arbeitszeit in Krankenhäusern - Eine Tagung Anfang 2003 ist geplant.	Bei Ärzten: -Überschreitung der werktägl. Arbeitszeit -Nichteinhaltung der Ruhezeiten bei BD - zu viele BD / Rufbereitschaften im Monat - Nichteinhaltung der Pausen - fehlende Aufzeichnungen zu Überstunden; Pflegepersonal: Nur vereinzelt Verstöße	Es wurden zeitlich befristete Ausnahmegenehmigungen erteilt und Anordnungen getroffen. Die großen Krankenhäuser streben z.T. eine flächendeckende Neukonzeption der Arbeitszeitorganisation an. Dieser Prozess wird begleitet. Bei der Entwicklung von Einzellösungen erfolgt Unterstützung. Das Projekt wird 2003 fortgesetzt.

Übersicht der Länderaktivitäten (Fortsetzung)

Land	Schwerpunktaktion /Überprüfung	Bericht/Veröffentlichungen	Verstöße	Bemerkungen
Hessen	Schwerpunktaktion „Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus“ 2001/2002 in Kooperation mit Krankenhausgesellschaft, Ärztervertretungen, LÄK, Arbeitgebervertretungen; Expertenhearing zu Arbeitszeitmodellen im Krankenhaus in Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern	Ergebnisse wurden 1/2002 in einer gemeinsamen Pressekonferenz mit den Kooperationspartnern vorgestellt, Veröffentlichung Ergebnisbericht 3/2002, 2. Jahreshälfte 2002	Fehlende Arbeitszeitdokumentation bei Ärzten, Verstöße bezüglich täglicher Höchstarbeitszeiten, Pausen, Ruhezeiten und Bereitschaftsdiensten	Verwendung von Checklisten, Prüfung von Arbeitszeitznachweisen, parallele Mitarbeiter- und Organisationsbefragung, verbesserte Arbeitszeitmodelle sollen in der 2. Phase (Beratungsphase) vorgeschlagen und erprobt werden
Mecklenburg-Vorpommern	Schwerpunktaktion fand 1998 statt, Analyse/Befragung im 4. Quartal 2001	04/2001		In zwei Krankenhäusern Mitarbeiterbefragungen mit anschließender Auswertung und Beratung
Niedersachsen	Schwerpunktaktion in 2001	Aktion läuft noch bis zum 31.12.02	Überschreitung der Höchstarbeitszeit, Nichteinhaltung der Ruhezeiten (vorwiegend nach Bereitschaftsdiensten), Anzahl der Bereitschaftsdienste	Kontrollen vor Ort mit Überprüfung der Forderungen nach §§ 3 und 16 Abs. 2 ArbZG
Nordrhein-Westfalen	Schwerpunktprojekt in 1996/1997 mit Überprüfungen bei 295 Krankenhäusern (mehr als die Hälfte der Krankenhäuser des Landes) neue Schwerpunktaktion 2001/2002	Herausgabe der Broschüre „Arbeitszeitmodelle – Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes in der modernen Arbeitsorganisation“ in 2000, Endbericht des Forschungsprojektes liegt vor, Planung einer Fachtagung zur Auswertung der Berichtsergebnisse	Überschreitung der maximal möglichen täglichen Arbeitszeit, Nichteinhaltung der Mindestruhezeiten von 5,5 Stunden Einleitung von Bußgeldverfahren	Beginnend im Jahr 1997 wurde ein zweijähriges Beratungsprojekt in 15 Modellkrankenhäusern durchgeführt (Forschungsprojekt) 2002 wird die Entwicklung von Arbeitszeitmodellen in fünf weiteren Krankenhäusern von der Arbeitsschutzverwaltung unterstützt
Rheinland-Pfalz	Bisher wurden die Krankenhäuser nahezu flächendeckend von der Gewerbeaufsicht aufgesucht und zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes beraten. In den Jahren 2001 und 2002 haben Schwerpunktaktionen stattgefunden.	Ein Abschlussbericht über die Schwerpunktaktion liegt vor.	Überschreitungen der täglichen Arbeitszeiten und die Nichteinhaltung der Mindestruhezeiten sowie der erforderlichen Pausen, Fehlen von Arbeitszeitznachweisen wurden festgestellt.	Die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes wird ergebnisorientiert, aber zeitlich abgestuft mit allen Beteiligten vereinbart. Der Einsatz speziell geschulter Arbeitszeitberater wird empfohlen.
Saarland	Schwerpunktaktion von 1998 bis 2001	Herausgabe „Leitfaden zur Handhabung und Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes im Krankenhausbereich“		
Sachsen	Schwerpunktaktion in 2001, Fortführung der Aktion in ca. fünf ausgewählten Krankenhäusern	Zwischenbericht 10/01, Gesamtergebnis 03/02	Überschreitung der maximal möglichen täglichen Arbeitszeit und Nichteinhaltung von Mindestruhezeiten, schwer nachzuweisen, da unzureichende Arbeitszeitdokumentation	Tendenz zur Flexibilisierung der bisherigen Dienstzeitmodelle vereinzelt erkennbar
Sachsen-Anhalt	Vergangene Jahre und laufende Revisionstätigkeit	2001		Schwerpunktaktion betraf Überprüfung aller Landeskrankenhäuser sowie aller Krankenhäuser in kommunaler oder privater Trägerschaft

