

Arbeitszeit, Personalbedarf und Dienstplangestaltung -Neue (?) Entwicklungen und Ausblick-

Es stellt sich grundsätzlich die Frage, ob es für die Verantwortlichen und Betroffenen noch überraschend kam, das EuGH-Urteil vom 9. September 2003. Genauso wenig überraschte das „neue“ Arbeitszeitgesetz, dessen Entwurf bereits zwei Wochen später, am 26.09.03, vorlag. Und eigentlich war es dann auch nicht überraschend, daß die Umsetzung von EuGH und ArbZG am 19.12.03 dann eine Übergangsfrist von zwei Jahren bei bestehenden Tarifverträgen und Dienstvereinbarungen bekam. Aber geändert werden muß die Arbeitsorganisation dennoch...

Eigentlich beschäftigt dieses Thema die Gemüter nun schon seit geraumer Zeit; böse Zungen behaupten sogar, seit dem Anfang der 80er Jahre, als der Marburger Bund die Ruhezeit in den Bereitschaftsdienststufen C und D erstritten hatte.

Schon seit damals, und spätestens dann nach der 50. Tarifvertragsänderung des Bundesangestelltentarifes war eigentlich – von individuellen Ausnahmen abgesehen – „... nach einem mindestens siebeneinhalbstündigen Arbeitstag, an den sich ein mindestens zwölfstündiger Bereitschaftsdienst der Stufen C oder D anschließt, eine Ruhezeit von acht Stunden...“ angeordnet.

Dass dieses nun aber dann aus den unterschiedlichsten Gründen nicht erfolgte, sei an dieser Stelle nicht weiter zu kommentieren.

Erst durch die EU-Richtlinie 93/104 EG vom 23. November 1993 wurden erneut Änderungen auch in Deutschland. Es wurde die seit 1924 bestehende Krankenanstaltenarbeitszeitordnung (KRAZO) den neuen Vorgaben angepasst, ein neues Arbeitszeitgesetz am 6. Juni 1994 in Kraft gesetzt und nach einer Übergangszeit 1996 dann auch für die Krankenhäuser gültig.

Eigentlich aber dann doch nicht, denn die Umsetzung dieses neuen Gesetzes in den Krankenhäusern in Verbindung mit den Bereitschaftsdiensten wurde häufig bei den bestehenden Organisationen als nicht möglich angesehen und auch drohende Bußgelder oder gar Haftstrafen für Chefärzte(!) waren kein überzeugendes Argument.

Als dann am 3. Oktober 2000 der Europäische Gerichtshof in seinem Urteil Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit wertete, gab es auch in Deutschland ein kurzes

„Irrlichtern“; dann wurde es wieder ruhig und von einigen Ausnahmen abgesehen wandte man sich wieder den DRGs und ihren vielen Problemfeldern zu.

Durch das am 9. September 2003 erfolgte zweite Urteil des Europäischen Gerichtshof wurden auch die deutschen Bereitschaftsdienste als nicht konform mit den europäischen Arbeitszeitvorgaben gesehen. Ab sofort sollte also die Zeit, die ein deutscher Arbeitnehmer an einem vom Arbeitgeber vorgegebenen Ort verbringt, um im Bedarfsfalle die Arbeit aufzunehmen, auch als vollständige Arbeitszeit zu werten sein. Ausgenommen wäre lediglich die Zeit der Rufbereitschaftsdienste.

Und ziemlich genau zwei Wochen später wurde dann ein neues (?) Arbeitszeitgesetz präsentiert, daß all diese Änderungsnotwendigkeiten enthielt. Bewundernswert schnell kann die Gesetzgebung manchmal sein.

Die am 19.12.03 dann im Vermittlungsausschuß noch eingebrachten aufschiebenden Fristsetzungen – bei bestehenden Tarifverträgen und Betriebsvereinbarungen also eine Übergangsfrist bis zum 31.12.05 – haben ein wenig Ruhe in die Diskussion gebracht. Aber es wäre wohl sicherlich der falsche Ansatz, wenn man sich jetzt wieder zurücklehnen würde und nur auf das Gute im Menschen hoffen wollte. Eher ist diese Zeit nun intensiv zu nutzen, denn bis zur vollständigen Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes müßte in vielen Krankenhäusern noch viel passieren und eigentlich gelten mit Ausnahme der aufgeschobenen vollständigen Anrechnung des Bereitschaftsdienstes die wöchentliche Höchstarbeitszeit, die Ruhepausen, die Pausenregelung und andere Paragraphen des Gesetzes bereits seit 1994 bzw, 1996 in den Krankenhäusern.

