

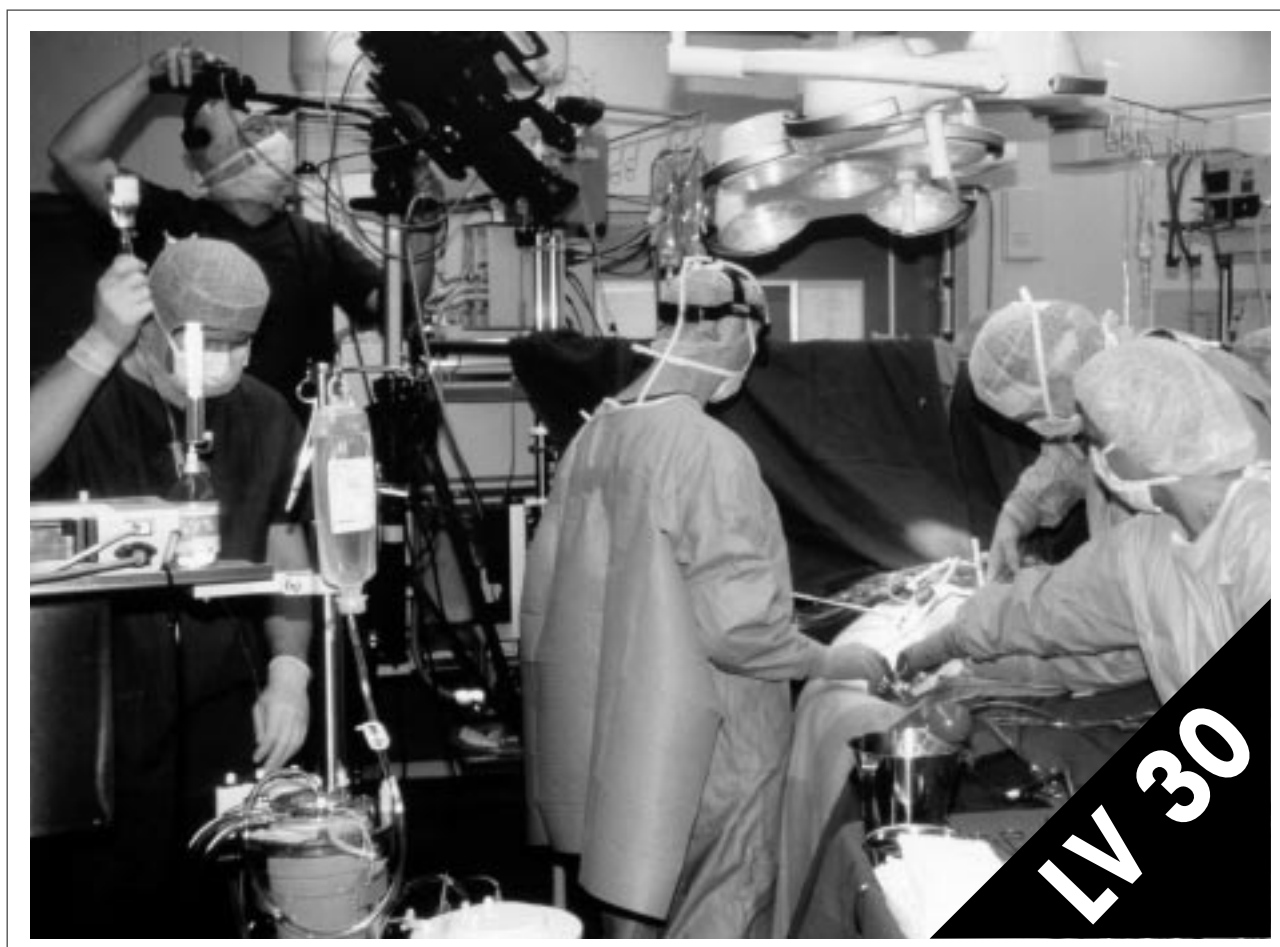


LÄNDERAUSSCHUSS FÜR ARBEITSSCHUTZ UND SICHERHEITSTECHNIK

L A S I

Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern

Arbeitszeitproblematik am Beispiel des ärztlichen Dienstes



2. Auflage

Vorwort

Die Arbeitszeiten in Krankenhäusern stehen seit längerer Zeit im besonderen Blickfeld der Öffentlichkeit. Während früher die Probleme des Arbeitsschutzes primär im Bereich der Unfallgefährdung und der Belastungen wie Lärm, Gefahrstoffe lagen, tritt heute die Gefährdung von Beschäftigten durch psychomentele und psychosoziale Belastungen immer stärker in den Vordergrund. Insbesondere Ärzte empfinden ihre Arbeitssituation als unbefriedigend. Als besonders belastende Faktoren werden dabei vor allem überlange Arbeitszeiten, familienfeindliche Dauer und Lage der Bereitschaftsdienste, unzureichende Koordination der Arbeitsabläufe, Mängel in der Kommunikation und zunehmende Verwaltungs- und Dokumentationspflichten genannt. Die Situation in den Krankenhäusern wird ferner durch zusätzliche Dokumentationspflichten, wachsenden Rationalisierungsdruck nach Einführung der Fallpauschalen und durch zunehmenden Personal-mangel erschwert.

Um den Krankenhäusern eine Hilfestellung zu geben, wurden im Auftrag der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder von einer Arbeitsgruppe des Unterausschusses 3 (Sozialer Arbeitsschutz) des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern zusammengestellt. Bei der Zusammenstellung der Arbeitszeitmodelle wurde von der Rechtslage im Oktober 2000 ausgegangen. Im März 2003

wurde die erste Auflage der LASI – Veröffentlichung Nr. 30 "Handlungshilfe für die Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern - Arbeitszeitproblematik am Beispiel des ärztlichen Dienstes" veröffentlicht.

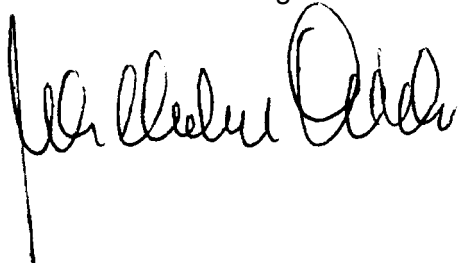
Nachdem im September 2003 der EuGH in der Rechtssache Jäger entschieden hat, dass das deutsche Arbeitszeitgesetz nicht richtlinienkonform und Bereitschaftsdienst Arbeitszeit ist, wurden im Arbeitszeitgesetz mit Wirkung zum 01. Januar 2004 verschiedene Änderungen vorgenommen.

Unter Berücksichtigung dieser neuen Rechtslage wurde die LV 30 grundlegend überarbeitet und die Modelle auf ihre Geltung unter der neuen Rechtslage überprüft. Für die heutige Beurteilung der LASI – Arbeitszeitmodelle ist vor allem von Bedeutung, dass auf der Basis der erneuten Übergangsfrist in § 25 ArbZG bereits vor dem 01.01.2004 bestehende tarifvertragliche Regelungen bis zum 31.12.05 unberührt bleiben.

Die Arbeitsgruppe hat bei ihrer Arbeit Fachleute, Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter (Anlage 1) angehört, die sich mit der Arbeitstorganisation 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. Von der Frage innovativer Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern sind nicht nur die Arbeits- bzw. Sozialressorts der Bundesländer betroffen, son-

dern insbesondere auch die Gesundheitsressorts. Vertreter dieser Ressorts wurden deshalb wieder in die Arbeit einbezogen.

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. Wilhelm Thiele'. The signature is fluid and cursive, with a large initial 'W' and 'T'.

Dr. Wilhelm Thiele
Vorsitzender des Unterausschusses 3 des LASI
Sozialer Arbeitsschutz

Hamburg, November 2004

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.

Es wirkten mit:

Herr Albert Bracht

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit 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 Wissenschaft 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

Herr Ulrich Furthmüller

Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft und Arbeit

Herr Lothar Schuster

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

Zusammenfassung

Nachdem im September 2003 der EuGH in der Rechtssache Jäger entschieden hat, dass das deutsche Arbeitszeitgesetz nicht richtlinienkonform und Bereitschaftsdienst Arbeitszeit ist, wurde das Arbeitszeitgesetz mit Wirkung zum 01. Januar 2004 an diese neue Lage angepasst. Vor diesem Hintergrund wurde die erste Auflage der Handlungshilfe für Krankenhäuser LV 30 überarbeitet.

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 wie die Auswirkung veränderter Arbeitszeiten auf die Kosten (Kapitel 2, Anlagen 3 und 4).

Als Lösungsmöglichkeiten werden für den Bereich der Arbeitszeitgestaltung nunmehr insgesamt acht Arbeitszeitmodelle vorgeschlagen, die bereits in Krankenhäusern praktiziert werden oder aber in einzelnen Krankenhausabteilungen entwickelt und erprobt werden (Kapitel 2). Die Modelle sind im Einzelfall den spezifischen Bedürfnissen der jeweiligen Organisationseinheit anzupassen. Alle Modelle entsprechen den Vorgaben der EU – Richtlinie und des deutschen Arbeitszeitrechts.

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

Inhaltsübersicht

1. Rahmenbedingungen und Probleme	10
Rechtliche Rahmenbedingungen: Die rechtlichen Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes	10
Die grundsätzlichen Regelungen	10
Die wesentlichen Änderungen des Arbeitszeitgesetzes im Jahr 2003	11
Rahmenbedingungen für tarifvertragliche Abweichungen nach § 7 ArbZG	11
Abweichungen mit Ausgleich	11
Abweichungen ohne Ausgleich	12
Übergangsregelung für bestehende Tarifverträge	12
Organisatorische Rahmenbedingungen und Probleme	13
Praxis der Krankenhäuser	13
Besondere finanzielle und personelle Rahmenbedingungen	14
2. Lösungsmöglichkeiten / Lösungsansätze	16
Vorgehensweise bei der Neugestaltung der Arbeitszeit	16
Rahmenbedingungen für die Einführung von neuen Arbeitszeitmodellen	19
Arbeitszeitmodelle und flexible Einsatzmöglichkeiten in Krankenhäusern	19
Übersicht über die Arbeitszeitmodelle	20
Vorbemerkungen	20
Die Arbeitszeitmodelle	20
Modell 1: Bereitschaftsdienstmodell auf Grundlage einer 48-Stunden-Woche	22
Modell 2: Durch Bereitschaftsdienst geteilte Arbeitszeit	24
Modell 3: Versetzter Dienst vor Bereitschaftsdienst	26
Modell 4: Spätdienstmodell	28
Modell 5: 3-Schicht-Modell mit Dienstplanbeispiel	30
Modell 6: Spätdienstmodell, gestaffelte Vollarbeit gekoppelt mit Bereitschaftsdiensten	34
Modell 7: Nachtdienstmodell / versetzte Dienste	36
Modell 8: Arbeitsbereitschaftsmodell	38

Bewertung alternativer Arbeitszeitmodelle	40
Evaluation alternativer Arbeitszeitmodelle durch das Deutsche Krankenhausinstitut.....	40
Auswirkungen der Arbeitszeitgestaltung auf die Kosten	41
Beispiele für Organisationsmodelle	42
Klinikum Ingolstadt	42
LBK Hamburg	43
Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.....	44
3. Alle beteiligten Institutionen müssen handeln	45
Krankenhäuser	45
Aufsichtsbehörden	46
Gesundheitsbehörden und Krankenhausaufsicht	47
Sozialpartner	47
4. Anlagen	48
Anlage 1: Verzeichnis der beteiligten Institutionen	48
Anlage 2: Rechtsgrundlagen für Arbeitszeitregelungen in Deutschland in Krankenhäusern	49
Anlage 3: Kostenberechnungen – Dienstplanvarianten	51
Anlage 4: Umwandlung von Überstunden in Stellen für Ärzte	58
Anlage 5: Weiterführende Literaturhinweise	59
Anlage 6: Weiterführende Internetadressen	60

1 | Rahmenbedingungen und Probleme

Rechtliche Rahmenbedingungen: Die rechtlichen Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes

Die grundsätzlichen Regelungen

Durch das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) vom 6. Juni 1994 (BGBl. I S. 1170), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I, S. 3002), werden unter anderem die Vorgaben der europäischen Richtlinie 93/104/EG des Rates über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung vom 23. November 1993 (EG-Arbeitszeitrichtlinie) (ABl. Nr. 307 vom 13. Dezember 1993, S. 13) in das deutsche Recht umgesetzt. Das Gesetz beinhaltet die öffentlich-rechtlichen Grundlagen für die Arbeitszeitgestaltung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Es gilt unter anderem nicht für Beamtinnen und Beamte, Chefärztinnen und Chefärzte und leitende Angestellte. Geregelt werden die höchstzulässigen Arbeitszeiten, die Ruhepausen während der Arbeit, die Ruhezeiten zwischen Ende und Beginn der Arbeit, die Bedingungen für die Nacht- und Schichtarbeit, abweichende Gestaltungsmöglichkeiten für Tarifvertragsparteien und Betriebspartner sowie die Ausgestaltung des Sonn- und Feiertagsschutzes.

Die durchschnittliche werktägliche Arbeitszeit ist auf acht Stunden begrenzt, sie kann bis auf zehn Stunden verlängert werden, wenn inner-

halb von sechs Kalendermonaten oder innerhalb von 24 Wochen der Durchschnitt von acht Stunden werktäglich nicht überschritten wird. Bei Nachtarbeit muss der Ausgleich auf durchschnittlich acht Stunden Höchstarbeitszeit innerhalb eines Monats oder vier Wochen stattfinden. Hierbei muss beachtet werden, dass auch die Samstage als Werktage zählen (§ 3 ArbZG).

Die Ruhepausen müssen bei einer Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden bis zu neun Stunden pro Tag mindestens 30 Minuten und bei einer Arbeitszeit von mehr als neun Stunden 45 Minuten betragen, sie müssen im Voraus feststehen. Ist die genaue Festlegung einer Ruhepause nicht möglich, ist zumindest ein zeitlicher Rahmen festzulegen, in dem die Ruhepause genommen werden kann. Eine Arbeitsunterbrechung kann nur dann als Ruhepause im Sinne des ArbZG bewertet werden, wenn sie mindestens 15 Minuten dauert (§ 4 ArbZG).