Land	Schwerpunktaktion /Überprüfung	Bericht/Veröffentlichungen	Verstöße	Bemerkungen
Schleswig-Holstein	Schwerpunktaktion 1997/98 1999 Befragung aller Krankenhäuser hinsichtlich arbeitszeitrechtlicher Normen Musterprüfung eines Krankenhauses 2000 Dienstbesprechungen unter Beteiligung des Marburger Bundes			
Thüringen	Seit 1996 Erfahrungsaustausch mit allen Verantwortungsträgern auf Landesebene Arbeitszeitberatungen mit Geschäftsführern, Chefarzten, Verwaltungsleitern, Personalräten Arbeitszeitkontrollen: Im Jahr 2000 in 16 Einrichtungen, im Jahr 2001 in 15 Einrichtungen Erhebung des Ärztemehrbedarfs über die Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen im Jahr 2001	Berichte über die Kontrollaktion gegenüber dem Thüringer Landtag	Bei Ärzten: - Nichteinhaltung der Zahl der zulässigen Bereitschaftsdienste, - Fehlende Aufzeichnungen von Mehrarbeit, - Nichtgewährung der Ruhezeit nach Bereitschaftsdiensten, - Fehlender Ausgleich für Sonn- und Feiertagsarbeit.	In Thüringen ist in den Krankenhäusern ein zunehmender Ärztemangel zu verzeichnen. Aus diesem Grund mussten bereits eingeleitete Bußgeldverfahren eingestellt werden, weil nachweislich die Versorgung der Patienten abzusichern war und die Arztstellen trotz erfolgter Ausschreibung nicht besetzt werden konnten.

Anlage 4: Kostenberechnungen – Dienstplanvarianten ohne Bereitschaftsdienst

Der Entwurf von Dienstplanvarianten und die Errechnung der finanziellen Auswirkungen auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer ist nur unter Annahme konkreter Rahmenbedingungen möglich, denen in der Praxis eine Vielzahl von Abweichungen gegenüber stehen. Voraussetzung für die Umwandlung eines Bereitschaftsdienstes in Schichtdienst sind Arbeitsablaufanalysen.

I. Berechnungsgrundlagen

Für die Berechnungsbeispiele wurde eine Abteilung der Neurochirurgie ohne Intensivüberwachung (ca. 35 Betten, verteilt auf zwei Stationen sowie zwei OP-Säle) zugrunde gelegt. Die Berechnungen basieren auf folgenden Voraussetzungen:

- Ärzte, Einstufung nach BAT II a (Stand Januar 2002),
- Lebensaltersstufe 31,
- verheiratet, keine Kinder,
- 29 Tage Erholungsurlaub, ein freier BAT-Tag, vier Tage Sonderurlaub, 14 Krankheitstage (Arbeitstage) im Jahr,
- Kirchensteuerpflichtig (8%),
- Lohnsteuerklasse 3.

Bei den Wochenfeiertagen (WFT) wird von zehn Werktagen ausgegangen (die vereinfacht alle auf Montag bis Mittwoch fallen), Arbeit wie an Sonntagen, bei Bereitschaftsdienst mit Freizeitausgleich am Folgetag.

II. Beispiele

Die Berechnungen werden für drei Dienstplanvarianten dargestellt:

- Beispiel A: Tagdienst mit Bereitschaftsdienst Stufe D;
- Beispiel B: Zwei-Schicht-Modell mit Rufbereitschaft (Das Modell setzt Ortsnähe der betroffenen Ärzte voraus);
- Beispiel C: Drei-Schicht-Modell ohne Dienste.

Beispiel A: Tagdienst mit Bereitschaftsdienst Stufe D

Organisation

Nach dem Regeldienst von 07.15 Uhr bis 15.45 Uhr werden die restlichen Zeiten durch Bereitschaftsdienst abgedeckt. An den Wochenenden wird ein Bereitschaftsdienst geleistet. Die Übergabezeit von 30 Minuten nach Dienst wird entweder mit dem Freizeitausgleich am Folgetag verrechnet oder (bei Dienst am Freitag oder Samstag) als Überstunden abgerechnet.

Da das OP-Programm und die Stationsversorgung gelegentlich über die Regeldienstzeit hinausgehen und von einem Bereitschaftsdienst allein nicht abgedeckt werden können, fallen pro Arzt und Monat durchschnittlich 20 Überstunden an, die ausbezahlt werden.

Es werden zwei Ärzte für die zwei OPs und für die zwei Stationen benötigt.

Dienstzeiten

Regeldienst:

Montag bis Donnerstag:

07.15 - 15.45 Uhr (= 8,0 Std.)

Freitag:

07.15 - 14.15 Uhr (= 6,5 Std.)

Bereitschaftsdienstzeiten:

Montag bis Donnerstag:

15.45 - 07.15 Uhr (= 15,5 Std.)

Freitag:

14.15 - 07.15 Uhr (= 17,0 Std.)

Samstag und Sonntag:

07.15 - 07.15 Uhr (= 24,0 Std.)