Was bedeutet dies also nun für die Praxis?

- Kann man den Dienstplan und die Präsenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nun einfach 1 : 1 als Schichtdienst umsetzen?
- Sind die bisherigen Dienste unverändert praktikabel?
- Geht eine andere Dienstform eigentlich kostenneutral?
- Bedeutet das vielleicht mehr Personal?
- Wer bezahlt das?

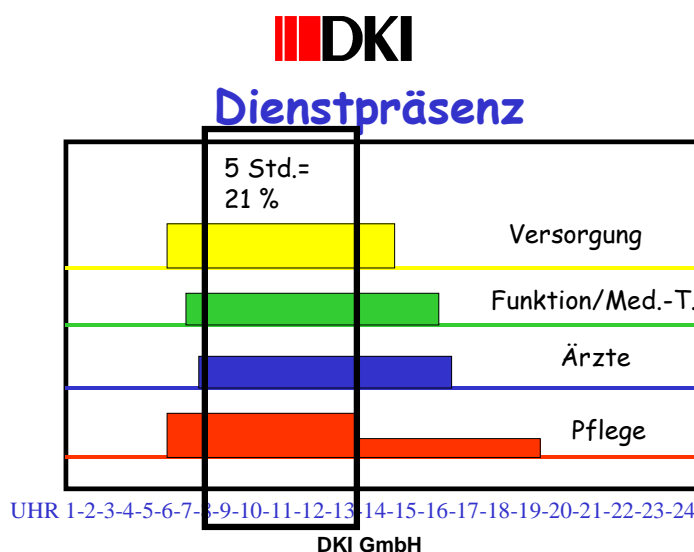
Alle diese Fragen sollte man der Reihe nach beantworten.

Als erstes wäre dabei die derzeitige Ablauforganisation zu betrachten.

Die bisherigen Dienste der einzelnen Dienstgruppen im Krankenhaus haben in der Vergangenheit eigentlich ein rechtes Eigenleben geführt und schon immer hat man sich über Probleme bei den Schnittstellen so den Kopf zerbrochen.

Sieht man sich einmal die Dienstpräsenz für die Patientenversorgung kritisch an, dann muss man zugeben, dass von den 24 Stunden häufig nur etwas mehr als 5 Stunden effektiv von allen Berufsgruppen im Krankenhaus in höchster Präsenz angeboten werden (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1



Dass diese knapp 21 % der verfügbaren Zeit dann manchmal oder häufiger nicht ausreichen, ist gerade in Zeiten kurzer Verweildauern und hoher Patientendurchläufe eigentlich verständlich.

Dabei können zwar als Grundlage die vielen Werte und Anhaltszahlen zur Personalbedarfsermittlung – ja, trotz Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzipes immer wieder erforderlich und auch gewünscht – und die sonstigen Vergleiche aus DRG-Auswertungen ebenso wie die Berücksichtigung von Mindestbesetzungen u.ä. eine Hilfestellung leisten, aber es bleibt dennoch unstrittig, daß ein auch aus Dienstplanänderungen sich ergebender Mehrbedarf schwerlich sowohl aus finanziellen als auch Bewerbergründen abzudecken ist.

Vielmehr geht es bei der Umsetzung des EuGH-Urteiles bei der zukünftigen Dienstplangestaltung um die zentralen Fragen:

Berücksichtigen muß man dabei auch die „gefühlte“ personelle Unterbesetzung, die insbesondere dadurch entsteht, daß die als erforderlich angesehenen Arbeitsplätze alle im Hauptdienst, also von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr, besetzt werden sollen bzw. müssen und schon heute dafür häufig nicht genug Personal vorhanden ist.

Nicht nur überhaupt vorhanden ist sondern auch wahrscheinlich nie sein wird, wenn man eben seine Ablauforganisation auf die Zeit zwischen 8.00 und 16.00 Uhr; zum Teil sogar nur bis 14.30 Uhr reduziert.

- Wie kann eine personell ausreichende Präsenz „rund-um-die-Uhr“ bei der derzeitigen Personalausstattung gewährleistet werden?

und

- Können die Abläufe dazu unverändert bleiben oder nicht eher zwangsläufig von der Hauptarbeitszeit in die Zeit zwischen 16.00 Uhr und 8.00 Uhr verschoben werden?