Zwischen Arbeitsende und Arbeitsbeginn muss eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens elf Stunden liegen, bei Krankenhäusern kann sie auf zehn Stunden verkürzt werden, wenn innerhalb eines Monats oder vier Wochen ein Ausgleich stattfindet (§ 5 Abs. 1 ArbZG).

Der rechtliche Rahmen für tarifvertragliche Abweichungsbefugnisse von diesen Regelungen wird im Kapitel 1 auf Seite 11 dargestellt.

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) stellte in seinem Urteil vom 9. September 2003 in der Rechtssache C-151/02 ("Jaeger") fest, dass die

EG-Arbeitszeitrichtlinie in verschiedenen Punkten nicht korrekt umgesetzt wurde. So galt nach dem deutschen Arbeitszeitgesetz in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung Bereitschaftsdienst als Ruhezeit, lediglich die Zeiten der Inanspruchnahme während dieser Dienste wurden als Arbeitszeit gewertet. Nach der Entscheidung des EuGH ist Bereitschaftsdienst, der in Form persönlicher Anwesenheit beim Arbeitgeber geleistet wird, auch dann vollständig als Arbeitszeit zu werten, wenn es dem Beschäftigten gestattet ist, während des Bereitschaftsdienstes zu schlafen. Durch dieses Urteil führte der EuGH seine Rechtsprechung vom 3. Oktober 2000 in der Rechtssache C-303/98 ("SIMAP") fort.

Die wesentlichen Änderungen des Arbeitszeitgesetzes im Jahr 2003

Als Reaktion auf die Urteile des EuGH hat der Gesetzgeber das ArbZG mit Gesetz vom 24.12.2003 geändert. Die Änderungen traten am 1. Januar 2004 in Kraft. Die Tarifvertragsparteien erhielten jedoch eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2005, innerhalb derer die jetzt bestehenden Tarifverträge zur Arbeitszeit weitergelten. Damit wird den aktuellen Umstellungsproblemen aller Branchen mit hohem Anteil von Bereitschaftsdiensten und Arbeitsbereitschaft Rechnung getragen.

Die Änderungen betreffen im Wesentlichen die Geltung des Grundsatzes der 48-Stunden Woche auch bei Vorliegen von Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftszeit, die Wertung der Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit, das Setzen von Rahmenbedingungen für die freiwillige Leistung einer längeren wöchentlichen Arbeitszeit sowie die Gewährleistung einer elfstündigen Ruhezeit bei Kürzungen der Ruhezeit im 24-Stunden-Zeitraum.

Die Tarifvertragsparteien erhalten durch die Neuregelungen Gestaltungsspielräume, längere Arbeitszeiten durch Tarifverträge zu vereinbaren.

Rahmenbedingungen für tarifvertragliche Abweichungen nach § 7 ArbZG

Abweichung von einzelnen gesetzlichen Bestimmungen sind im Rahmen des § 7 ArbZG durch Tarifvertrag oder aufgrund eines Tarifvertrages in einer Betriebsvereinbarung zulässig. Bei nicht tarifgebundenen Unternehmen können tarifvertragliche Regelungen durch Betriebs- oder Dienstvereinbarungen oder, wenn kein Betriebs- oder Personalrat besteht, durch Einzelvereinbarung übernommen werden. Kirchen und öffentlich-rechtliche Religionsgemeinschaften können die Abweichungen in ihren Regelungen vorsehen.

Abweichungen mit Ausgleich

Arbeitszeitverlängerung und Kürzungen der Ruhezeit im 24-Stunden-Zeitraum durch tarifvertragliche Vereinbarung sind grundsätzlich nur noch mit Ausgleich zulässig.

In einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrages in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung kann eine Verlängerung der werktäglichen Arbeitszeit über zehn Stunden zugelassen werden, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und zu einem erheblichen Umfang Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst fällt (§ 7 Abs. 1 Nr. 1a und Nr. 4 a ArbZG). Der Begriff "erheblich" ist in diesem Zusammenhang dahingehend auszulegen, dass das Merkmal erfüllt wird, wenn in die Arbeitszeit mindestens 30 % Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst fallen. Bereitschaftsdienst kann nur vorliegen, wenn die Inanspruchnahme nicht mehr als 49% beträgt. Schwieriger ist die Abgrenzung der Arbeitsbereitschaft von der Vollarbeit. Es ist davon auszugehen, dass die Arbeitsunterbrechungen weniger als 15 Minuten (Pausenabschnitt) betragen dürfen, mindestens aber zehn Minuten betragen müssen und ca. 30 % der gesamten Arbeitsbereitschaftszeit ausmachen müssen. Eine Obergrenze der täglichen Arbeitszeit gibt es hier nicht, die höchstzulässige Arbeits-

zeit beträgt damit 24 Stunden je Tag.

§ 7 Abs. 2 Nr. 3 ArbZG lässt überdies Abweichungen in einem Tarifvertrag oder auf Grund eines Tarifvertrags auch ohne Vorliegen von Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst zu, wenn die Regelungen über Ruhezeit, Nacharbeit und Pausen an die Eigenart der Behandlung, der Pflege und der Betreuung von Personen und dem Wohl dieser Personen angepasst werden und der Gesundheitsschutz der betroffenen Personen durch einen entsprechenden Zeitausgleich gewährleistet wird.

Der Ausgleichszeitraum, innerhalb dessen die maximale Arbeitszeit 48 Stunden wöchentlich betragen muss, kann maximal auf 12 Monate verlängert werden (§ 7 Abs. 8 ArbZG).

Bei einer Arbeitszeit von mehr als zwölf Stunden an einem Arbeitstag muss nun aber immer im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung der Arbeitszeit eine Ruhezeit von mindestens elf Stunden gewährt werden (§ 7 Abs. 9 ArbZG).

Abweichungen ohne Ausgleich

Durch § 7 Abs. 2a ArbZG in Verbindung mit § 7 Abs. 7 ArbZG wurde von der Opt-Out-Regelung des Artikels 18 der EG-Arbeitszeitrichtlinie Gebrauch gemacht. Damit ist eine Verlängerung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 48 Stunden durch freiwillige individualvertragliche Vereinbarung mit einer Widerrufsfrist von 6 Monaten möglich. Voraussetzung ist, dass in einem Tarifvertrag oder einer entsprechenden Regelung der Kirchen eine Arbeitszeitverlängerung über 8 Stunden pro Tag ohne Ausgleich bei Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst zugelassen und Regelungen zum Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer getroffen werden. Der Gesetzgeber hat dabei offen gelassen, wie diese Regelungen aussehen können. Dies ist folglich Sache der Tarifparteien. Die Ausgestaltung kann unter anderem von der Länge der Arbeitszeit sowie der Häufigkeit und Intensität der Beanspruchung während der Arbeitszeit

abhängig gemacht werden. Die Tarifparteien können sich beispielsweise an den arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren.

Von der Möglichkeit kann nur im Geltungsbereich eines entsprechenden Tarifvertrages oder beim Vorliegen entsprechender Regelungen der Kirchen und öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaften Gebrauch gemacht werden.

Im Gegensatz zur Mehrarbeit mit Ausgleich ist bei Mehrarbeit ohne Ausgleich zusätzlich die schriftliche Einwilligung jedes einzelnen Beschäftigten erforderlich. Diese können die Einwilligung jederzeit widerrufen, der Widerruf wird aber erst nach sechs Monaten wirksam. Diese Frist gibt den betroffenen Arbeitgebern Planungssicherheit. Weder die Verweigerung der Zustimmung noch die Erklärung des Widerrufs darf zur Benachteiligung für die Beschäftigten führen.

Der Arbeitgeber muss ein Verzeichnis aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die der entsprechenden Arbeitszeitverlängerung zugestimmt haben, führen und die über acht Stunden hinausgehende Mehrarbeit aufzeichnen. Die Nachweise sind mindestens zwei Jahre lang aufzubewahren und der Aufsichtsbehörde auf Verlangen vorzuzeigen.

Übergangsregelung für bestehende Tarifverträge

Nach § 25 ArbZG gelten Vereinbarungen in den am 1. Januar 2004 bestehenden oder nachwirkenden Tarifverträgen auch dann bis zum 31. Dezember 2005 weiter, wenn sie die in § 7 Abs. 1, Abs. 2 ArbZG sowie § 12 Satz 1 ArbZG getroffenen Höchstgrenzen überschreiten. Den Tarifverträgen stehen in Tarifverträgen zugelassene Betriebsvereinbarungen sowie die Regelungen der Kirchen und öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaften gleich.

Unter diese Übergangsregelung fallen zum Beispiel der BAT/BAT-O sowie die Sonderregelungen SR 2 c zum BAT/BAT-O SR 2 c.

Nach § 7 Abs. 9 ArbZG muss aber bei jeder tarifvertraglichen Regelung, die eine Arbeitszeit von mehr als zwölf Stunden an einem Tag ermöglicht, direkt nach der Arbeit eine elfstündige Ruhezeit gewährt werden. § 25 ArbZG ermöglicht keine Abweichungen von dieser Regelung. Dienste über 24 Stunden sind somit nicht mehr zulässig.

Die Übergangsregelung des § 25 ArbZG soll Tarifvertragsparteien und Krankenhäusern ausreichend Zeit geben, die notwendigen Vereinbarungen und Maßnahmen zu treffen. Die Krankenhäuser sollten diese Zeit nutzen, die organisatorischen, sachlichen und personellen Voraussetzungen für eine rechtskonforme Arbeitszeitgestaltung zu schaffen.

Organisatorische Rahmenbedingungen und Probleme

Praxis der Krankenhäuser

Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Krankenhäusern, unter ihnen besonders die Ärztinnen und Ärzte, sind häufig, tatsächlich oder subjektiv, 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 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.
- Durch Nebentätigkeiten anfallende Arbeitszeiten (z.B. im Rettungsdienstinsatz) finden bei der Berechnung der Arbeitszeit keine Berücksichtigung.

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

- traditionelle Denkstrukturen und fehlende

Veränderungsbereitschaft vieler MitarbeiterInnen 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 Freizeitausgleichs 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 Ärztinnen und Ärzten auf Grund unattraktiver Arbeitsbedingungen, darunter z.B. ungünstige Arbeitszeiten.

Besondere finanzielle und personelle Rahmenbedingungen

Durch das Krankenhausfinanzierungsrecht sind weitgehend die finanziellen Rahmenbedingungen vorgegeben worden. Dadurch ist das Krankenhauspersonal unterschiedlich über das Budget finanziert worden.

Während im Pflegebereich die Bemessung der Personalkosten bei der Ermittlung des Budgets der Krankenhäuser durch die Pflege-Personalregelung ab 1993 deutlich verbessert worden ist, sind im ärztlichen Bereich keine verbindlichen Vorgaben für die Personalausstattung gemacht worden.

Grundlage für die Pflegesatzvereinbarungen waren weitgehend die "Anhaltzahlen 1969". Die Anhaltzahlen bezogen sich nur auf die durchschnittlich belegten Betten und waren nicht leistungsbezogen. Sie wurden in den Pflegeverhandlungen berücksichtigt, nicht aber die seit 1969 eingetretenen Arbeitszeitverkürzungen sowie die Auswirkungen gesetzlicher und tarifvertraglicher Regelungen.

Die 1993 eingeführte Budgetbegrenzung und damit verbunden die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips hat die Personalsituation im ärztlichen Dienst nochmals verschlechtert. Die dauernde Budgetierung der Krankenhäuser hat besonders die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes für Ärzte stark beeinträchtigt.

Hinsichtlich personeller Bedingungen ist u.a. auf die Entwicklung der Arzttzahlen im stationären Tätigkeitsbereich hinzuweisen. Während im Jahr des vollständigen Inkrafttretens des Arbeitszeitgesetzes (1996) 135 341 Ärztinnen und Ärzte beschäftigt waren (Quelle Bundesärztekammer - BÄK), hat sich die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zwischen 1996 und 2003 auf 145.536 gesteigert. Dies entspricht einer Steigerung von 7,8 %.

Dem steht eine Leistungs- und Effizienzsteigerung gegenüber, die für den Zeitraum 1990 bis 2001 von der Deutschen Krankenhausgesellschaft ermittelt wurde. Die Verweildauer ist von

15,3 Tagen auf 9,8 Tage im Bundesdurchschnitt gesunken, somit um rund 36 %. Gleichzeitig stieg die Anzahl der behandelten Patienten von 13,8 Mio. auf 16,6 Mio. Dies bedeutet eine Zunahme von 20,3 %. Die sinkende Verweildauer ging einher mit einem Abbau von Krankenhausbetten von 1990 noch 685 976 auf 552 680 im Jahre 2001. Dies ist eine Verringerung von 19,43 % Betten. Diese Zahlen ins Verhältnis gesetzt, führt zu der Erkenntnis, dass sich die Arbeit verdichtet hat.

Es ist zu erwarten, dass die Einführung der DRG-Fallpauschalen (Diagnosis-Related-Groups: durchschnittliche Kosten eines Falles werden durch eine Pauschale abgegolten) zu einer weiteren Arbeitsverdichtung führen wird. Nach Erkenntnissen in anderen Ländern ist nicht auszuschließen, dass z.B. die Verweildauer nochmals deutlich reduziert wird. Es bleibt abzuwarten, ob die nach dem EuGH-Urteil zu erwartenden Personalkosten mit den zusätzlichen Finanzmitteln, die von 2003 bis 2009 jährlich um 100 Millionen Euro bereit gestellt werden, für eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen ausreichen.

2 | Lösungsmöglichkeiten/Lösungsansätze

Eine Verbesserung der Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern sollte unter personellen und ökonomischen Erwägungen mit dem Gestaltungsspielraum der Arbeitsorganisation und Ablaufprozesse abgestimmt sein. Andererseits erfordert eine Änderung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsprozesse häufig eine Umgestaltung der Arbeitszeitorganisation und damit auch der Dienstpläne. Insofern sind die Fragen der Arbeitszeitgestaltung und der Arbeitsorganisation nicht voneinander trennbar.