Auszahlung oder Freizeitausgleich durch "Frei nach Dienst":

Montag bis Mittwoch:	15,5 Std. x 0,8 = 12,4 ÜaD	7,5 Std. FZA / 4,9 Std.	ausbezahlt
Donnerstag:	15,5 Std. x 0,8 = 12,4 ÜaD	6,0 Std. FZA / 6,4 Std.	ausbezahlt
Freitag:	17,0 Std. x 0,8 = 13,6 ÜaD	13,6 Std.	ausbezahlt
Samstag:	24,0 Std. x 0,8 = 19,2 ÜaD	19,2 Std.	ausbezahlt
Sonntag / Wochenfeiertag:	24,0 Std. x 0,8 = 19,2 ÜaD	7,5 Std. FZA / 11,7 Std.	ausbezahlt

Berechnung des Personalbedarfs anhand der Gesamtarbeitszeit

Regeldienst:

$(4 \text{ Ärzte} \times 38,5 \text{ Std.} \times 52 \text{ Wochen}) - (10 \text{ WFT} \times 4 \text{ Ärzte} \times 8 \text{ Std.}) = 7.688 \text{ Std.}$

Freizeitausgleich:

$(38,5 \text{ Std.} \times 52 \text{ Wochen}) - (10 \text{ WFT} \times 8 \text{ Std.}) = 1.922 \text{ Std.}$

$9.610 \text{ Std.} : 1.563 \text{ Std. je VK} = 6,14 \text{ VK} = \text{praktisch } 6 \text{ Ärzte.}$

Vergütung Bereitschaftsdienst

(Durchschnitt je Arzt und Monat), Beträge in Euro

Montag bis Mittwoch:	146 Dienste x 4,9 ÜaD x 22,32 =	15.967,73 €
Donnerstag:	52 Dienste x 6,4 ÜaD x 22,32 =	7.428,10 €
Freitag:	52 Dienste x 13,6 ÜaD x 22,32 =	15.784,70 €
Samstag:	52 Dienste x 19,2 ÜaD x 22,32 =	22.284,29 €
Sonntag und WFT:	62 Dienste x 11,7 ÜaD x 22,32 =	16.190,93 €
Summe:		77.655,75 €
Summe :	6 Ärzte : 12 Monate:	1.078,55 €

Ergebnis

(vgl. Vergütungsberechnungen in der Anlage):

Durchschnittliches monatliches Bruttogehalt eines Assistenzarztes:	5.101 €
Daraus resultierendes durchschnittliches Nettogehalt:	3.009 €
Gesamte Haushaltsbelastung für den Arbeitgeber:	482.302 €
(zuzüglich der neuen steuerfreien 2%-VBL-Abgabe):	490.172 €

Abkürzungen:

FZA	=	Freizeitausgleich
RD	=	Regeldienst
ÜaD	=	Überstunden außerhalb der Dienstzeit
VK	=	Vollzeitarbeitskraft
WFT	=	Wochenfeiertag

Beispiel B: Zwei-Schicht-Modell mit Rufbereitschaft

Organisation

Anstelle des Bereitschaftsdienstes im Beispiel A wird ein Spätdienst mit zwei Assistenzärzten (einer für OP / einer für Stationen) sowie ein Rufdienst etabliert. Samstag und Sonntag wird ein Tagdienst eingeführt, der durch freie Tage in der Folgewoche ausgeglichen wird.

Die OP-Organisation wird geändert. Ein OP beendet innerhalb der Regelarbeitszeit sein Programm. Im anderen OP wird während der Spätschicht weitergearbeitet.

Durch die neue Organisationsform fallen die traditionellen Überstunden am Nachmittag weg, auch das OP-Programm endet im zweiten Saal rechtzeitig vor Spätdienstende. Vereinzelt Überstunden durch Notfälle können durch eine frühere Beendigung des Spätdienstes ausgeglichen werden. Die Zeitdifferenz müsste ggf. durch Rufdienst abgedeckt werden.

Dienstzeiten

Regeldienst:

Montag bis Donnerstag:

07.15 - 15.45 Uhr (= 8,0 Std.)

15.00 - 23.00 Uhr (= 7,5 Std.)

Freitag:

07.15 - 14.15 Uhr (= 6,5 Std.)

13.30 - 22.30 Uhr (= 8,5 Std.)

Samstag und Sonntag:

07.15 - 15.45 Uhr (= 8,0 Std.)

Rufbereitschaft:

Montag bis Donnerstag:

23.00 - 07.15 Uhr (= 8,25 Std.)

Freitag:

22.30 - 07.15 Uhr (= 8,75 Std.)

Samstag und Sonntag:

15.45 - 07.15 Uhr (= 15,5 Std.)

Berechnung des Personalbedarfs anhand der Gesamtarbeitszeit

Montag bis Freitag:

(6 Ärzte x 38,5 Std. x 52 Wochen) - (10 WFT x 47 Std.) = 11.542 Std.

Samstage / Sonntage / Wochenfeiertage: 114 Tage x 8 Std. = 912 Std.

12.454 Std. : 1.563 Std. je VK = 7,97 VK = praktisch 8 Ärzte

Vergütung (Durchschnitt je Arzt und Monat)

Rufbereitschaft (15% durchschnittlich Inanspruchnahme, zzgl. 1,5 Std. Stundengarantie je Dienst):

Montag bis Donnerstag: 198 RD x ((8,25 Std. x 27,5%) + 1,5 Std.) x 22,32 € = 16.655,46 €

Freitag: 52 RD x ((8,75 Std. x 27,5%) + 1,5 Std.) x 22,32 € = 4.533,75 €

Samstag, Sonntag, WFT: 114 RD x ((15,5 Std. x 27,5%) + 1,5 Std.) x 22,32 € = 14.662,57 €

Summe: 35.851,78 €

Summe : 8 Ärzte : 12 Monate: 373,46 €

Zuschlag Nachtarbeit: ((52 x 29 Std.) - (10 WFT x 6 Std.)) x 1,28 € : 8 : 12 = 19,31 €

