

## **Das Arbeitszeitgesetz in der Praxis**

*Die arbeitsrechtliche- und tarifliche Situation sollte eigentlich seit einiger Zeit allen Verantwortlichen im Krankenhaus geläufig sein. Aber zum immer wieder großen Erstaunen scheint es trotz klarer Hinweise, deutlicher Worte und hinlänglicher Warte- und Verzögerungszeiten bei der von langer Hand geplanten Umsetzung der Höchstarbeitszeit doch noch vielfach ein eher zögerliches Verhalten zu geben.*

Erinnern wir uns an die EU-Richtlinie 93/104 EG vom 23. November 1993? Dort wurde erstmals eine Höchstarbeitszeit von 48 Stunden pro Woche für alle EU-Mitgliedsländer - Deutschland gehörte damals schon dazu – festgelegt werden. Und dies führte zu einer erstmaligen Änderung des Arbeitszeitgesetzes seit der KrAZO (Krankenanstalten-Arbeitszeit-Ordnung aus Zeiten der Weimarer Republik), wenn auch mit längeren Übergangsfristen und letztendlich keiner erkennbaren Konsequenz für die betroffenen Einrichtungen, denn Bereitschaftsdienst war ja wohl keine Arbeitszeit.

Dies änderte sich dann erst mit den beiden EuGH-Urteilen vom 3. Oktober 2000 und 9. September 2003, in denen klargestellt wurde, daß der Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit auf die Höchstarbeitszeit anzurechnen ist.

Interessanterweise lag übrigens das angepaßte Arbeitszeitgesetz hierzu bereits am 26. September 2003 vor.

Dann wurde erst einmal wieder abgewartet und der Satz: „Das kommt so nicht.“, „Das können die mit uns nicht machen.“ und „Die EU wird das kippen.“ gehörte in der nächsten Zeit zu den häufig gehörten Aussagen; durchaus verständlich aber im Nachhinein nicht sehr realistisch.

Nach der Welle der Tarifvertragsverhandlungen im Jahr 2006, bei denen das Arbeitszeitgesetz nun gemäß den Vorgaben in die Tarifverträge in durchaus unterschiedlicher Ausprägung und mit einer Tendenz zur Interpretation eingearbeitet wurde, erschien der 1. Januar 2007 als das entscheidende Datum für die Umsetzung von Arbeitszeitgesetz und Tarifvertrag. Ob nun als Zäsur oder Paradigmenwechsel betitelt, je nach Zielsetzung wurden große Veränderungen erwartet oder eben auch nicht.

Eine Umfrage des Deutschen Krankenhaus Institutes kam zu dem Ergebnis, daß ca. 40 % aller Krankenhäuser bereits im Jahr 2006 die Arbeits- und Dienstzeiten angepaßt hatten.

Und heute?

Zieht man mit Stichtag 1. Halbjahr 2007 Bilanz, stellt man fest, daß häufig die Höchstarbeitszeiten zwar auf dem Papier mit neuen Dienstplänen eingeplant, aber nicht unbedingt auch „gelebt“ werden.

Die Diskussionen hierüber sind in vielen Häusern bereits im letzten Jahr teilweise sehr kontrovers gelaufen, denn es hatte sich sehr schnell erkennen lassen, daß durch die Begrenzung der Höchstarbeitszeit auf 48 Stunden die Einkommenssituation für viele Betroffene merklich schlechter wurde. Und auch eine Nutzung der Ausnahmeregelungen mit Wochenstunden von 54, 58, 60 oder gar noch mehr Stunden pro Woche mit halb- oder ganzjährlichen Ausgleichen, die Kombination von Regel- und Bereitschaftsdiensten mit bis zu 24 Stunden pro Tag oder 12-Stunden-Schichten bis zu viermal die Woche sind nicht grundsätzlich empfehlenswert, wenn die Rahmenbedingungen unverändert bleiben.

Modelle zur Umsetzung gibt es zwar viele, wenn auch die Empfehlungen der LASI wegen nicht immer regelkonformer Vorschläge zurück gezogen werden mußten. Und eine EDV-gestützte Dienstplangestaltung ist sicherlich unabdingbar, aber aus Erfahrung nicht der erste, sondern der letzte Schritt in einer Kette von Veränderungen bzw. Anpassungen.

Eine anfänglich befürchtete Überprüfung der Dienstpläne durch die staatlichen Aufsichtsbehörden erfolgte trotz schriftlicher Ankündigung bereits im Jahr 2006 zum Frühjahr 2007 nicht oder nur punktuell (NRW). Und häufig wurden Dienstplanmodelle entwickelt mit dem Ziel, diese bei Bedarf als alternative Modelle den Behörden vorzulegen mit dem Hinweis, daß dieses eben nicht funktioniere und deshalb müßten weitere Alternativen erarbeitet werden.