Vorgehensweise bei der Neugestaltung der Arbeitszeit

Die Organisation der Arbeitszeit ist Teil der gesamten Arbeitsorganisation. Die Einführung innovativer arbeitszeitrechtskonformer Arbeitszeitmodelle muss daher alle Organisationseinheiten erfassen, die zeitlich abgestimmt zusammenarbeiten müssen. Eine Beschränkung auf eine einzelne Organisationseinheit ist nicht sinnvoll.

In einem Krankenhaus sollten daher in Arbeitsgruppen verbesserte bedarfsgerechte und arbeitszeitrechtskonforme Dienstpläne und Lösungskonzepte für deren Umsetzung erarbeitet werden. Alle Hierarchieebenen und die Mitarbeitervertretung sollten einbezogen werden, um eine hohe Akzeptanz der zu erarbeitenden Konzepte zu erreichen.

Durch die Heranziehung und Kompetenz externer Berater und gegebenenfalls auch der Arbeitsschutzbehörden lassen sich die Möglichkeiten der effizienten Arbeitszeitgestaltung in den Krankenhäusern zielgerichteter erarbeiten. Qualifizierte Arbeitszeitberatungen können Einsichten für Veränderungen in der Leitungsebene sowie bei dem betroffenen Personal bewirken und bieten darüber hinaus die Chance des Erfahrungstransfers aus vergleichbaren Krankenhäusern. Spezialisierte Software kann zur Erarbeitung arbeitszeitkonformer Dienstpläne genutzt werden.

Die notwendigen Veränderungen in den Arbeitsabläufen, der Zusammenarbeit und der Arbeitsgestaltung verursachen bei Geschäftsleitung, Führungskräften und Personal Probleme durch unterschiedliche Zielsetzung und Interessenlage. Auch innerhalb der Hierarchieebenen sind durchaus divergierende Interessenlagen möglich. Eine erfolgreiche Neugestaltung der Arbeitszeit erfordert deshalb ein konsensorientiertes Vorgehen mit gemeinsam erarbeiteten Zielen, verbindliche Leistungsstandards und Rahmenbedingungen.

Grundlage für eine erfolgreiche Gestaltung der Arbeitszeit ist eine Analyse der Tätigkeiten, die Erstellung eines Profils der Verteilung der Arbeitsdichte im Tages- sowie im Wochenverlauf in den unterschiedlichen Abteilungen, eine Schnittstellenanalyse. Hieraus lassen sich Über- und Unterbelastungen und organisatorische Defizite mit dem Ziel beschreiben, Arbeits-

organisation, Arbeitsabläufe und Arbeitsverteilung in den verschiedenen Abteilungen unter zeitlichen, fachlichen und organisatorischen Aspekten aufeinander abzustimmen und zu optimieren .

Im nächsten Schritt werden unterschiedliche Handlungsoptionen für Veränderungen der Dienstpläne unter den organisatorischen und finanziellen Aspekten untersucht. Gestaltungsmöglichkeiten werden herauskristallisiert (Länge der Bereitschaftsdienste, Veränderung der Arbeitsabläufe, Besetzungsdichte, Schichtverschiebungen).

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.

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 MitarbeiterInnen;
- Berücksichtigung der finanziellen Auswirkungen.

Ein systematisches Vorgehen bei der Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells haben z.B. die Arbeitswissenschaftler Knauth & Hornberger 1994 beschrieben:

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

Rahmenbedingungen für die Einführung von neuen Arbeitszeitmodellen

Der Gesetzgeber war im Zuge der EuGH-Rechtsprechung in der Rechtssache Jäger zum Bereitschaftsdienst vom 09.09.2003 aufgefordert, das nationale Recht an die Vorgaben der EG-Arbeitszeit-Richtlinie 93/104 anzupassen (siehe Kapitel 1). Bereitschaftsdienste werden seit dem 1.1.2004 arbeitszeitschutzrechtlich vollständig als Arbeitszeit gewertet und sind auf die gesetzlich höchstzulässigen Arbeitszeiten anzurechnen.

Die gesetzliche Neuregelung hat alleine arbeitszeitrechtliche, nicht jedoch vergütungsrechtliche Bedeutung. Das heißt, dass die vergütungsrechtlichen Regelungen in den Tarifverträgen hiervon nicht tangiert sind.

Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes umzusetzen. Die Gestaltung der Arbeitszeit ist nach dem Arbeitsschutzgesetz im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung zu analysieren. Es sind die notwendigen Maßnahmen zu treffen, um eine Gefährdung der Arbeitnehmerinnen und 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.

Arbeitszeitmodelle und flexible Einsatzmöglichkeiten in Krankenhäusern

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 rechts-

konforme 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. Jede Veränderung der Arbeitszeitgestaltung muss an den tatsächlichen Ablauf in dem Betrieb angepasst werden. In einem Krankenhaus können – in Abhängigkeit von den Erfordernissen der spezifischen Aufgaben, der Zusammenarbeit mit anderen Funktionsbereichen, den Bedürfnissen der Patienten wie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter - in den verschiedenen Funktionsbereichen durchaus aufeinander abgestimmte unterschiedliche Arbeitszeitmodelle genutzt werden. Die Modelle sind exemplarisch zu betrachten, sie sind Beispiele, die den individuellen Bedürfnissen und Bedingungen der Organisationseinheit im Krankenhaus angepasst werden müssen. In den seltensten Fällen lassen sich die Modelle 1:1 übertragen. Sie können aber relativ einfach auf die spezifischen personellen und organisatorischen Gegebenheiten umgestellt werden. Planungsgrundlagen 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 hier vorgeschlagenen Modelle können im Rahmen der rechtlichen Vorschriften variiert und kombiniert werden.

Sie berücksichtigen insbesondere die Arbeitsdichte in den Abendstunden durch Vollarbeit, Servicezeiten während des Tages durch Gleitzeitregelungen und versetzte Dienste, kurze Vollarbeitsperioden vor oder nach dem Bereitschaftsdienst, Arbeitsdichten am Wochenende und die Möglichkeit der Ausschöpfung einer 48-Stunden-Woche. Zudem können die zeitversetzten Dienste auch so gestaltet werden, dass Übergaben und gemeinsame Dienstbesprechungen und Visiten eingeplant werden. Die Modelle bewegen sich alle im Rahmen der Rechtsprechung des EuGH zu der Definition des Bereitschaftsdienstes und der Richtlinienauslegung, wie sie in dem zum 01. 01. 2004 geänderten ArbZG ihren Niederschlag findet. Dabei 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.

Übersicht über die Arbeitszeitmodelle

Vorbemerkungen

Die Einordnung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit im vollen Umfang führt dazu, dass Bereitschaftszeiten zwischen 23 und 7 Uhr als Nachtarbeit anzusehen sind (§ 2 Abs. 5 ArbZG). Beschäftigte, die an mindestens 48 Tagen im Kalenderjahr (also etwa einmal wöchentlich) Nachtdienst leisten, gelten demzufolge als Nacht-Arbeitnehmer mit den entsprechenden arbeitszeitrechtlichen Konsequenzen. Dazu gehört insbesondere die Gewährung angemessener Zusatzfreizeiten oder von Nachtzuschlägen (§ 6 Abs. 5 ArbZG). Bereitschaftsdienste sind nach tarifrechtlicher Regelung Dienste, die max. 49 % Inanspruchnahmen beinhalten. Arbeitsbereitschaften sind als solche zu begreifen, wenn sie bis zu 2/3 Arbeitseinsätze beinhalten.

Für den Einsatz von Arbeitszeitmodellen, bei denen die tägliche Arbeitszeit durch Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst über 10 Stunden hinaus verlängert ist, bedarf es einer tariflichen Regelung nach § 7 ArbZG.

Die in den Arbeitszeitmodellen vorgeschlagenen 12-Stunden-Schichten können nach § 7 Abs. 2 Nr. 3 ArbZG bzw. nach § 12 Nr. 4 ArbZG für Sonn- und Feiertage auch auf Grund tariflicher Regelungen getroffen werden. Bisher fehlen allerdings diese Regelungen, die grundsätzlich Vorrang hätten, sodass bei 12-Stunden-Schichten in vollkontinuierlichen Schichtbetrieben zur Erlangung von zusätzlichen Freischichten eine Ausnahmegenehmigung nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 a ArbZG vorliegen muss.

Die Arbeitszeitmodelle

Im Vergleich zu der ersten Auflage der LV 30 wurde die Modellgestaltung und Auswahl der neuen Rechtslage angepasst.

Das Modell 1 der ersten Auflage der LV 30 wurde so abgeändert, dass keine Schichtlängen mit Bereitschaftsdienst entstehen, die über 24 Stunden hinausgehen.

Das Modell 2 der ersten Auflage der LV 30 entspricht wegen der Länge der Schichtzeiten (über 24 Stunden) und der fehlenden Ruhezeiten nicht dem seit dem 01.01.2004 geltenden Arbeitszeitrecht und wird daher nicht mehr berücksichtigt.

Da arbeitszeitrechtlich Bereitschaftsdienst grundsätzlich Arbeitszeit ist, wird in den Modellen nicht mehr zwischen den unterschiedlichen Bereitschaftsdienst-Stufen unterschieden.

Es wird davon ausgegangen, dass Bereitschaftsdienste eine Auslastung von maximal 49% haben. Bei Arbeitsbereitschaften darf die Auslastung nicht über 2/3 hinausgehen. Die Arbeitszeiten, die keine Bereitschaftsdienste oder Arbeitsbereitschaften sind, werden hier mit Vollarbeit bezeichnet, um den unterschiedlichen Charakter der Arbeitszeiten in den Dienstformen unterscheiden zu können.

- Modell 1: Bereitschaftsdienstmodell auf Grundlage einer 48-Stunden-Woche
- Modell 2: Durch Bereitschaftsdienst geteilte Vollarbeit
- Modell 3: Versetzter Dienst vor Bereitschaftsdienst
- Modell 4: Spätdienstmodell
- Modell 5: 3-Schicht-Modell mit Dienstplanbeispiel
- Modell 6: Spätdienstmodell, gestaffelte Vollarbeitszeit gekoppelt mit Bereitschaftsdiensten
- Modell 7: Nachtdienstmodell / versetzte Dienste
- Modell 8: Arbeitsbereitschaftsmodell

Legende

- VA = Vollarbeit (Arbeitszeit ohne Bereitschaftsdienstzeiten oder Arbeitsbereitschaftszeiten)
- AB = Arbeitsbereitschaft (maximal 2/3 der Gesamtzeit Arbeitseinsatz)
- BD = Bereitschaftsdienst (maximale Inanspruchnahme bis 49 %)
- RZ = Ruhezeit
- F = Frei

Modell 1: Bereitschaftsdienstmodell auf Grundlage einer 48-Stunden-Woche²

Montag bis Freitag:

Dienst 1: Dienstzeitrahmen: 7.30 - 16.00 Uhr; zeitversetzte Tagdienste je nach Servicezeiten möglich; Vollarbeit 7 Stunden im Schnitt für den Tagdienst.

Dienst 2: Vollarbeit 15.00-18.00 Uhr danach Bereitschaftsdienst 18.00 bis 9.00 Uhr (Bereitschaftsdienst max. 49 % Inanspruchnahme); danach 11 Std. Ruhezeit

Samstag und Sonntag:

je ein Bereitschaftsdienst 24 Stunden: Samstagdienst: Sa. 8.30 - So. 8.30 Uhr
 Sonntagsdienst: So. 8.00 - Mo. 8.00 Uhr

Beispiel³

Arzt	1. Block							2. Block							3. Block							Summe 28 Tage	Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit							
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1	VA		18 VA + BD	F	VA	F		18 VA + BD	F	VA		18 VA + BD	F	24 BD	F		VA			24 BD	F			VA		18 VA + BD	F		204	51
2	18 VA + BD	F	VA		18 VA + BD	F	24 BD	F		VA		F	24 BD	F		VA			18 VA + BD	F			VA			F		193	48	
3	F		VA			24 BD	F		VA		18 VA + BD	F			VA		18 VA + BD	F	VA	F		VA		18 VA + BD	F	24 BD	204	51		
4	VA		18 VA + BD	F	VA	F		VA		18 VA + BD	F	VA	F		18 VA + BD	F	VA		18 VA + BD	F	24 BD	F		VA		18 VA + BD	F	VA	177	44
5	VA			18 VA + BD	F			VA		18 VA + BD	F	VA	F		VA		18 VA + BD	F	VA	F		18 VA + BD	F		VA		24 BD	180	45	

² Dieses Modell entspricht Modell 1 in der ersten Auflage der LV 30.

³ Bei den Berechnungen der Arbeitszeiten sind für die Dienste mit BD- Zeiten die Pausenzeiten nicht abgezogen.

Modell 1:

Dieses Modell stellt eine Anpassung des Dienstmodells dar, das häufig nach der Regelung BAT SR 2c Anwendung fand. Das Modell kann als Abwandlung des am häufigsten in tarifgebundenen Krankenhäusern angewandten Arbeitszeitmodells gesehen und variiert werden, um es den Service- und Abwesenheitszeiten vor Ort anzupassen.

Für die Pause im Nachtdienst wird ein zeitlicher Rahmen vorgegeben, in dem die Pause genommen werden kann. Eine Vertretung ist dann erforderlich, wenn die Arbeitsdichte es nicht zulässt, die Pause zu nehmen. Ggf. ist diese Regelung auch für den Tagesdienst am Wochenende vorzusehen.

Bei Kürzungen der Ruhezeiten durch Verlängerung der Arbeitszeiten durch Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienste wird spätestens nach 24 Stunden eine mindestens 11-stündige Ruhezeit eingehalten. Der Wochenendbereitschaftsdienst von max. 24 Stunden am Stück kann durchgeführt werden, wenn im Anschluss eine mindestens 11-stündige Ruhezeit gewährt wird. Die Doppelbesetzung tagsüber kann nach Bedarf und nach Anzahl der Ärzte auch durch Gleitzeitregelungen organisiert werden.