Zuschlag Samstagsarbeit: 52 x 2,75 Std. x 0,64 € : 8 : 12 = 0,95 €

Zuschlag Sonntagsarbeit: 52 x 8 Std. x 4,85 € : 8 : 12 = 21,02 €

Ergebnis

Durchschnittliches monatliches Bruttogehalt eines Assistenzarztes:	3.773 €
Daraus resultierendes durchschnittliches Nettogehalt:	2.289 €
Gesamte Haushaltsbelastung für den Arbeitgeber: (zuzüglich der neuen steuerfreien 2%-VBL-Abgabe):	491.916 € 499.595 €

Abkürzungen:

RD	=	Regeldienst
VK	=	Vollzeitarbeitskraft
WFT	=	Wochenfeiertag

**Beispiel C:
Drei-Schicht-Modell ohne Dienste**
Organisation

Wie Beispiel B wird der Frühdienst mit 4 Ärzten, der Spätdienst mit 2 Ärzten, dann aber ein zusätzlicher Nachtdienst mit 1 Arzt betrieben. An Samstag, Sonntag und Wochenfeiertag werden alle Dienste mit 1 Arzt betrieben.

Dienstzeiten

Frühschicht:	07.15 - 14.45 Uhr	(= 7,0 Std.)
Spätschicht:	14.15 - 21.45 Uhr	(= 7,0 Std.)
Nachtschicht:	21.15 - 08.00 Uhr	(=10,0 Std.)

Berechnung des Personalbedarfs anhand der Gesamtarbeitszeit

Montag bis Freitag:	$((7 \text{ Std.} \times 4 \text{ Ärzte}) + (7 \times 2) + (10 \times 1)) \times 251 \text{ Tage}$	= 13.052 Std.
Samstag, Sonntag, WFT:	$1 \text{ Arzt} \times (7 \text{ Std.} + 7 \text{ Std.} + 10 \text{ Std.}) \times 114 \text{ Tage}$	= 2.736 Std.
	$15.788 : 1.563 \text{ Std. je VK} = 10,1 \text{ VK} = \text{praktisch } 10 \text{ Ärzte}$	

Vergütung (Durchschnitt je Arzt und Monat)

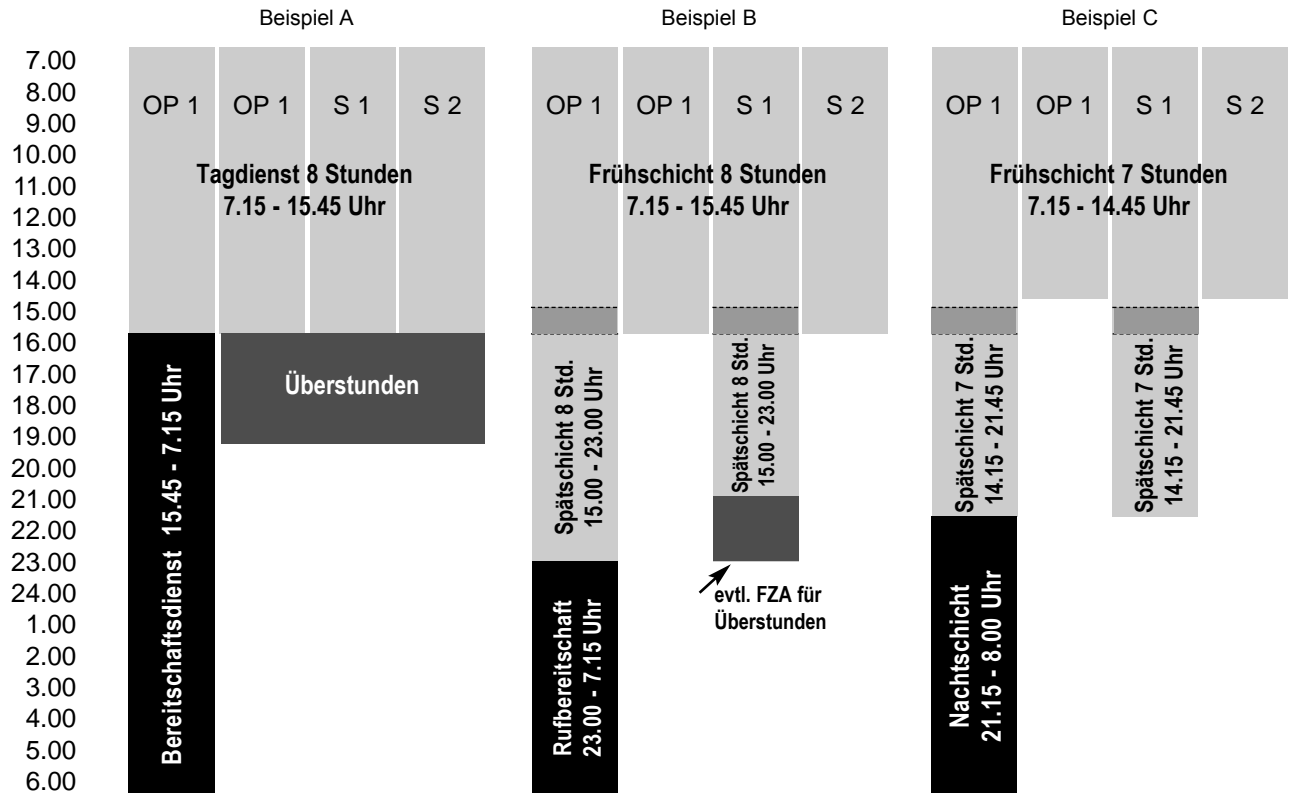
Zuschlag Nachtarbeit:	$365 \times ((2 \times 1,75 \text{ Std.}) + (1 \times 8,75 \text{ Std.})) \times 1,28 \text{ €} : 10 : 12$	= 47,69 €
Zuschlag Samstagsarbeit:	$52 \times (1,75 \text{ Std.} + 5,75 \text{ Std.}) \times 0,96 \text{ €} : 10 : 12$	= 3,12 €
Zuschlag Sonntagsarbeit:	$52 \times (8 + 7 + 7 + 2,75 \text{ Std.}) \times 4,85 \text{ €} : 10 : 12$	= 52,02 €
Zuschlag Wochenfeiertag:	$10 \times (8 + 7 + 7 + 2,75 \text{ Std.}) \times 6,79 \text{ €} : 10 : 12$	= 14,00 €