Dies scheint sich allerdings jetzt doch zu ändern. Zur Zeit werden in Nordrhein-Westfalen landesweit Befragungen in den Krankenhäusern durchgeführt mit dem Ziel, eine Art Statusbericht über die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und des jeweilig gültigen Tarifvertrages zu erhalten. Insbesondere der in § 17 des Arbeitszeitgesetzes ausgeführte Handlungsrahmen ist von Interesse (vgl. Kasten 1).

## Kasten 1

### „... § 17. Aufsichtsbehörde

(1) Die Einhaltung dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen wird von den nach Landesrecht zuständigen Behörden (Aufsichtsbehörden) überwacht.

(2) Die Aufsichtsbehörde kann die erforderlichen Maßnahmen anordnen, die der Arbeitgeber zur Erfüllung der sich aus diesem Gesetz und den auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen ergebenden Pflichten zu treffen hat.

(3) Für den öffentlichen Dienst des Bundes sowie für die bundesunmittelbaren Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts werden die Aufgaben und Befugnisse der Aufsichtsbehörde vom zuständigen Bundesministerium oder den von ihm bestimmten Stellen wahrgenommen; das gleiche gilt für die Befugnisse nach § 15 Abs. 1 und 2.

(4) Die Aufsichtsbehörde kann vom Arbeitgeber die für die Durchführung dieses Gesetzes und der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen erforderlichen Auskünfte verlangen. Sie kann ferner vom Arbeitgeber verlangen, die Arbeitszeit-nachweise und Tarifverträge oder Betriebs- oder Dienstvereinbarungen im Sinne des § 7 Abs.1 bis 3 und des § 12 vorzulegen oder zur Einsicht einzusenden.

(5) Die Beauftragten der Aufsichtsbehörde sind berechtigt, die Arbeitsstätten während der Betriebs- und Arbeitszeit zu betreten und zu besichtigen; außerhalb dieser Zeit oder wenn sich die Arbeitsstätten in einer Wohnung befinden, dürfen sie ohne Einverständnis des Inhabers nur zur Verhütung von dringenden Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung betreten und besichtigt werden. Der Arbeitgeber hat das Betreten und Besichtigen der Arbeitsstätten zu gestatten. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt.

(6) Der zur Auskunft Verpflichtete kann die Auskunft auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung ihn selbst oder einen der in § 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozessordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr strafrechtlicher Verfolgung oder eines Verfahrens nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten aussetzen würde.

Hauptzielrichtung ist dabei die Einhaltung des geforderten Gesundheitsschutzes und die Überprüfung alternativer Modelle vor dem Hintergrund der in § 7 ArbZG aufgeführten Abweichungen und Ausnahmen, die durch tarifliche Regelungen zwar durchaus zusätzliche Möglichkeiten bieten, in der Praxis aber mit eben dem Hinweis auf den Gesundheitsschutz kritisch gesehen werden.

Zu nennen wäre hier die Möglichkeit eines 24-Stunden-Tagesdienstes in der Kombination aus 8 Stunden Regeldienst und 16 Stunden Bereitschaftsdienst – eine Dienstform, die gerne an Wochenend- und Feiertagen gewählt wird; wohl wissend, daß die/der Diensthabende damit bereits 24 der möglichen 48 Wochenstunden verbraucht hat. Die Erfahrung zeigt, daß hier gerade die Belastung der 16 Stunden Bereitschaftsdienst an diesen Tagen mit häufig 49% Belastung (Stufe D) aus Sicht der Aufsichtsbehörde kritisiert wird. Konsequenz sind mittlerweile Hinweise auf eine Begrenzung der täglichen Arbeitszeit auf 12 Stunden, bestehend aus 8 Stunden Regelarbeitszeit zu 100 % und 8 Stunden Bereitschaftsdienstzeit zu knapp 50 %. In diesem Zusammenhang werden im übrigen die möglichen Opt-out-Modelle ebenfalls nicht unkritisch bewertet. Neben einer grundsätzlichen „Aushöhlung“ des Arbeitsschutzgedankens sind hier auch die Konsequenzen aus möglichen Zurücknahmen der gewünschten Mehrarbeit zu beachten. Geht man davon aus, daß nach sechs bis acht Monaten der einzelne Arbeitnehmer seine Mehrarbeitsbereitschaft kündigt, kann es bei nicht umfassender Abwesenheitsplanung zum Ende

eines Jahres personell „eng“ werden. Denn man darf nicht vergessen, daß mit der personellen Bereitstellung zusätzlicher Zeiten finanzielle Ressourcen genutzt werden, die das Budget des Jahres belasten und dann gegen Ende für den Differenzausgleich fehlen, da die Jahresarbeitszeit natürlich nicht beliebig ausgeweitet werden kann.