Es können im Jahresdurchschnitt die 48 Wochenstunden für jeden Arzt eingehalten werden, vorausgesetzt die Ärzte durchlaufen die verschiedenen Dienste bzw. den normalen Dienstplanrhythmus.

Das Modell entspricht den Anforderungen

- der EU-Arbeitszeitrichtlinie:Ja
 - des Arbeitszeitgesetzes, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Gebrauch gemacht worden ist: . . .Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c:Ja
 - AVR:Ja
-

Modell 2 : Durch Bereitschaftsdienst geteilte Vollarbeit⁴

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

Montag bis Freitag:

Dienst 1: 7.30 - 16.00 Uhr; weitere Dienste entsprechend Arbeitsanfall, evtl. zeitversetzt; Vollarbeit = 8 Std.

Dienst 2: 15.30 - 19.30 Uhr Vollarbeit 19.30 - 7.30 Uhr danach Bereitschaftsdienst mit max. 49 % Arbeitseinsatz danach 7.30 - 10.30 Uhr Vollarbeit, danach Ruhezeit

Samstag und Sonntag:

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

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	
1. Arzt	VA	VA	VA+ BD	F	BD	F	VA	VA+ BD	F	VA	VA+ BD	F	VA	VA+ BD	F	VA	VA+ BD	F	VA	VA+ BD	F	VA	
2. Arzt	F	VA	VA+ BD	F	VA	VA+ BD	F	BD	F	VA	VA+ BD	F	BD	F	VA	VA+ BD	F	BD	F	VA	VA+ BD	F	VA
3. Arzt	VA	VA+ BD	F	VA	F	VA	VA+ BD	F	VA	VA+ BD	F	VA	F	VA	VA+ BD	F	VA	BD	F	VA	VA+ BD	F	VA
4. Arzt	VA+ BD	F	VA	BD	F	VA	VA+ BD	F	VA	F	VA	F	VA+ BD	F	VA	VA+ BD	F	VA	F	BD	F	VA	VA+ BD
5. Arzt	VA	VA+ BD	F	VA	F	VA+ BD	F	VA	BD	VA	VA+ BD	F	VA	F	VA	VA+ BD	F	VA	F	VA+ BD	F	VA	VA+ BD

⁴ Dieses Modell entspricht Modell 3 in der ersten Auflage der LV 30.

Modell 2:

Ein Arzt oder eine Ärztin leistet während der starken Nachfragezeit am Abend im Anschluss an die Kernzeit mit einer Übergabezeit von 30 Minuten eine Vollarbeitszeit von vier Stunden.

Danach leistet er/sie Bereitschaftsdienst, an den sich noch mal eine Vollarbeit von drei Stunden anschließt, worauf die Ruhezeit folgt.

Die Aufteilung der Vollarbeit kann auch so erfolgen, dass abends vor dem Bereitschaftsdienst fünf oder sechs Stunden Vollarbeit geleistet werden bei entsprechender Verkürzung der Vollarbeit 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 Bereitschaftsdienstes während der ersten vier bis sechs Stunden am Nachmittag und am Abend reduziert sich der Arbeitsanteil im Bereitschaftsdienst. Das Modell sollte nur zur Anwendung kommen, wenn die Inanspruchnahme im Bereitschaftsdienst gering ist, um eine morgendliche Übermüdung und Überlastung zu verhindern und um eine anschließende kurze Vollarbeitsphase zu gewährleisten.

Für die Pause im Nachtdienst wird ein zeitlicher Rahmen vorgegeben, in dem die Pause genommen werden kann. Eine Vertretung ist

dann erforderlich, wenn die Arbeitsdichte es nicht zulässt, die Pause zu nehmen. Ggf. ist diese Regelung auch für den Tagesdienst am Wochenende vorzusehen.

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

Das Modell entspricht den Anforderungen

- der EU-Arbeitszeitrichtlinie:Ja
 - des Arbeitszeitgesetzes, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Gebrauch gemacht worden ist: . . .Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c:Ja
 - AVR:Ja
-

Modell 3: Versetzter Dienst vor Bereitschaftsdienst⁵

8 Stunden Vollarbeit und 13 Stunden Bereitschaftsdienst

Montag bis Freitag:

Dienst 1: 8.00 - 16.30 Uhr weitere Dienste entsprechend Arbeitsanfall;
eventuell zeitversetzt; Vollarbeitszeit 8 Stunden

Dienst 2: 11.30 - 20.00 Uhr Vollarbeitszeit anschließend bis 9.00 Uhr Bereitschaftsdienst
danach Ruhezeit,
Vollarbeitszeit 8 Stunden; Bereitschaftsdienst 13 Stunden (einschließlich Pause),
anschließend mindestens 11 Stunden Ruhezeit

Dienst 3: 8.00 - 16.30 Uhr, Vollarbeitszeit 8 Stunden

Samstag und Sonntag:

Bereitschaftsdienst 8.00 - 20.30 Uhr anschließend mindestens 11 Stunden Ruhezeit
20.00 - 8.30 Uhr anschließend mindestens 11 Stunden Ruhezeit

	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	11
Dienst 1	VA 8 Stunden 8.00 - 16.30 Uhr																								VA		
Dienst 2			VA 8 Stunden 11.30 - 20.00 Uhr						BD 13 Stunden 20.00 - 9.00 Uhr einschließlich Pausen														RZ 11 Std.				
Dienst 3	VA 8 Stunden 8.00 - 16.30 Uhr																								VA		

⁵ Dieses Modell entspricht Modell 4 in der ersten Auflage der LV 30.

Modell 3:

Der Bereitschaftsdienst einer Ärztin oder eines Arztes schließt sich einem versetzten Dienst z.B. von 8 Stunden Dauer an. Nach Beendigung des Bereitschaftsdienstes ist Ruhezeit. Die Arbeit wird erst wieder am Folgetag aufgenommen.

Für die Pause im Nachtdienst wird ein zeitlicher Rahmen vorgegeben, in dem die Pause genommen werden kann. Eine Vertretung ist dann erforderlich, wenn die Arbeitsdichte es nicht zulässt, die Pause zu nehmen. Ggf. ist diese Regelung auch für den Tagesdienst am Wochenende vorzusehen.

Der Wochenenddienst wird als Bereitschaftsdienst durchgeführt (bis 13 Stunden Bereitschaftsdienst (einschließlich Pause) mit anschließender 11-stündiger Ruhezeit oder als Alternative max. 24 Stunden Bereitschaftsdienst (einschließlich Pause) mit anschließender Ruhezeit.

Dieses Grundmodell wird flexibel gehandhabt. Es kann in ähnlicher Form den individuellen Anforderungen der Krankenhäuser angepasst werden und wird in zahlreichen Krankenhäusern als einfachste Alternative zum herkömmlichen Bereitschaftsdienst-Modell praktiziert.

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

Das Modell entspricht den Anforderungen

- der EU-Arbeitszeitrichtlinie:Ja
 - des Arbeitszeitgesetzes, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Gebrauch gemacht worden ist: . . .Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c:Ja
 - AVR:Ja
-

Modell 4: Spätdienstmodell⁶

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

Montag bis Freitag:

Dienst 1: 7.00 - 15.30 Uhr, Vollarbeit: 8 Stunden
 Dienst 2: 15.00 - 23.00 Uhr, Vollarbeit: 7,5 Stunden
 Dienst 3: 11.00 - 20.00 Uhr anschließend Bereitschaftsdienst 20.00 - 7.30 Uhr
 Vollarbeit: 8,5 Stunden und 11,5 Stunden Bereitschaftsdienst (einschließlich Pause)

Samstag und Sonntag:

Dienst 1: 7.00 - 15.00 Uhr, Vollarbeit 7,5 Stunden
 Zusätzlich am Wochenende:
 Bereitschaftsdienst 8.00 Uhr bis 8.00 Uhr,
 Bereitschaftsdienst 24 Stunden (einschließlich Pause).

	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	VA 8 Stunden 7.00 - 15.30 Uhr																								VA						
Dienst 2									VA 7,5 Stunden 15.00 - 23 Uhr																						
Dienst 3									VA 8,5 Stunden 11.00 - 20.00 Uhr							BD 11,5 Stunden 20.00 - 7.30 Uhr (einschließlich Pause)															RZ 11 Std.

⁶ Dieses Modell entspricht Modell 5 in der ersten Auflage der LV 30.

Modell 4:

Das Modell⁷ sieht einen Spätdienst vor, um den Arbeitsanfall abends mit Vollarbeitszeit abzudecken. Einem Zwischendienst von 11.00 - 20.00 Uhr ist ein Bereitschaftsdienst angefügt. Nach Beendigung des Bereitschaftsdienstes ist eine mindestens 11-stündige Ruhezeit zu gewähren. Die Arbeit wird nach Dienstplan erst wieder am Folgetag aufgenommen.

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

Für die Pause im Nachtdienst wird ein zeitlicher Rahmen vorgegeben, in dem die Pause genommen werden kann. Eine Vertretung ist dann erforderlich, wenn die Arbeitsdichte es nicht zulässt, die Pause zu nehmen. Ggf. ist diese Regelung auch für den Tagesdienst am Wochenende vorzusehen.

Der Vorteil liegt in der Vollarbeit einer Ärztin oder 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

- der EU-Arbeitszeitrichtlinie:Ja
 - des Arbeitszeitgesetzes, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Gebrauch gemacht worden ist: . . .Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c:Ja
 - AVR:Ja
-

⁷Jaeger, 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

Modell 5: 3-Schicht-Modell mit Dienstplanbeispiel⁸

3-Schichten à 8,5 Stunden inkl. Pause

Montag bis Freitag:

Dienst 1: 6.00 - 14.30 Uhr

Dienst 2: 14.00 - 22.30 Uhr

Dienst 3: 22.00 - 6.30 Uhr

Dienst 4: 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 Stunden Arbeitsbereitschaft; oder je 2 Bereitschaftsdienste je 12 Stunden; oder je 2 Schichten von 12 Stunden Vollarbeit mit Ausnahmegenehmigung nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 a ArbZG.

	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	VA 8 Stunden 6.00 - 14.30 Uhr																								VA		
Dienst 2											VA 8 Stunden 14.00 - 22.30 Uhr																
Dienst 3																			VA 8 Stunden 22.00 - 6.30 Uhr								
Dienst 4					VA 8 Stunden 8.00 - 16.30 Uhr																						

⁸ Dieses Modell entspricht Modell 6 in der ersten Auflage der LV 30.

Modell 5:

Es liegen hintereinander eine Früh-, eine Spät- und eine Nachtschicht an fünf Tagen pro Woche. Früh-, Spät- und Nachtschicht dauern je 8,5 Stunden inkl. 30 Minuten Pause. Es ist jeweils eine Übergabezeit von 30 Minuten berücksichtigt.

Für die Pause im Nachtdienst wird ein zeitlicher Rahmen vorgegeben, in dem die Pause genommen werden kann. Eine Vertretung ist dann erforderlich, wenn die Arbeitsdichte es nicht zulässt, die Pause zu nehmen. Ggf. ist diese Regelung auch für den Tagesdienst am Wochenende vorzusehen.

An Samstagen und Sonntagen können zwei Schichten von 12 Stunden Arbeitsbereitschaft bzw. 12-Stunden-Bereitschaftsdienste, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 ArbZG Gebrauch gemacht worden ist. Alternativ kann mit einer Bewilligung nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 a ArbZG in zwei 12-Stunden-Schichten gearbeitet werden.

Das Modell entspricht den Anforderungen

- der EU-Arbeitszeitrichtlinie:Ja
 - des Arbeitszeitgesetzes, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Gebrauch gemacht worden ist: . . .Ja
 - des Arbeitszeitgesetzes mit Genehmigung nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 a ArbZG:Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c:Ja
 - AVR:Ja
-

Beispielhafter Dienstplan für Modell 5

Das folgende Dienstplanmodell stellt eine Variante des 3-Schichtmodells dar. Als Grunddienstplan wird der 24-Stundenzeitraum mit 4 Ärzten organisiert. Zusätzlich (hier aber nicht abgebildet) werden die Servicezeiten während des Tages mit Mehrfachbesetzung im Tagesdienst abgedeckt. Für den Tagesdienst können insbesondere auch Ärzte eingesetzt werden, die nicht im Schichtdienst arbeiten können. Dies bietet die Möglichkeit auch Teilzeitkräfte einzusetzen. Das Modell wurde auf einer Intensivstation eines Krankenhauses der Grundversorgung erfolgreich eingeführt. Für die Ärzte im Schichtdienst erlaubt dieses Modell lange Freizeitblöcke.