Ergebnis

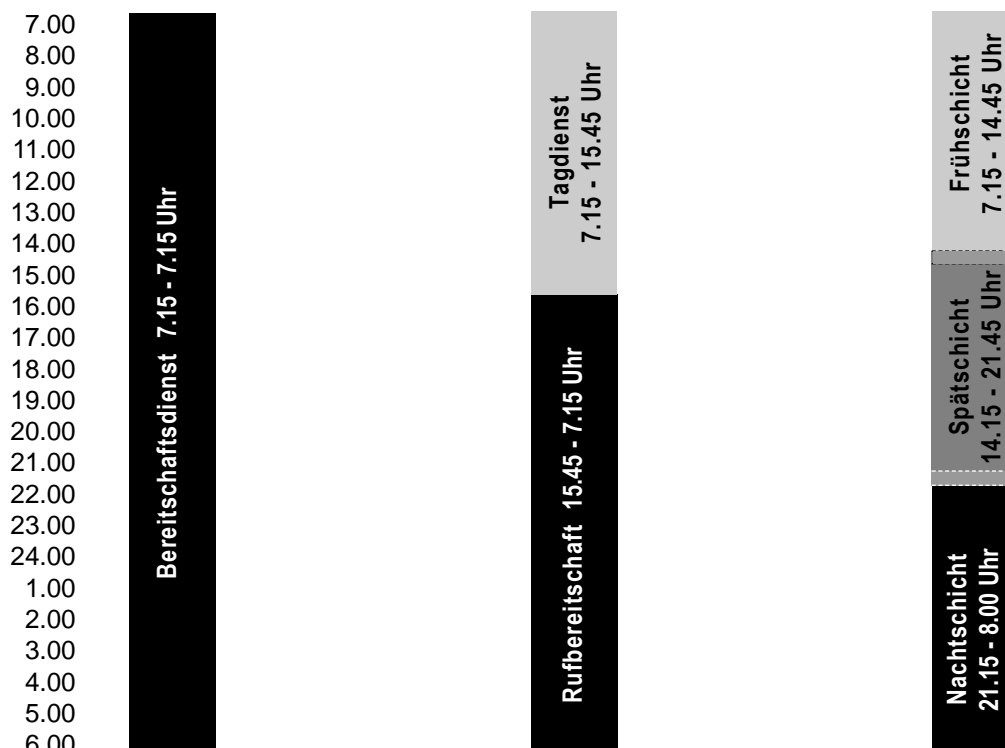
Durchschnittliches monatliches Bruttogehalt eines Assistenzarztes:	3.416 €
Daraus resultierendes durchschnittliches Nettogehalt:	2.161 €
Gesamte Haushaltsbelastung für den Arbeitgeber: (zuzüglich der neuen steuerfreien 2%-VBL-Abgabe):	557.408 € 565.901 €

Anlage 4a: Graphische Darstellung der Dienstplanvarianten

Werktage (Zeiten Montag bis Freitag)



Wochenende / Wochenfeiertage



Anlage 4b: Berechnung der Arztgehälter sowie der Gesamtkosten für den Arbeitgeber bei unterschiedlichen Dienstplanvarianten (in Euro)