Nach Aussage der Verantwortlichen in den Aufsichtsbehörden wird spätestens nach der Sommerpause damit begonnen, die gelieferten Daten aus den Krankenhäusern auf ihre Relevanz hin zu prüfen. Eine Zurückhaltung in dieser Problematik ist nicht erkennbar.

Was heißt dies nun für die Praxis?

Versucht man das Problem rein rechnerisch zu lösen, gibt es zwar einen personellen Mehrbedarf pro Fachabteilung gegenüber einem bisherigen Bereitschaftsdienst-äquivalent in der Stufe D von ca. einer Planstelle (vgl. Kasten 2), aber dies hilft auch nur in Fachabteilungen mit einer Größenordnung von ca. neun bis zehn ärztlichen Vollstellen.

Kasten 2

5.408 bewertete Bereitschaftsdienststunden : 1.600 Nettojahresarbeitsstunden	= 3,38 VK als Stellenäquivalent
6.760 Arbeitszeitstunden : 1.600 Nettojahresarbeitsstunden	= 4,22 VK als Stellenäquivalent
	= 0,84 VK Mehrbedarf ohne Ausfall

Gleichfalls wird man trotz dieser Möglichkeit nicht alle ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im gewohnten Umfang täglich zur Verfügung haben, denn

Höchstarbeitszeit und die Ruhezeit von 11 Stunden sind der limitierende Faktor.

In allen anderen Fällen, also bei einer personellen ärztlichen Besetzung unter neun Vollstellen sind trotz vollständiger Nutzung des Stellenäquivalentes die gesetzlichen und tariflichen Vorgaben nicht einzuhalten, sofern man dann die gleiche personelle Besetzung wie bisher mit Bereitschaftsdienst benötigt. Die eingeschränkte Verfügbarkeit bleibt unverändert.

Eine zusätzliche Stellenfinanzierung bis zur Höhe des als erforderlich angesehenen Umfangs; das hat zwar einen eigenen Charme, aber ist bei der vorherrschenden Budgetierung eher unwahrscheinlich. Es sei denn, man kann personelle Einsparpotentiale in anderen Bereichen aufweisen und für die eigene Abteilung umwidmen. Aber auch dies birgt sicherlich einen Konflikt in sich.

Eine zusätzliche Finanzierung durch den jeweiligen Träger ist häufig nicht gegeben; auch hier bestimmen finanzielle Engpässe die Möglichkeiten.

Eine Budgetaufstockung zeigt auch keinen Erfolg; das zeigen die Erfahrungen aus der Vergangenheit.

Also sind interne organisatorische Anpassungen notwendig. Unter Beachtung der abteilungsspezifischen Besonderheiten muß auch über das von den Fachgesellschaften sehr kritisch bis ablehnend bewertete Modell von übergreifenden Diensten – zumindest in verwandten Fächern – nachgedacht werden.

Wesentlich aber erscheint die Notwendigkeit, sehr kritisch die eigenen Abläufe mit ihren Schnittstellen zur Pflege, Diagnostik und Therapie unter Nutzung der möglichen Dienstplanmodelle darauf hin zu überprüfen. Denn eines zeigt sich in vielen Fällen bereits nach einem halben Jahr Praxistest: Dienstplanung ohne organisatorische Anpassungen ist Stückwerk und bestätigt nur diejenigen, die immer schon gewußt haben, daß es so nicht geht.

Auch ohne die sich ständig wiederholenden Warnungen von bekannten und unbekanntem Fachleuten zum Krankenhaussterben – es kommt in den letzten Jahren mit einer Regelmäßigkeit, die irgendwann dann auch abstumpft – über eine Tatsache sollte man sich klar sein:

Wenn man sein Schicksal nicht in die eigene Hand nimmt und sich der Situation stellt, machen das andere. Und das ist nie so schön, wie gewünscht, also lieber agieren als reagieren.

Dipl.-oec. Wolfgang Plücker  
**DKI GmbH**  
Friedrich-Engels-Allee 256  
42285 Wuppertal  
Tel.: 0202-74 75 76 0  
Fax: 0202-49 69 88 1  
DKI-GmbH@t-online.de  
www.dkigmbh.de