Dienstzeiten	Früh	Spät	Nacht	Wochenende Tagdienst	Wochenende Nacht	frei
	6.30 bis 14.00 Uhr 7 Stunden	13.30 bis 21.00 Uhr 7 Stunden	20.30 bis 7.00 Uhr 9,75 Stunden	6.30 bis 19.00 Uhr 11,75 Stunden	18.30 bis 7.00 Uhr 11,75 Stunden	
Mo	Arzt 1 7 h	Arzt 2 7 h	Arzt 3 9,75 h			Arzt 4
Di	Arzt 1 7 h	Arzt 2 7 h	Arzt 3 9,75 h			Arzt 4
Mi	Arzt 1 7 h	Arzt 2 7 h	Arzt 3 9,75 h			Arzt 4
Do	Arzt 1 7 h	Arzt 2 7 h	Arzt 3 9,75 h			Arzt 4
Fr	Arzt 1 7 h	Arzt 2 7 h	Arzt 3 9,75 h			Arzt 4
Sa				Arzt 1 11,75 h	Arzt 2 11,75 h	Arzt 4
So				Arzt 1 11,75 h	Arzt 2 11,75 h	Arzt 4
Summe der Wochenarbeitszeit:			Arzt 3 = 48,75 h	Arzt 1 = 58,5 h	Arzt 2 = 58,5 h	0
Mo	Arzt 4 7 h	Arzt 3 7 h	Arzt 1 9,75 h			Arzt 2
Di	Arzt 4 7 h	Arzt 3 7 h	Arzt 1 9,75 h			Arzt 2
Mi	Arzt 4 7 h	Arzt 3 7 h	Arzt 1 9,75 h			Arzt 2
Do	Arzt 4 7 h	Arzt 3 7 h	Arzt 1 9,75 h			Arzt 2
Fr	Arzt 4 7 h	Arzt 3 7 h	Arzt 1 9,75 h			Arzt 2
Sa				Arzt 4 11,75 h	Arzt 3 11,75 h	Arzt 2
So				Arzt 4 11,75 h	Arzt 3 11,75 h	Arzt 2
Summe der Wochenarbeitszeit:			Arzt 1 = 48,75 h	Arzt 4 = 58,5 h	Arzt 3 = 58,5 h	0
Mo	Arzt 2 7 h	Arzt 1 7 h	Arzt 4 9,75 h			Arzt 3
Di	Arzt 2 7 h	Arzt 1 7 h	Arzt 4 9,75 h			Arzt 3
Mi	Arzt 2 7 h	Arzt 1 7 h	Arzt 4 9,75 h			Arzt 3
Do	Arzt 2 7 h	Arzt 1 7 h	Arzt 4 9,75 h			Arzt 3
Fr	Arzt 2 7 h	Arzt 1 7 h	Arzt 4 9,75 h			Arzt 3
Sa				Arzt 2 11,75 h	Arzt 1 11,75 h	Arzt 3
So				Arzt 2 11,75 h	Arzt 1 11,75 h	Arzt 3
Summe der Wochenarbeitszeit:			Arzt 4 = 48,75 h	Arzt 2 = 58,5 h	Arzt 1 = 58,5 h	0
Mo	Arzt 3 7 h	Arzt 4 7 h	Arzt 2 9,75 h			Arzt 1
Di	Arzt 3 7 h	Arzt 4 7 h	Arzt 2 9,75 h			Arzt 1
Mi	Arzt 3 7 h	Arzt 4 7 h	Arzt 2 9,75 h			Arzt 1
Do	Arzt 3 7 h	Arzt 4 7 h	Arzt 2 9,75 h			Arzt 1
Fr	Arzt 3 7 h	Arzt 4 7 h	Arzt 2 9,75 h			Arzt 1
Sa				Arzt 3 11,75 h	Arzt 4 11,75 h	Arzt 1
So				Arzt 3 11,75 h	Arzt 4 11,75 h	Arzt 1
Summe der Wochenarbeitszeit:			Arzt 2 = 48,75 h	Arzt 3 = 58,5 h	Arzt 4 = 58,5 h	0
Mo	Arzt 1 7 h	Arzt 2 7 h	Arzt 3 9,75 h			Arzt 4
Di	Arzt 1 7 h	Arzt 2 7 h	Arzt 3 9,75 h			Arzt 4
Mi	Arzt 1 7 h	Arzt 2 7 h	Arzt 3 9,75 h			Arzt 4
Do	Arzt 1 7 h	Arzt 2 7 h	Arzt 3 9,75 h			Arzt 4
Fr	Arzt 1 7 h	Arzt 2 7 h	Arzt 3 9,75 h			Arzt 4
Sa				Arzt 1 11,75 h	Arzt 2 11,75 h	Arzt 4
So				Arzt 1 11,75 h	Arzt 2 11,75 h	Arzt 4
Summe der Wochenarbeitszeit:			Arzt 3 = 48,75 h	Arzt 1 = 58,5 h	Arzt 2 = 58,5 h	0

Summe nach 4 Wochen für jeden Arzt jeweils 165,75 Stunden

Modell 6: Spätdienstmodell; gestaffelte Vollarbeitszeiten gekoppelt mit Bereitschaftsdiensten⁹

Montag bis Freitag:

Dienst 1: 15.00 - 21.00 Uhr Vollarbeitszeit

Dienst 2: 20.30 - 6.00 Uhr Bereitschaftsdienst danach 6.00 - 9.00 Uhr Vollarbeitszeit danach Ruhezeit

Dienst 3: 7.00 - 17.00 Uhr Vollarbeitszeit

Samstag und Sonntag:

Dienst 1: 8.00 - 15.00 Uhr Vollarbeitszeit danach 15.00 - 21.00 Uhr Bereitschaftsdienst danach 11 Stunden Ruhezeit

Dienst 2: 20.30 - 6.00 Uhr Bereitschaftsdienst danach 6.00 - 9.00 Uhr Vollarbeitszeit danach 11 Stunden Ruhezeit

	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								VA 6 Std. 15.00 - 21.00 Uhr																				
Dienst 2															BD 9,5 Std. 20.30 - 6.00 Uhr einschließlich Pausen								VA 3 Std. 6 - 9 Uhr		RZ 11 Std.			
Dienst 3	VA 9,25 Std. 7.00 - 17.00 Uhr																							VA				

⁹ Dieses Modell entspricht Modell 7 in der ersten Auflage der LV 30.

Modell 6:

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

Bei der Wochenendregelung ist von 6.00 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 bis 20.30 Uhr (11,5 Std. Ruhezeit).

Für die Pause im Nachtdienst wird ein zeitlicher Rahmen vorgegeben, in dem die Pause genommen werden kann. Eine Vertretung ist dann erforderlich, wenn die Arbeitsdichte es nicht zulässt, die Pause zu nehmen. Ggf. ist diese Regelung auch für den Tagesdienst am Wochenende vorzusehen.

Der Vorteil liegt in der Vollarbeit einer Ärztin oder 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

- der EU-Arbeitszeitrichtlinie:Ja
 - des Arbeitszeitgesetzes, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Gebrauch gemacht worden ist: . . .Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c:Ja
 - AVR:Ja
-

Modell 7: Nachtdienstmodell / versetzte Dienste¹⁰

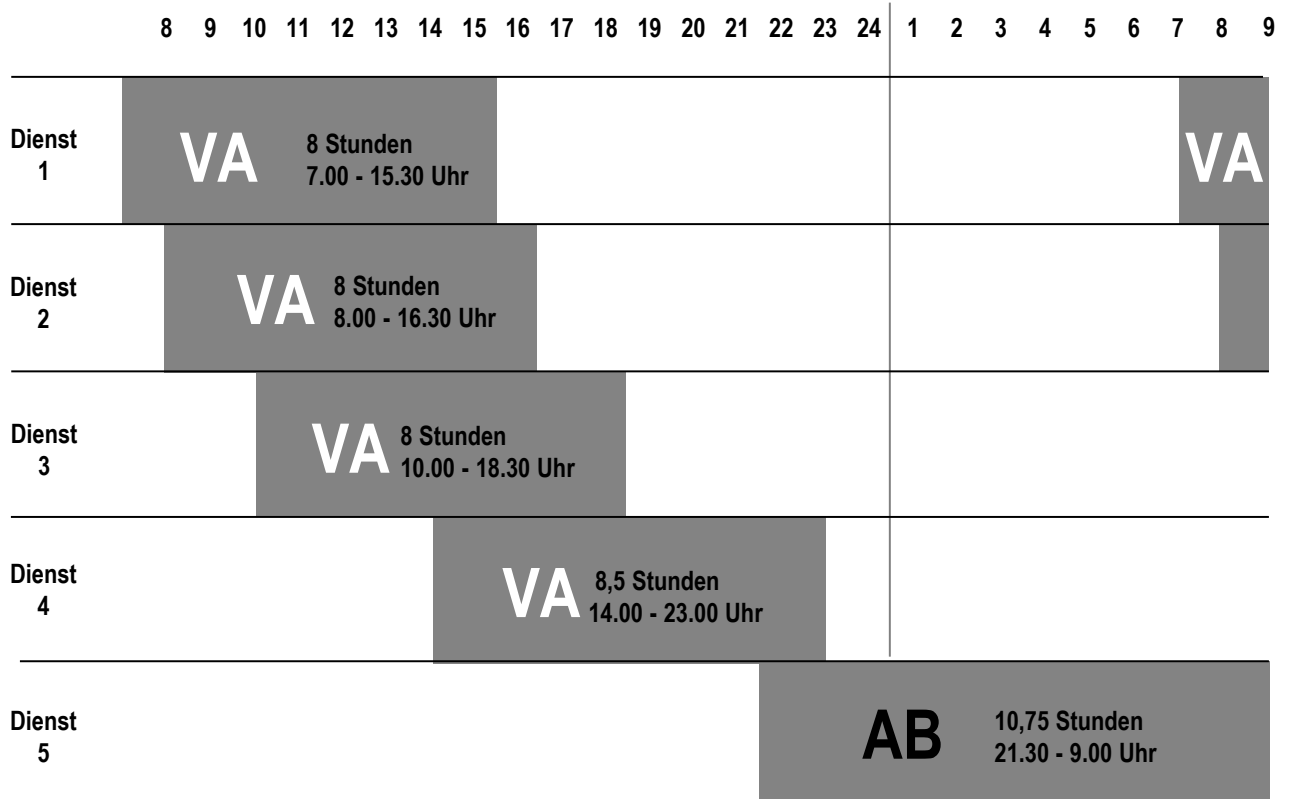
Vollarbeit kombiniert mit Arbeitsbereitschaft

Montag bis Freitag:

Dienst 1:	7.00 - 15.30 Uhr	Vollarbeitszeit:	8	Stunden
Dienst 2:	8.00 - 16.30 Uhr	Vollarbeitszeit:	8	Stunden
Dienst 3:	10.00 - 18.30 Uhr	Vollarbeitszeit:	8	Stunden
Dienst 4:	14.00 - 23.00 Uhr	Vollarbeitszeit:	8,5	Stunden
Dienst 5:	21.30 - 9.00 Uhr	Arbeitsbereitschaft:	10,75	Stunden (einschl.Pause)

Samstag und Sonntag:

- Alternativen: je 2 Schichten von 12 Stunden Arbeitsbereitschaft
- oder je 2 Bereitschaftsdienste je 12 Stunden
- oder je 2 Schichten von 12 Stunden Vollarbeitszeit mit Ausnahmegenehmigung nach § 15 Abs.1 Nr.1 a ArbZG



¹⁰ Dieses Modell entspricht Modell 8 in der ersten Auflage der LV 30.

Modell 7:

Dieses Modell¹¹ sieht versetzte Dienste, Spätdienst und Nachtdienst in Form von Arbeitsbereitschaft (mit bis zu 2/3 Arbeitseinsätzen) vor. An Samstagen und Sonntagen können zwei Schichten von 12 Stunden Arbeitsbereitschaft oder zwei 12-Stunden-Bereitschaftsdienste, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 ArbZG Gebrauch gemacht worden ist, oder alternativ - mit einer Bewilligung nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 a ArbZG jeweils zwei 12-Stunden-Schichten durchgeführt werden.

Für die Pause im Nachtdienst wird ein zeitlicher Rahmen vorgegeben, in dem die Pause genommen werden kann. Eine Vertretung ist dann erforderlich, wenn die Arbeitsdichte es nicht zulässt, die Pause zu nehmen. Ggf. ist diese Regelung auch für den Tagesdienst am Wochenende vorzusehen.

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

Das Modell entspricht den Anforderungen

- der EU-Arbeitszeitrichtlinie:Ja
 - des Arbeitszeitgesetzes, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Gebrauch gemacht worden ist: . . .Ja
 - des Arbeitszeitgesetzes mit Genehmigung nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 a ArbZG:Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c:Ja
 - AVR:Ja
-

¹¹ 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 8: Arbeitsbereitschaftsmodell¹²

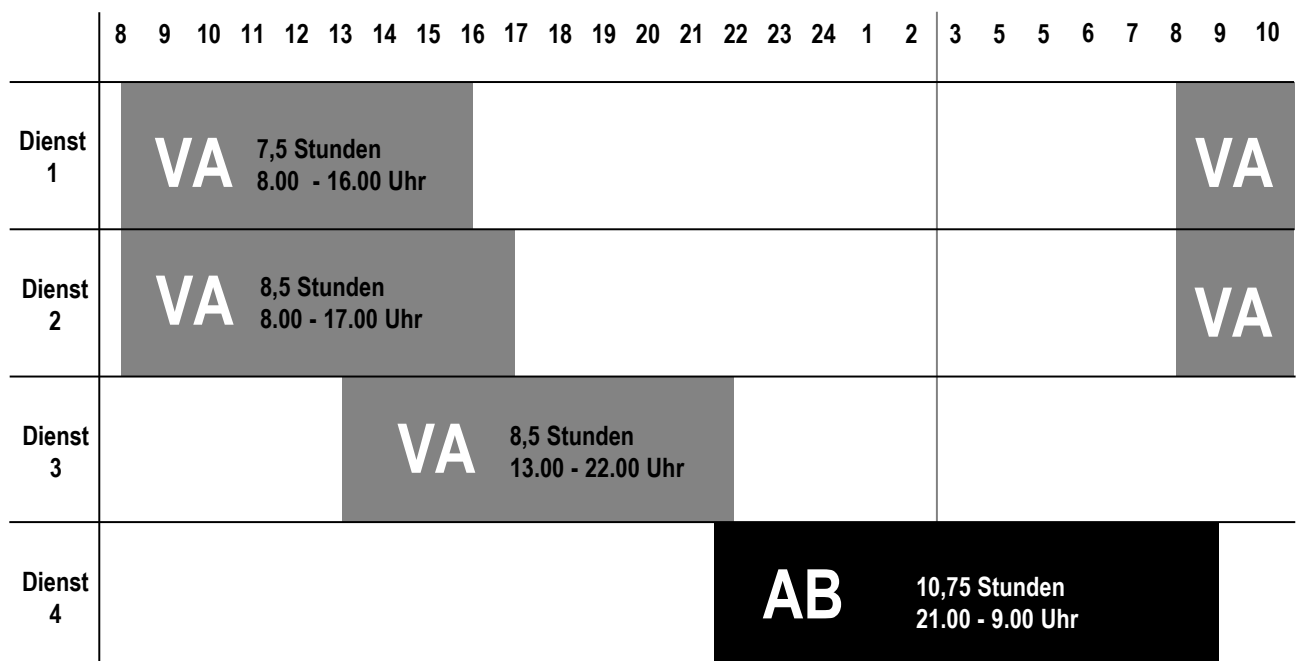
Vollarbeit bis 8,5 Stunden und Arbeitsbereitschaft bis 11,75 Stunden

Montag bis Freitag:

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

Samstag und Sonntag:

Dienst 2:	8.00 - 17.00 Uhr	Vollarbeitszeit:	8,50 Stunden
Dienst 1:	8.30 - 21.00 Uhr	Arbeitsbereitschaft:	11,75 Stunden
Dienst 4	20.30 - 9.00 Uhr	Arbeitsbereitschaft:	11,75 Stunden



¹² Dieses Modell entspricht Modell 9 in der ersten Auflage der LV 30.