Berechnung der Arztgehälter sowie der Gesamtkosten für den Arbeitgeber bei unterschiedlichen Dienstplanvarianten				
	A	B	C	
Dienstplanvariante	Tagdienst + BD	2-Schicht + RD	3-Schicht	
Anzahl der ärztlichen Vollzeitkräfte	6	8	10	
Grundvergütung	2.523,16	2.523,16	2.523,16	BAT II a, LA- Stufe 31
Ortszuschlag	643,49	643,49	643,49	Stufe 2 (verh., keine Kinder)
Allgemeine Zulage	109,72	109,72	109,72	
Summe	3.276,37	3.276,37	3.276,37	
Überstunden	446,40	0,00	0,00	
Bereitschaftsdienst	1.078,55	0,00	0,00	
Rufbereitschaft	0,00	373,46	0,00	
Nachzuschlag	0,00	19,31	47,69	
Feiertagszuschlag 35%	0,00	0,00	14,00	Basis 10 Wochenfeiertage
Samstagszuschlag	0,00	0,95	3,12	mit FZA = Vergütung 35%
Sonntagszuschlag	0,00	21,02	52,02	
KU-Lohnaufschlag (4 Tage)	299,44	81,44	22,94	(30U+4SU+14K):22 AT
Summe Brutto	5.100,76	3.772,55	3.416,14	vereinfacht auch Soz.vers.br.
Summe für VBL Zusatzversorgung	5.100,76	3.732,22	3.302,43	
VBL Zusatzversorgung	236,97	148,70	120,98	
Summe Steuerbrutto	5.337,73	3.880,92	3.423,41	
Arbeitnehmerbelastung				
Lohnsteuer	1.038,66	574,33	443,66	LStKI. A III, kein Freibetrag
Solidaritätszuschlag	57,12	31,58	24,40	
Kirchensteuer (8% von Lohnst.)	83,09	45,95	35,49	
Rentenversicherung (9,55%)	429,75	360,28	326,24	Teilweise Höchstbetrag, da
Arb.losenversicherung (3,25%)	146,25	122,61	111,02	über Beitragsbemessungsgrenze
Krankenversicherung (7,0%)	236,25	264,08	239,13	Beispiel mit 14,0%
Pflegeversicherung (0,85%)	28,69	32,07	29,04	
VBL-Umlage Arbeitnehmer	71,92	52,62	46,56	
Nettoauszahlung je Arzt	3.009,04	2.289,04	2.160,59	
Berechnung der Gesamtkosten				
Auf 12 Monate	61.209,18	45.270,60	40.993,69	
Weihnachtsgeld	4.376,46	3.236,85	2.931,05	Mit 85,8%
Urlaubsgeld	255,65	255,65	255,65	
VBL Zusatzversorgung	4.230,27	3.095,28	2.738,84	x 12,858 x 6,45%
VBL-Pauschalversteuerung	220,87	220,87	220,87	92,03 x 20% x 12
Arbeitgeberanteil Soz.Vers.	10.091,25	9.348,38	8.465,20	
Mehraufwand durch 13. Gehalt im Nov.	0,00	61,91	135,50	13. Gehalt bis Beitragsbem.gr.
Summe Kosten je Arzt	80.383,68	61.489,54	55.740,81	
Summe	482.302,07	491.916,28	557.408,09	
Auswirkung der Erhöhung der Umlage der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL)				
VBL - Erhöhung 2%	1.311,71	959,78	849,25	
Summe Kosten je Arzt	81.695,39	62.449,31	56.590,06	
Gesamtkosten	490.172,35	499.594,51	565.900,62	

Anlage 4c: Vergleich der tatsächlichen Arbeitszeiten je Beispiel und Zusammenfassung

Vergleich der tatsächlichen Arbeitszeit

Um eine Vergleichbarkeit der Beispiele zu gewährleisten, ist zu fragen, inwieweit bei den „neuen“ Modellen für die gleiche anfallende Arbeit nun die Ärzte mehr Stunden pro Jahr „vor Ort“ sind. (Zu den Werten vgl. die Berechnungen im Rahmen der einzelnen Beispiele).

Beispiel A: Tagdienst mit Bereitschaftsdienst Stufe D

4 Ärzte x 38,5 Std. x 52 Wochen =	8.008,00 Std.
- 10 Wochenfeiertage x 4 VK x 8 Std. =	- 320,00 Std.
6 Ärzte x 20 Überstd. x 12 Monate =	1.440,00 Std.
198 Tage x 15,5 Std. x 49% =	1.503,81 Std.
52 Tage x 17,0 Std. x 49% =	433,16 Std.
114 Tage x 24,0 Std. x 49% =	1340,64 Std.
Geleistete Arbeitsstunden p.a. =	<u>12.405,61 Std.</u>

Beispiel B: Zwei-Schicht-Modell mit Rufbereitschaft

6 Ärzte x 38,5 Std. x 52 Wochen =	12.012,00 Std.
- 10 Wochenfeiertage x 47 Std. =	- 470 Std.
114 Tage x 8 Std. =	912 Std.
198 Tage x 8,25 Std. x 15% =	245,03 Std.
52 Tage x 8,75 Std. x 15% =	68,25 Std.
114 Tage x 15,5 Std. x 15% =	265,05 Std.
Geleistete Arbeitsstunden p.a. =	<u>13.032,33 Std.</u>

Beispiel C: Drei-Schicht-Modell ohne Dienste

Montag bis Freitag:	$((7 \text{ Std.} \times 4 \text{ Ärzte}) + (7 \times 2) + (10 \times 1)) \times 251 \text{ Tage} = 13.052 \text{ Std.}$
Samstag, Sonntag, WFT:	$1 \text{ Arzt} \times (7 \text{ Std.} + 7 \text{ Std.} + 10 \text{ Std.}) \times 114 \text{ Tage} = 2.736 \text{ Std.}$
Geleistete Arbeitsstunden p.a. =	<u>15.788,00 Std.</u>

Gegenüber Beispiel A sind hier 3.742 Std. ärztliche Anwesenheit pro Jahr nicht mit Arbeit ausgefüllt (entspricht ca. 32 Stunden je Arzt und Monat). Hier wären massive Eingriffe in die Organisation nötig, da aber die wesentlichen „Freizeiten“ in der Nacht anfallen, dürfte dies schwierig werden.

Zusammenfassung

Angaben in Euro

	Tagdienst mit BD	2 Schichten mit RD	Drei-Schicht-Modell
Anzahl benötigter Ärzte	6	8	10
Jahresaufwand Arbeitgeber	482.302	491.916	557.408
dto., zzgl. 2% VBL (neu)	490.172	499.595	565.901
Brutto-Monatsgehalt Arzt	5.101	3.773	3.416
Netto-Monatsgehalt Arzt	3.009	2.289	2.161

Anlage 5: Umwandlung von Überstunden in Stellen für Ärzte (Stand Juli 2002)

1. Jährliche Arbeitsleistung eines Arztes auf einer neu geschaffenen Arztstelle

Tage/Jahr	365
Wochenenden	104
Wochentag-Feiertage	10
Urlaub	30
Sonderurlaub	5
Krankheit	10
Summe Tage:	206
= Stunden	1586,2

2. Mehraufwand auf Grund des Zuschlags bei Krankheit, Urlaub, 13. Gehalt

(Der Urlaubslohnaufschlag erhöht sich wegen der vergüteten Überstunden)

Urlaub	30	
Krankheit	10	
13. Gehalt	17	(1/12 der Arbeitstage)
Summe Tage:	57	
= Stunden	438,9	
8%:	35,112	

3. Einsparung aufgrund Wegfalls der Überstunden

(Grundlage: Ergebnis von Punkt 1 und Punkt 2; durch Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze ergibt sich keine Einsparung beim Arbeitgeberanteil der Sozialversicherung), Beträge in Euro

BAT	Überstd.-Vergütung	Summe Ersparnis
II a	22,32	36.187,68
I b	24,38	39.527,59
I a	26,50	42.964,77

4. Kosten je neu geschaffener Arztstelle (in Euro)

(Sozialvers., Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze: Bei KV/PV ergibt sich in allen Fällen eine Überschreitung, somit AG-Anteil als Höchstzuschuß; ALV / RV Überschreitung nur bei I a;

Überschreitung bei II a und I b nur im November wg. "13. Gehalt", ansonsten RV 9,65% / ALV 3,25%.)

	II a, 33, OZ-Stufe 3	I b, 37, OZ-Stufe 4	I a, 43, OZ-Stufe 4
Grundvergütung	2.630,44	3.179,94	3.872,19
Ortszuschlag	730,19	816,89	816,89
Zulage	109,72	41,14	41,14
Summe:	3.470,35	4.037,97	4.730,22
x 12,858 + 255,65	44.877,41	52.175,87	61.076,82
AG-Anteil KV/PV	3.037,56	3.037,56	3.037,56
AG-Anteil ALV, RV	5.504,93	6.310,38	6.966,00
Summe:	53.419,90	61.523,81	71.080,38

5. Mehrkosten je neu geschaffene Arztstelle (in Euro)

(VBL incl. Pauschalversteuerung, noch ohne künftigen 2%-Aufschlag)

Je Stelle	Differenz aus 3 und 4	zzgl. VBL auf Differenz
II a	17.232,21	18.564,56
I b	21.996,22	23.635,85
I a	28.115,61	30.149,94

Anlage 6: Weiterführende Literatur

- Arbeitszeitmodelle - Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes in der modernen Arbeitsorganisation, Broschüre mit praktischen Hinweisen zur gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitszeit in Krankenhäusern, herausgegeben vom Ministerium für Arbeit und Soziales, Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2000
- Gestaltung der Arbeitszeit im Krankenhaus - Zur Umsetzung neuer Nachtarbeitszeitregelungen unter Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse; Cordula Sczensny; Broschüre der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Dortmund, 3. Auflage 2002
- Jaeger, Corinna; Grzech-Sukalo, Hiltrud; Arbeitszeitüberschreitungen der Ärzte, Ausmaß, Hintergründe und Lösungsansätze in: Projekt NRW: Arbeitszeit modern gestalten
- Knauth P.; Hornberger S.; "Probleme und Wege der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle", in: Zink, K.J., Wettbewerbsfähigkeit durch innovative Strukturen und Konzepte, München 1994
- Klinova – Ein erster Einblick ; Broschüre des LBK Hamburg
- LBK Forum Oktober 2001, S. 4 ff; Es geht auch ohne – Klinova - Projekt entwickelt Alternativen zum Bereitschaftsdienst
- Mühlbauer, Bernd H.; Wadsack, Ronald; "Beschäftigungswirksame und sozialverträgliche Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus", Projektbericht, 2 Bände, herausgegeben vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2000
- Pistorius, G. et al: Arbeitszeitmodelle und Produktionseffizienz im Krankenhaus: Ergebnisse und Besonderheiten der Einzeluntersuchung Homburg/ Saar in: KU Sonderheft: Schichtmodelle im Krankenhaus, Oktober 1999
- Peter, Sandra; "Projekt 55-Std. Woche: Zusammenfassung der Ergebnisse der Analysenphase und beschlossene Maßnahmen"; unveröffentlichter Bericht, Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung, Zürich
- Peter, Sandra; Ulich, Eberhard (in Druck); "Analyse der Arbeitssituation von Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten: Erfahrungen aus zwei Projekten"; in E. Ulich (Ed.), Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis, Bern
- Peter, Sandra; "Sociotechnical Systems Designs in Hospitals", paper presented at the 9th International Conference on Human-Computer-Interaction, 5-10 th August 2001, New Orleans
- Priester, K. "Neue Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern: Entstehungsbedingungen, Umsetzungsprobleme, Vorschläge zur Optimierung", Frankfurt/Main, 1995
- Verband Basler Assistenz- und Oberärzte/-Innen (VBAO), Jahresbericht 1999 (auch unter www.vbao.ch) u.a. Schiller, Peter "Arbeitsgruppe zur Analyse und Verbesserung der beruflichen Situation von AA/OA im Kantonsspital Basel"