Modell 8:

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

Für die Pause im Nachtdienst wird ein zeitlicher Rahmen vorgegeben, in dem die Pause genommen werden kann. Eine Vertretung ist dann erforderlich, wenn die Arbeitsdichte es nicht zulässt, die Pause zu nehmen. Ggf. ist diese Regelung auch für den Tagesdienst am Wochenende vorzusehen.

Das Modell wurde entwickelt, um dem Problem zu hoher Arbeitsbelastung in Bereitschaftsdiensten entgegenzutreten. Bei diesem Modell werden Arbeitszeiten an Wochenenden und während der Nachtzeit nicht als Vollarbeit, sondern als Arbeitsbereitschaft bewertet (bis zu 2/3 Arbeitseinsatz). Der Vorteil liegt in der besseren Abdeckung des höheren Arbeitsanfalls in den Abendstunden und am Wochenende. Gemeinsame Visiten sind möglich. Übergabezeiten sind eingeplant.

Besteht keine tarifliche Regelung nach § 7 ArbZG für die Arbeitsbereitschaft, so muss eine Genehmigung nach § 15 Abs. 1 Nr. 1. a ArbZG vorliegen.

Das Modell entspricht den Anforderungen

- der EU-Arbeitszeitrichtlinie:Ja
 - des Arbeitszeitgesetzes, wenn von der Abweichungsbefugnis nach § 7 Gebrauch gemacht worden ist: . . .Ja
 - des Arbeitszeitgesetzes mit Genehmigung nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 a ArbZG:Ja
 - des Tarifvertrages BAT SR 2c:Ja
 - AVR:Ja
-

Bewertung alternativer Arbeitszeitmodelle

Evaluation alternativer Arbeitszeitmodelle durch das Deutsche Krankenhausinstitut

Im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) einige der vorstehend beschriebenen Dienstplanmodelle in ein Evaluationsverfahren mit einbezogen und eine Bewertung unter vorgegebener Fragestellung vorgenommen. Die Modelle waren dabei an die spezifischen Bedürfnisse der Krankenhäuser angepasst worden.

Die Studie des DKI setzt sich u.a. mit den Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle auf die Krankenhäuser, die Patienten und die Mitarbeiter auseinander. Darüber hinaus wurden in einem Befragungsmodul die Erwartungen der Verwaltungsleitung sowie der medizinischen Leitung, der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes sowie des Pflegedienstes und der Mitarbeitervertretung zu den Auswirkungen ermittelt.

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die durch die EuGH-Rechtsprechung erforderlichen Veränderungen vor allem in Krankenhäusern mit über 100 Betten unter bestimmten finanziellen und personellen Bedingungen grundsätzlich realisierbar seien. Der Personalmehrbedarf sei umso geringer, je mehr Ärztinnen und Ärzte bereit sind, über die tarifvertraglich vereinbarte Arbeitszeit von 38,5 Stunden/Woche hinaus bis zu 48 Stunden/Woche zu arbeiten.

52% aller der in der Untersuchung befragten Ärztinnen und Ärzte würden ihre regelmäßige Arbeitszeit auf bis zu 48 Stunden pro Woche erhöhen. Insbesondere die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte und hier vor allem die Ärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung würden von einer entsprechenden Wahlmöglichkeit Gebrauch machen. Sofern die Hälfte der Krankenhausärzte 48 Stunden die Woche arbeiten würde, könnte ein Teil des Mehrbedarfes an

medizinischem Personal abgedeckt werden. Im Rahmen dieser Studie wurde zwar keine Bewertung der LASI- Modelle vorgenommen, aus den Rückmeldungen der befragten Krankenhäuser habe man aber festgestellt, dass viele krankenhausesindividuelle Modelle große Ähnlichkeiten mit einzelnen LASI- Modellen aufweisen. Bei stärkerer Variierung hinsichtlich der Dauer und der Lage der Dienste und Abstrahierung von den Modellspezifikationen fänden sich die LASI- Modelle durchaus in den krankenhausesindividuellen Ansätzen wieder, so die Studie.

Unterschiedliche Varianten des LASI- Modells "Spätdienstmodell" seien der am häufigsten praktizierte Ansatz in den Stichprobenkrankenhäusern, die Mehrzahl der Häuser plane künftig mit zwei Tagdiensten: einem Frühdienst und einem zeitversetzten Spätdienst. Allenfalls wichen Dauer und Lage der Dienste bei den Projektteilnehmern teilweise vom Spätdienstmodell des LASI ab. Am zweithäufigsten seien in der Stichprobe Varianten des LASI- Modells "Arbeitsbereitschaftsmodell" geplant, welches drei etwa gleich lange, zeitversetzte Tagesdienste vorsieht. In den Projektkrankenhäusern weise nur die Lage der Dienste größere Unterschiede zum LASI-Modell auf.

Die in der Studie ausgewählten Ansätze aus dem LASI LV 30 seien in den in verschiedensten Variationen in der Arbeitszeitgestaltung der Krankenhäuser impliziert. Die Krankenhäuser passten ihre Arbeitszeitorganisation und Personalbesetzung sehr genau ihren jeweiligen Bedingungen und Erfordernissen an, denn das optimale Arbeitszeitmodell könne es nicht in allgemeiner Form geben.

Die Studie lässt im Übrigen ein großes Interesse der Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, insbesondere aber der Ärztinnen und Ärzte an einer Verbesserung ihrer Arbeitszeitbedingungen erkennen, belegt aber auch eine große Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten, ihre Arbeitszeit über die tarifvertraglich vereinbarte Arbeitszeit hinaus bis zu 48 Stunden/Woche auszudehnen.

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 im Krankenhaus zwischen einem "Sockelbedarf" für die grundlegende Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Krankenhausbetriebes und dem Bedarf für die darüber hinausgehenden 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 ärztliches Personal 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 Beteiligung 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 Ärztinnen und Ärzten sowie Einkommenseinbußen bei Ärztinnen und Ärzten geltend gemacht worden. Die finanziellen Auswirkungen von Änderungen in der Arbeitszeit-

gestaltung sowohl auf Arbeitgeber als auch auf Arbeitnehmerinnen und 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 Verände-

rungen 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.

Beispiele für 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.

Darüber hinaus haben viele Krankenhäuser mit der Veränderung ihrer traditionellen Strukturen begonnen. Es fehlte bisher aber letztlich vielfach an dem erforderlichen Nachdruck in der Umsetzung. Durch die EuGH- Rechtsprechung zum Bereitschaftsdienst und dem enormen Kostendruck, der auf allen Krankenhäusern lastet, hat hier jedoch ein Umdenkungsprozess bei den Führungskräften und Mitarbeitervertretungen stattgefunden. Es werden Änderungsmaßnahmen - soweit sie auf eine betriebliche Prozessoptimierung zielen - als wichtig und erforderlich angesehen. Die Bereitschaft der Krankenhäuser, sich professionell beraten zu lassen bzw. ein eigenes betriebliches Organisationsmanagement einzusetzen, ist gewachsen. Es gibt neben der Inanspruchnahme der professionellen externen Arbeitszeitberatungsfirmen eine Reihe von weiteren Beratungsangeboten. So gibt es z.B. Möglichkeiten, sich durch die Landeskrankenhausgesellschaften beraten zu lassen. 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. So hat sich gezeigt, dass bei fast allen Umstrukturierungen der Organisation verlängerte Servicezeiten bzw. die Einführung zeitversetzter Dienste im Vordergrund standen. Durch diese Maßnahmen ließ sich die Arbeitszeit verkürzen, die Arbeitseffizienz erhöhen und die Auslastung des Krankenhausbetriebs verbessern. Eine weitere Maßnahme bestand darin, ablauforganisatorische Optimierungen herbeizuführen.

Beispiele für erfolgreiche Organisationsmodelle bieten das Projekt "Flexibles Arbeitszeitmanagement" des Klinikums Ingolstadt, das "KLINOVA/PANDA" Programm des Landesbetriebs Krankenhäuser Hamburg (LBK) oder das Pilotprojekt "Beschäftigungswirksame Arbeitszeitmodelle" der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. Das vor kurzer Zeit abgeschlossene Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstituts, das die Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle bewerten sollte, bietet zusätzliche Erkenntnisse.

Klinikum Ingolstadt

Das Klinikum Ingolstadt ist ein Schwerpunkt-krankenhaus mit einem angegliederten Pflegeheim und einem medizinischen Schulzentrum. Es werden zusammen über 3000 Mitarbeiter beschäftigt.

Dem Klinikum Ingolstadt ist es gelungen, durch softwaregestützte Personaleinsatzplanung, flexible Arbeitszeitmodelle und die Einführung von Betriebszeiten die Mitarbeiterzufriedenheit zu verbessern. Die Patienten profitieren von einer gestiegenen Versorgungsqualität. Es konnten durch diese Maßnahmen 28 Ärztinnen und Ärzte kostenneutral zusätzlich eingestellt werden. Die Belegung konnte erheblich gesteigert werden. Für dieses Engagement erhielt das Klinikum 2002 den Kreativpreis des Bundes der Steuerzahler in Bayern.

Für alle Beschäftigten - von den Ärztinnen und Ärzten über das Pflegepersonal bis zur Verwaltung - wurden flexible Schichten zwischen

Früh- und Spätschicht eingeführt. Ausfälle und veränderte Belegungen werden über mobile Personalreserven ausgeglichen, ohne die festen Schichtdienste verändern zu müssen. Die Wünsche der Beschäftigten werden nach Möglichkeit berücksichtigt. So besteht die Möglichkeit, in den flexiblen Schichten nach einem festgelegten monatlichen tagebezogenen Flexibilisierungsrahmen von z. B. 16-24 Arbeitstagen zu arbeiten, oder bei Verzicht auf die Festlegung einer monatlichen Sollzeit bedarfsadaptiert oder nach Teamabsprachen tätig zu werden. Die Verrechnung dieser +/- Zeiten erfolgt über ein Zeitkonto. Damit wurden zwei Flexibilisierungspotenziale bei scheinbar unflexiblen Arbeitszeiten geschaffen.

Im Krankenhaus ist die Zeit von sechs bis achtzehn Uhr, für bestimmte Bereiche bis zwanzig Uhr, feste Betriebszeit. In dieser Zeit werden keine Zusatzdienste oder Überstunden bezahlt, wodurch Lohnkosten eingespart und neue Stellen geschaffen werden konnten. Durch die Einführung der automatischen Zeiterfassung konnte zusätzlich der Verwaltungsaufwand für die Lohnabrechnung und die Dienstplanverwaltung erheblich gesenkt werden.

LBK 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). Verkürzt und schwerpunktmäßig dargestellt, bedeutet KLINOVA:

- Durch optimale Steuerung der Belegung/Entlassung von Patienten unter Berücksichtigung der erforderlichen Behandlungsstufen durch ein Belegungsmanagement die vorhandenen Kapazitäten optimal zu nutzen,

- durch Analyse, Überarbeitung und Neugestaltung aller Prozesse und Organisationsstrukturen im OP-Bereich und dadurch erreichter planbarer Behandlungs-/Arbeitsabläufe höchstmögliche Qualität bei effektiver Ressourcennutzung zu erreichen,
- durch die Zusammenlegung verschiedener Fachbereiche zu größeren bettenführenden Einheiten im Zusammenhang mit der Änderung des Schichtplansystems Alternativen zum Bereitschaftsdienst zu finden.

PANDA steht für Prozessorientierte Arbeitsorganisation, Neue Dienst- und Arbeitszeitmodelle und ist ein Projekt des LBK, das die Ablösung der Bereitschaftsdienste zum Ziel hat.

Es geht dabei um die Entwicklung alternativer Modelle der Arbeitszeit und der Arbeitsorganisation in allen Krankenhausbereichen. Es hat sich dabei gezeigt, dass die Betonung auf der Veränderung der Arbeitsorganisation liegt. Dabei kann PANDA an die klinischen Sollprozesse anknüpfen, die in den KLINOVA-Projekten definiert wurden.

Zu den Projektzielen gehört es, eine Reihe von alternativen Modellen für Arbeitszeit und Arbeitsorganisation für alle von Bereitschaftsdienst betroffenen Berufsgruppen zu entwickeln, aus denen die Bereiche die für sie geeignetste Form auswählen können. Die neuen Regelungen sind rechtskonform, gewährleisten die Versorgungsqualität und schließen die Mitarbeiterorientierung mit ein. Vorteile der Anwendung moderner Arbeitszeitsysteme sind Transparenz und Planungssicherheit. Die Aufstellung langfristiger Dienstpläne wird angestrebt. Um einen effizienten Einsatz von flexiblen Arbeitszeitmodellen zu gewährleisten, ist es jedoch unumgänglich, moderne, elektronisch gestützte Systeme einzusetzen.

Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich

In der Schweiz wurden im Rahmen eines Pilotprojekts "Beschäftigungswirksame Arbeitszeitmodelle" der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich Erfahrungen in fünf Kliniken gesammelt. Es wurden sechs verschiedene Arbeitszeitmodelle bei sämtlichen Berufsgruppen erprobt, die zum Teil Arbeitszeitreduzierungen oder Arbeitszeitumverteilungen beinhalteten.

Die Erfahrungen der TeilnehmerInnen wurden unter vielfältigen Aspekten ausgewertet, auch im Hinblick auf die zielgerichtete Anpassung der Arbeitsorganisation. Die Zusammenfassungen der Ergebnisse der umfangreichen Analysen weisen darauf hin, dass lange Arbeitszeiten eine von mehreren Arbeitsbedingungen darstellen, die als belastend erlebt werden. 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.

Ein daraufhin durchgeführtes Teilprojekt zur Arbeitszeit beinhaltete 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 das ärztliche Personal.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigten, dass in drei der vier Pilotkliniken die 55 Stunden-Woche eingehalten werden konnte. Zudem hatte sich als ein Aspekt die Arbeitszufriedenheit signifikant erhöht, andere der arbeitsbezogenen Aspekte hatten sich nicht wesentlich verschlechtert.

Die in den Pilotkliniken erarbeiteten Maßnahmen werden auf rund 30 Schweizer Kliniken übertragen.

3 | Alle beteiligten Institutionen müssen handeln

Die Einführung flexibler arbeitszeitrechtskonformer Arbeitszeiten in den Krankenhäusern ist machbar. Aus Beratungsprojekten und der Aufsichtstätigkeit der Länderbehörden wurde die Erkenntnis gewonnen, dass für arbeitszeitrechtskonforme Arbeitszeiten jedes einzelne Krankenhaus spezifische Arbeitszeitleösungen durch beteiligungsorientierte Organisationsprozesse entwickeln muss. Die Einführung innovativer Arbeitszeitmodelle erfordert hierbei in vielen Fällen flankierende Verbesserungen der Arbeitsorganisation. Erforderlich ist ein umfassender Modernisierungsprozess zur Entwicklung von Arbeitszeitmodellen im gesamten Krankenhausbereich, der Anstöße und Unterstützung von allen Beteiligten braucht.

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 betroffen, 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 ebenfalls eine wichtige Rolle. Durch die vom Gesetzgeber durch das Fallpauschalengesetz und die Gesundheitsreform zur Verfügung gestellten Mittel ist eine wichtige Hilfestellung für die Krankenhäuser geleistet worden.

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. 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 Zuge der Einführung des DRG- Fallpauschalensystems muss auch die Durchsetzung des Arbeitszeitrechts in den Krankenhäusern erfolgen. Die Krankenhausträger werden aufge-

fordert, 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.

Der Gesetzgeber hat dabei mit den Änderungen im Arbeitszeitgesetz zum 1. Januar 2004 berücksichtigt, dass die aufgrund der Änderungen im Arbeitszeitgesetz notwendigen Anpassungen bzw. Umstellungen nur in einer angemessenen Übergangszeit bewältigt werden können. Er hat deshalb eine Übergangsregelung für Tarifverträge bis zum 31. Dezember 2005 vorgesehen.

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 hingegenommen werden.

Die Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser führt zu tief greifenden Veränderungen im stationären Bereich. 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.

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 haben mit den Änderungen im Arbeitszeitgesetz zum 1. Januar 2004 eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2005 erhalten. Sie gibt ihnen zum einen die Gelegenheit, innerhalb dieser Frist die aufgrund der Gesetzesänderung notwendigen Anpassungen oder Umstellungen der tarifvertraglichen Regelungen zu Arbeitszeiten und Bereitschaftsdiensten vorzunehmen und zum anderen etwaigen Modifikationen auf Grund der EuGH-Urteile Rechnung zu tragen.

Die Tarifvertragsparteien wurden bereits von den Arbeits- und Sozialministern der Länder aufgefordert, die tarifrechtlichen Voraussetzungen für die Einführung von neuen Arbeitssystemen in Krankenhäusern zu überprüfen und Tarifverträge entsprechend fortzuentwickeln.

Anlagen

Anlage 1: Verzeichnis der beteiligten Institutionen

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Bundesvorstand
Paula-Thiele-Ufer 10
10179 Berlin
www.verdi.de

AWiS-consult
Arbeitszeit- und Organisationsberatung
Industriehof 5
26133 Oldenburg
Niederlassung NRW:
Augustinerstr.35
41464 Neuss
www.awis-consult.de

Marburger Bund
Verband der angestellten und beamteten
Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
Riehler Straße 6
50668 Köln
www.marburger-bund.de

Krankenhaus- und Unternehmensberatung
Prof. Bernd H. Mühlbauer
Westendamm 1
58239 Schwerte
www.bhm-beratung.de

Vereinigung der kommunalen
Arbeitgeberverbände
Lindenallee 24
50698 Köln
www.vka.de

XIMES GmbH
Hansastr. 7-11
44137 Dortmund
www.ximes.de

Bundesanstalt für Arbeitsschutz
und Arbeitsmedizin
Friedrich-Henkel-Weg 1-25
44149 Dortmund
www.baua.de

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

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)
Wegelystr.3
10623 Berlin
www.dkgev.de

Institut für Arbeitsforschung und
Organisationsberatung GmbH (afob)
Standort Zürich
Obere Zäune 14
CH-8001 Zürich
www.iafob.com

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit
Unterabteilung III a
Postfach 14 02 80
53107 Bonn
www.bmwa.bund.de

Dr. von Schwarzkopf
Betriebsärztlicher Dienst
Klinikum Bremen-Mitte GmbH
St. Jürgen-Str. 1
28205 Bremen
www.zkh.de

Bundesministerium für Gesundheit
und soziale Sicherung (BMGS)
53108 Bonn
www.bmgs.bund.de

Anlage 2: Rechtsgrundlagen für Arbeitszeitregelungen in Deutschland in Krankenhäusern

	EU: EG-Richtlinie 2003/88 ehe- mals EG-RL 93/104	Deutschland: Arbeitszeit- gesetz	Bundesange- stellentarif- vertrag BAT (West/Ost)	Arbeitsver- trags-Richtli- nien AVR a) Caritas b) Diakonie	Deutsches Rotes Kreuz – TV	Arbeiterwohl- fahrt BMT-AWO Arbeitersama- riterbund ASB
Arbeitszeit pro Woche	48 h pro 7-Tage im 12- oder 6- Monatsdurch- schnitt Abweichungs- möglichkeit (Opt-Out)	48 h pro 7-Tage im 12- oder 6- Monatsdurch- schnitt Abweichungs- möglichkeit (Opt-Out)	38,5 h / 40 h wöchentl., durchschnitt- licher Aus- gleich in 26 Wochen; bis 60 h wöchentl. bei Arbeitsbe- reitschaft (AB)	a) b) 38,5 h / 40 h wöchent- lich, durch- schnittlich in 13 Wochen. a) 50 h bei AB b) 49 h bei AB	38,5 h / 40 h wöchentlich in 8 Wochen durchschnittlich	38,5 h / 40 h wöchentlich
Arbeitszeit pro Tag	nicht geregelt	8 h; 10 h bei Ausgleich in 6 Monaten	bis 10 h tägl. bei AB, Vor- u. Abschluss- arbeiten; bis 12 h tägl. bei AB	a) b) 8 h regu- lär, 10 h tägl., wenn 2 h AB	8 h / 10 h wie BAT	sonst wie BAT
Nacharbeit	7 h in der Zeit von 8 bis 24 h Nacht: mind. von 24 - 5 h	8 h werktäg- lich; 10 h bei Ausgleich in 1 Monat Nacht: 23 - 6 h	Nacht: Zeit zwischen 20 h und 6 h	Nacht: wie ArbZG	Nacht: Zeit zwischen 20 h und 6 h	Nacht: wie BAT
Bereitschafts- Dienst (BD)	Bewertung wie EuGH-Urteil v. 3.10.00 (C-303/98) und v. 9.9.03 (C-151/02) als Arbeitszeit, wenn der Arbeitnehmer sich an einer vom Arbeitge- ber (AG) be- stimmten Stel- le aufhält und dem AG zur Verfügung steht	Keine eigene Begriffsbe- stimmung, nur verwenden des Begriffs wie BAT u. a. bei den tarifver- traglich zuläs- sigerweise abweichenden Regelungen	Auf AO des AG außerhalb der regelmäßigen AZ an einer vom AG best. Stelle aufhalten, um im Bedarfs- fall Arbeit aufzu- nehmen. Nach 12 h BD 8 h Ruhe; BD der Stufen A,B,C,D bis 49% Inan- spruchnahme Max. 7 BD in Stufe C,D	wie BAT, außer Besonderhei- ten bei der Berechnung der Anzahl	wie BAT	wie BAT, außer Anz. BD, RB max. 8 Dienste, aber gesonderte Bewertung der ArbZ bei den BD-Stufen

	EU: EG-Richtlinie 2003/88 ehe- mals EG-RL 93/104	Deutschland: Arbeitszeit- gesetz	Bundesange- stellentarif- vertrag BAT (West/Ost)	Arbeitsver- trags-Richtli- nien AVR	Deutsches Rotes Kreuz – TV	Arbeiterwohl- fahrt BMT-AWO Arbeitersama- riterbund ASB
Rufbereit- schaft	Bei selbst- bestimmtem Aufenthaltort auf Abruf Arbeitsaufnah- me EuGH C-151/02: keine ArbZ soweit keine Inanspruchnah- me	Keine eigene Begriffsbe- stimmung, nur verwenden des Begriffs wie BAT	Bei selbst- bestimmtem Aufenthaltort auf Abruf Arbeitsaufnah- me 12 x mtl.	wie BAT zzgl. RB gilt zu 1/8 oder 12,5 % als ArbZ. RB mit Stun- dengarantie (3 h) Abweichende Dienstverein- barung zuläs- sig	wie BAT u. wie AVR	Wie BAT u. wie AVR (12,5% gelten auch als ArbZ.)
Arbeitsbe- reitschaft (AB)	Waches Bereithalten, um im Bedarfsfall Arbeit aufzu- nehmen Lt. EuGH- Gen.anwalt in C-397bis 403/01 ArbZ	Keine eigene Begriffsbe- stimmung, nur verwenden des Begriffs Lt. Rspr.:ArbZ	Keine eigene Begriffsbe- stimmung, nur verwenden des Begriffs			
Ruhepausen (RP)	Nach 6 h eine RP	nach 6 - 9 h: 30 min.		Verweis auf das Gesetz	Verweis auf das Gesetz	
Ruhezeiten pro Tag	11 h zusam- menhängend in 24 h	nach Beendi- gung der tägl. Arbeit 11 h	Nach Arbeitstag m. nachf. BD Stufe C, D: 8 h	grds. wie ArbZG, indes. § 5 Abs. 3	Wie BAT	nach zusam- hängendem Wochen- endBD oder langem BD: 12 h Ruhezeit
Ruhezeiten pro Woche	24 h + 11 h; ausnahms- weise nur 24 h	im Krhs. u.a. 10 h, bei RB 5,5 h ununter- brochen	nach zusammenhän- gendem WochenendBD oder langem BD: 12 h Ruhe- zeit	Kürzung um 2 h m. Dienst- vereinbarung (1x pro Woche oder 2x in 14 Tagen)		

Anlage 3: Kostenberechnungen – Dienstplanvarianten

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 Operationssäle 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 Ärzte x 38,5 Std. x 52 Wochen) - (10 WFT x 4 Ärzte x 8 Std.) = 7.688 Std.

Freizeitausgleich:

(38,5 Std. x 52 Wochen) - (10 WFT x 8 Std.) = 1.922 Std.

9.610 Std. : 1.563 Std. je VK = 6,14 VK

= praktisch 6 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:

$(6 \text{ Ärzte} \times 38,5 \text{ Std.} \times 52 \text{ Wochen}) - (10 \text{ WFT} \times 47 \text{ Std.}) = 11.542 \text{ Std.}$

Samstage / Sonntage / Wochenfeiertage: $114 \text{ Tage} \times 8 \text{ Std.} = 912 \text{ Std.}$

$12.454 \text{ Std.} : 1.563 \text{ Std. je VK} = 7,97 \text{ VK} = \text{praktisch } 8 \text{ Ärzte}$

Vergütung (Durchschnitt je Arzt und Monat)

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

Montag bis Donnerstag: $198 \text{ RD} \times ((8,25 \text{ Std.} \times 27,5\%) + 1,5 \text{ Std.}) \times 22,32 \text{ €} = 16.655,46 \text{ €}$

Freitag: $52 \text{ RD} \times ((8,75 \text{ Std.} \times 27,5\%) + 1,5 \text{ Std.}) \times 22,32 \text{ €} = 4.533,75 \text{ €}$

Samstag, Sonntag, WFT: $114 \text{ RD} \times ((15,5 \text{ Std.} \times 27,5\%) + 1,5 \text{ Std.}) \times 22,32 \text{ €} = 14.662,57 \text{ €}$

Summe: $35.851,78 \text{ €}$

Summe : 8 Ärzte : 12 Monate: $373,46 \text{ €}$

Zuschlag Nachtarbeit: $((52 \times 29 \text{ Std.}) - (10 \text{ WFT} \times 6 \text{ Std.})) \times 1,28 \text{ €} : 8 : 12 = 19,31 \text{ €}$

Zuschlag Samstagsarbeit: $52 \times 2,75 \text{ Std.} \times 0,64 \text{ €} : 8 : 12 = 0,95 \text{ €}$

Zuschlag Sonntagsarbeit: $52 \times 8 \text{ Std.} \times 4,85 \text{ €} : 8 : 12 = 21,02 \text{ €}$

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
ÜaD	=	Überstunden außerhalb der Dienstzeit