Weitere LASI Veröffentlichungen

1	Leitlinien des Arbeitsschutzes in Wertstoffsortieranlagen (ersetzt durch LV 15)	Juli	1995
2.1	Richtlinien für die Akkreditierung von Messstellen zum Vollzug des Gefahrstoffrechts gemäß § 18 Abs. 2 Gefahrstoffverordnung (ersetzt LV 2 vom September 1995)	Okt.	1999
3	Musterleitfaden zur Umsetzung der Gefahrstoffverordnung und der TRGS 553 "Holzstaub" zum Schutz vor den Gefahren durch Holzstaub	Febr.	1996
4	Qualitätssicherungs-Handbuch (QSH)	März	1996
5	Arbeitsschutzmaßnahmen bei Ozonbelastung am Arbeitsplatz	Juli	1996
6	Leitfaden für den sicheren Umgang mit Mikroorganismen der Risikogruppe 3**	Aug.	1996
7	Leitfaden zur Ermittlung und Beurteilung der Konzentration von Bakterien und Pilzen in der Luft in Arbeitsbereichen	Sept.	1996
8	Mehlstaub in Backbetrieben. Handlungsanleitung der Länderarbeitsschutzbehörden und der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten	Nov.	1996
9	Handlungsanleitung zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen beim Heben und Tragen von Lasten	April	2001
10	Umsetzung der Gleichwertigkeitsklausel bei überwachungsbedürftigen Anlagen	Febr.	1997
11	Schutz schwangerer Frauen vor Benzolexposition in Verkaufsräumen von Tankstellen und an anderen Arbeitsplätzen	Juli	1997
12	Leitfaden "Ersatzstoffe und Verwendungsbeschränkungen in der Reinigungstechnik im Offsetdruck"	Juli	1997
13	Leitlinien für den Arbeitsschutz in biologischen Abfallbehandlungsanlagen	Okt.	1997
14	Handlungsanleitung zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen bei der Bildschirmarbeit	Okt.	1997
15	Leitlinien des Arbeitsschutzes in Abfallbehandlungsanlagen (ersetzt LV 1)	Nov.	1998
16	Kenngrößen zur Beurteilung raumklimatischer Grundparameter	Mai	1999
17	Leitfaden "Künstliche Mineralfasern" Handlungsanleitung für die Beurteilung von und den Umgang mit Mineralfaserprodukten	Mai	1999
18	Leitfaden "Schutz vor Latex-Allergien"	Mai	1999
19	Beschichten von Industriefußböden und anderen großen Flächen in Innenräumen mit Methylmethacrylat (MMA)-Harzen (LASI / ALMA –Empfehlung, als VSK anerkannt nach TRGS 420)	Okt.	1999
20	Handlungsanleitung zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen an Kassenarbeitsplätzen	Nov.	1999
21	Arbeitsschutzmanagementsysteme (AMS) - Spezifikation zur freiwilligen Einführung, Anwendung und Weiterentwicklung von AMS	März	2001
22	Arbeitsschutzmanagementsysteme (AMS) - Handlungshilfe zur freiwilligen Einführung und Anwendung von AMS für kleine und mittlere Unternehmen	Sept.	2001
23	Handlungshilfe zur Umsetzung der Biostoffverordnung	Aug.	2001
24	Umgang mit Lösemitteln im Siebdruck (LASI / ALMA – Empfehlungen)	Sept.	2001
25	Ersatzstoffe in der Metallreinigung	Sept.	2001
26	Umgang mit Gefahrstoffen beim Recycling von Kraftfahrzeugen	April	2002
27	Manuellen Zerlegung von Bildschirm- und anderen Elektrogeräten	April	2002
28	Konzept zur Ermittlung psychischer Fehlbelastungen am Arbeitsplatz und zu Möglichkeiten der Prävention	Juni	2002
29	Handlungsanleitung zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen beim Ziehen und Schieben von Lasten	Sept.	2002

Impressum:

LASI-Veröffentlichung – LV 30
Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern - Arbeits-
zeitproblematik am Beispiel des ärztlichen Dienstes

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
Genehmigung des Herausgebers.

Herausgeber:

Länderausschuss für Arbeitsschutz und
Sicherheitstechnik (LASI)

LASI-Vorsitzender:

MinR Gerd Rink
Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und
Soziales des Landes Saarland
Franz-Josef-Röder-Strasse 23
66119 Saarbrücken

Verantwortlich:

Dr. Wilhelm Thiele
Vorsitzender des LASI-Unterausschusses 3
"Sozialer Arbeitnehmerschutz"
Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Umwelt und Gesundheit
Amt für Arbeitsschutz
Adolph-Schönfelder Straße 5
22083 Hamburg

Redaktion:

Frau Ursula Höfer (Vorsitz der Arbeitsgruppe);
Behörde für Umwelt und Gesundheit
der Freien und Hansestadt Hamburg
Amt für Arbeitsschutz
Adolph-Schönfelder Str. 5
22083 Hamburg

Herr Albert Bracht
Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und
Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

Frau Susanne Drückler;
Sozialministerium des Landes
Mecklenburg- Vorpommern
Werderstraße 12
19055 Schwerin

Herr Günther Eichhorn
Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg
Schellingstraße 15
70174 Stuttgart

Frau Petra Gottschalk;
Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und
Soziales der Freien Hansestadt Bremen
Doventorcontrescarpe 172 (Block D)
28195 Bremen

Herr Dr. Ulrich Hoffmann
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und
Frauen des Landes Brandenburg, Referat 47
Postfach 60 11 63
14411 Potsdam

Herr Reinhard Naujoks;
Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes
Nordrhein- Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

Frau Anna Maria Rommelfanger;
Hessisches Sozialministerium
Dostojewskistraße 4
65187 Wiesbaden

Frau Kirsten Schick;
Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft
und Arbeit
Wilhelm – Buck- Straße 2
01097 Dresden

Herr Lothar Schuster;
Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und
Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz
Bauhofstraße 9
55116 Mainz

ISBN 3 - 936415 - 26 -9

Bildnachweis:
Zentralkrankenhaus Links der Weser, Bremen

1. Auflage, März 2003