**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)

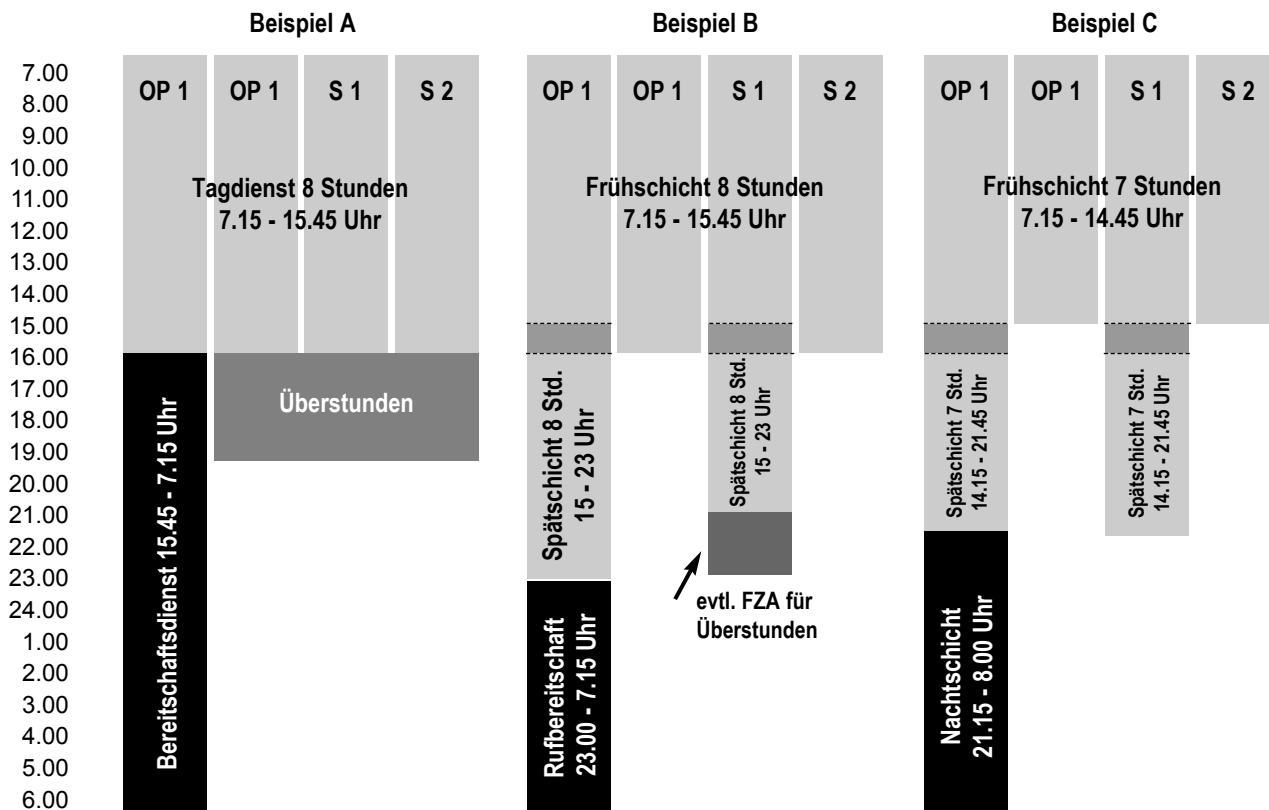
Zuschlag Nachtarbeit:	$365 \times ((2 \times 1,75 \text{ Std.}) + (1 \times 8,75 \text{ Std.})) \times 1,28 \text{ €} : 10 : 12$	= 47,69 €
Zuschlag Samstagsarbeit:	$52 \times (1,75 \text{ Std.} + 5,75 \text{ Std.}) \times 0,96 \text{ €} : 10 : 12$	= 3,12 €
Zuschlag Sonntagsarbeit:	$52 \times (8 + 7 +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

Ergebnis

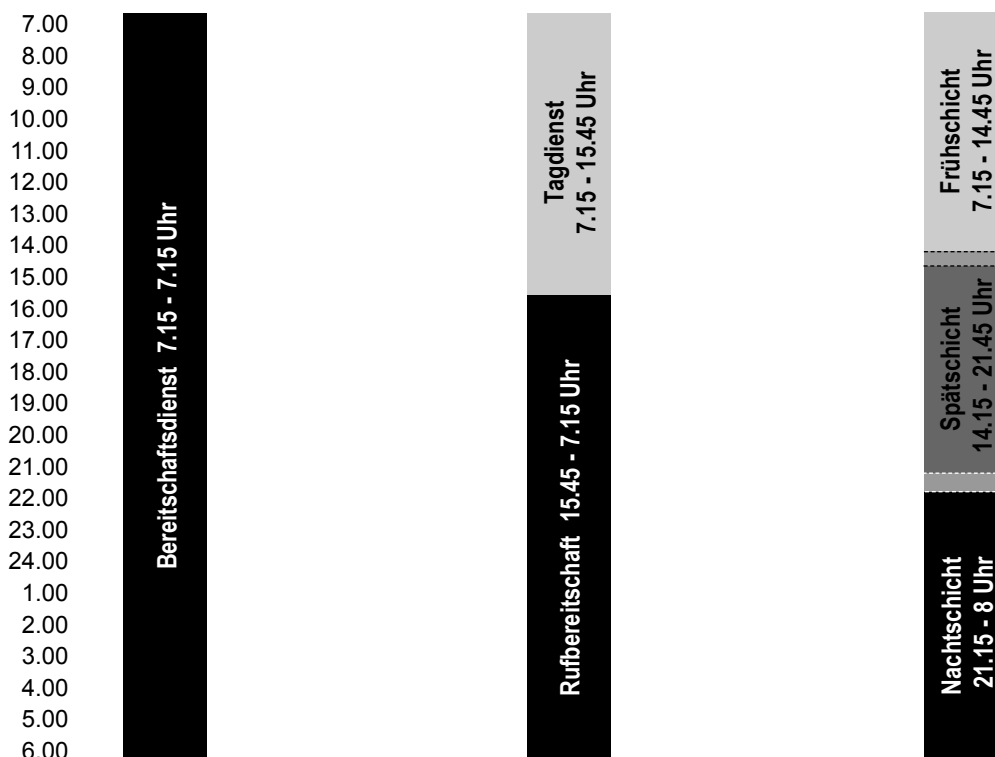
Durchschnittliches monatliches Bruttogehalt eines Assistenzarztes:	3.416 €
Daraus resultierendes durchschnittliches Nettogehalt:	2.161 €
Gesamte Haushaltsbelastung für den Arbeitgeber: (zuzüglich der neuen steuerfreien 2%-VBL-Abgabe):	557.408 € 565.901 €

Anlage 3a: Graphische Darstellung der Dienstplanvarianten

Werktage (Zeiten Montag bis Freitag)



Wochenende / Wochenfeiertage



Anlage 3b: Berechnung der Arztgehälter sowie der Gesamtkosten für den Arbeitgeber bei unterschiedlichen Dienstplanvarianten (in Euro), Stand 2002

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	LStKl. 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 3 c: 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 4: 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 5: Weiterführende Literaturhinweise

- 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
- Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle – Abschlussbericht - Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der deutschen Krankenhausgesellschaft mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Düsseldorf, Februar 2004
- 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 im 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
- 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"

Anlage 6: Weiterführende Internetadressen

www.verdi.de	ver.di, Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft
www.marburger-bund.de	Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland
www.dkgev.de	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)
www.bmwa.bund.de	Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit
www.bmgs.bund.de	Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung
www.osha.de	Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
www.baua.de	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
www.inqa.de	Initiative Neue Qualität in der Arbeit
www.boeckler.de	Hans-Böckler-Stiftung
www.komnet.nrw.de oder www.komnet.hamburg.de	KomNet – Kompetenznetzwerk Arbeitsschutz
www.zeitbuero.nrw.de	Projekt des Ministeriums für Wirtschaft und Arbeit des Landes NRW, Landesinitiative Moderne Arbeitszeiten
www.arbeitszeitberatung.de	Arbeitszeitberatung Dr. Hoff, Weidinger, Herrmann
http://lasi.osha.de	Länderausschuß für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI)

Die Länder bieten auf ihren Internetseiten vielfältige Informationen zum Thema Arbeitsschutz und Arbeitszeit an:

Bundesland	Internetseite	Informationen
Baden-Württemberg	www.sozialministerium-bw.de	Informationen zum Thema: Arbeit, Details: Arbeitsschutz, Arbeitszeitrecht
Bayern	www.lfas.bayern.de	Informationen des Bayerischen Landesamtes für Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik
Berlin	www.berlin.de/sengsv/arbeitsschutz/index.html	Informationen zum Arbeitsschutz von der Arbeitsschutzverwaltung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin
Brandenburg	http://bb.osha.de	Informationen zum Arbeitsschutz der Arbeitsschutzverwaltung Brandenburg
Bremen	www.bremen.de/arbeitssenator	Informationen zum Arbeitsschutz des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Hansestadt Bremen
Hamburg	www.arbeitsschutz.hamburg.de	Informationen zum Arbeitsschutz der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit, Amt für Arbeitsschutz der Freien und Hansestadt Hamburg
Hessen	www.sozialnetz-hessen.de	Informationen zum Arbeits- und Arbeitszeitschutz;
	www.sozialnetz-hessen.de/ca/ud/uws/	Download für den Tagungsband der Fachtagung "Arbeitsplatz Krankenhaus"
Mecklenburg-Vorpommern	http://mv.osha.de	Informationen zum Arbeitsschutz der Arbeitsschutzverwaltung Mecklenburg - Vorpommern
Niedersachsen	www.ms.niedersachsen.de	Informationen zum Arbeitsschutz des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit unter: Themen – Arbeitsschutz
	www.gewerbeaufsicht.niedersachsen.de	Informationen der Niedersächsischen Gewerbeaufsicht

Bundesland	Internetseite	Informationen
Nordrhein-Westfalen	www.arbeitsschutz.nrw.de	In Arbeitszeitfragen kann für Betriebe aus NRW eine Beratung durch die Staatliche Arbeitsschutzverwaltung des Landes NRW in Anspruch genommen werden.
	www.arbeitszeiten.nrw.de	Informationen des Ministeriums für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen über moderne Arbeitszeiten
Rheinland-Pfalz	www.masfg.rlp.de	Informationen des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit zum Thema Arbeitsschutz in Rheinland-Pfalz unter dem Thema Arbeit
Saarland	www.arbeitsschutz.saarland.de	Informationen zum Arbeitsschutz von der Arbeitsschutzverwaltung des Saarlandes
Sachsen	www.arbeitsschutz-sachsen.de	Informationen zum Arbeitsschutz von der Arbeitsschutzverwaltung des Freistaates Sachsen
Sachsen-Anhalt	http://st.osha.de www.verbraucherschutz-sachsen-anhalt.de	Informationen zum Arbeitsschutz von der Arbeitsschutzverwaltung aus Sachsen - Anhalt
Schleswig-Holstein	http://sh.osha.de	Informationen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein zum Arbeitsschutz
Thüringen	http://th.osha.de/	Informationen zum Arbeitsschutz von der Arbeitsschutzverwaltung des Freistaates Thüringen

Auskünfte zu Fragen des Arbeitsschutzes erteilen die zuständigen obersten Landesbehörden bzw. deren nachgeordnete Ämter für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik/Gewerbeaufsichtsämter

Sozialministerium
Baden-Württemberg
Schellingstraße 15
70174 Stuttgart

Ministerium für Gesundheit und Soziales
des Landes Sachsen-Anhalt
Turmschanzenstraße 25
39114 Magdeburg

Hessisches Sozialministerium
Dostojewskistraße 4
65187 Wiesbaden

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Frauen des Landes Brandenburg
Referat Arbeitsschutz
Heinrich-Mann-Allee 103/Haus 12
14473 Potsdam

Ministerium für Wirtschaft und Arbeit
des Saarlandes
Franz-Josef-Röder-Straße 23
66119 Saarbrücken

Ministerium für Wirtschaft
und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen
Horionplatz 1
40213 Düsseldorf

Bayerisches Staatsministerium
für Umwelt, Gesundheit und
Verbraucherschutz
Schellingstraße 155
80797 München

Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Verbraucherschutz
des Landes Schleswig-Holstein
Adolf-Westphal-Straße 4
24143 Kiel

Sozialministerium
Mecklenburg-Vorpommern
Werderstraße 12
19055 Schwerin

Senator für Arbeit, Frauen,
Gesundheit, Jugend und Soziales
Doventorscontrescarpe 172
Block D
28195 Bremen

Sächsisches Staatsministerium
für Wirtschaft und Arbeit
Wilhelm-Buck-Straße 2
01097 Dresden

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

Senatsverwaltung für Gesundheit,
Soziales und Verbraucherschutz
Oranienstraße 106
10969 Berlin

Niedersächsisches Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie und Gesundheit
Gustav-Bratke-Allee 2
30159 Hannover

Thüringer Ministerium für
Soziales, Familie und Gesundheit
Werner-Seelenbinder-Straße 6
99096 Erfurt

Behörde für Wissenschaft und Gesundheit
Amt für Arbeitsschutz
Billstr.80
20539 Hamburg

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	Kenngößen 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
30	Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern – Arbeitszeitproblematik am Beispiel des ärztlichen Dienstes, 2.Auflage	März	2005
31	Handlungsanleitung für die Arbeitsschutzverwaltungen der Länder zur Ermittlung psychischer Fehlbelastungen am Arbeitsplatz und zu Möglichkeiten der Prävention	Mai	2003
32	Kunststoffverwertung - Umgang mit Gefahrstoffen und biologischen Arbeitsstoffen bei der werkstofflichen Verwertung von Kunststoffen (LASI/ALMA-Empfehlung)	Okt.	2004
33	Grundsätze der Behördlichen Systemkontrolle	Juli	2003
34	Gegen Mobbing Handlungsleitfaden für die Arbeitsschutzverwaltungen der Länder	Sept.	2003
35	Leitlinien zur Betriebssicherheitsverordnung (nur als pdf-Datei)	Febr.	2004
36	Handlungsanleitung für die Ausführung der Marktüberwachung in Deutschland	Nov.	2004

Impressum:

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

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
Genehmigung des Herausgebers

Herausgeber:

Länderausschuss für Arbeitsschutz und
Sicherheitstechnik (LASI)

LASI-Vorsitzender:
MinR Dr. Helmut Deden
Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Lan-
des Nordrhein-Westfalen
Honorplatz 1
40213 Düsseldorf

Verantwortlich:

Dr. Wilhelm Thiele
Vorsitzender des LASI-Unterausschusses 3
„Sozialer Arbeitnehmerschutz“
Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Wissenschaft und Gesundheit
Amt für Arbeitsschutz
Billstr.80
20539 Hamburg

ISBN 3 - 936415 - 31 - 5

Bildnachweis:
Zentralkrankenhaus Links der Weser, Bremen

2. Auflage, März 2005