Wenn man sich nunmehr darüber einig geworden ist, daß die Dienste nicht mehr mit 16 bis 24 Stunden Bereitschaft vorgehalten werden können, bleibt dann die Frage nach dem Sinn der Tätigkeiten zu den jetzigen Uhrzeiten.

Untersuchungen zeigen immer wieder, daß ein nicht unerheblicher Teil der vielfältigen Tätigkeiten häufig auch noch dann verrechnet werden muß, wenn sowieso Arbeitsspitzen bestehen. Und eine Verlagerung entweder an der Arbeitsdichte oder an dem „Verbot“ derartiger Tätigkeiten (z.B. Arztbriefe im Bereitschaftsdienst) scheiterte. Das kann nun bei Einrichtung eines Volldienstes durchaus in die betriebsschwächere Zeit verlagert werden.

Gleichzeitig sind Dienste im Block weder besonders effektiv – wer kennt nicht die konzentrierte Anwesenheit aller morgens zur Besprechung? – noch entsprechen sie unbedingt immer den Bedürfnissen der Patienten.

Ob es nun tatsächlich stimmt, daß die Patienten im Krankenhaus nur deshalb morgens um 6 Uhr geweckt werden, allerdings erst um 8 Uhr Frühstück, dafür dann wieder bereits um 11 Uhr Mittagessen und ab 16.30 Abendessen erhalten, weil ansonsten die Dienstpläne von Küche, OP, Pflege, Labor, Röntgen u.ä. nicht mehr kompatibel sind, ist sicher übertrieben.

Hier bietet sich ab sofort ein großes Betätigungsfeld für neue Dienstformen wie versetzte Dienste mit Überlappung zu den Arbeitsspitzen, variable Mitteldienste mit der Möglichkeit des Abbaus von Überstunden oder individuellen Verlagerungen sowie auch die nunmehr sicherlich notwendige Form der interdisziplinären Nachtdienste mit fachärztlichen Hintergrund durch Rufbereitschaftsdienste (vgl. Abbildungen 2 bis 5).

Abbildungen 2 bis 5

DKI		
Dienstplan bis 2003/05		
Klassische Form -Arzt/Funktion -		
Mo - Frei	8.00 bis 16.30 Uhr Regeldienst 16.30 bis 8.00 Uhr Bereitschaftsdienst	
Sa, So, WFT	16.30 bis 8.00 Uhr Rufbereitschaftsdienst 8.00 bis 8.00 Uhr Bereitschaftsdienst 8.00 bis 8.00 Uhr Rufbereitschaftsdienst	

Graduelle Abweichungen möglich



Dienstplan ab 2005 (?)

Versetzte-Schicht-Dienste II -Arzt/Funktion -

Mo - Frei	8.00 bis 16.30 Uhr	Regeldienst 1
	12.00 bis 20.30 Uhr	Regeldienst 2
	17.00 bis 24.00 Uhr	Regeldienst 3
	23.30 bis 8.00 Uhr	Nachtdienst
	16.30 bis 8.00 Uhr	Rufbereitschaftsdienst
Sa, So, WFT	8.00 bis 16.30 Uhr	Regeldienst 1
	12.00 bis 20.30 Uhr	Regeldienst 2
	17.00 bis 24.00 Uhr	Regeldienst 3
	23.30 bis 8.00 Uhr	Nachtdienst
	8.00 bis 8.00 Uhr	Rufbereitschaftsdienst



Abweichungen möglich

DKI GmbH



Dienstplan ab 2005 (?)

Reiner Schichtdienst I -Arzt/Funktion und Pflege -

Mo - Frei	8.00 bis 16.30 Uhr	Regeldienst 1
	16.00 bis 0.30 Uhr	Regeldienst 2
	0.00 bis 8.30 Uhr	Regeldienst 3
	16.30 bis 8.00 Uhr	Rufbereitschaftsdienst
Sa, So, WFT	8.00 bis 16.30 Uhr	Regeldienst 1
	16.00 bis 0.30 Uhr	Regeldienst 2
	0.00 bis 8.30 Uhr	Regeldienst 3
	8.00 bis 8.00 Uhr	Rufbereitschaftsdienst



Abweichungen möglich

DKI GmbH

DKI Dienstplan ab 2005 (?) Teilvariabler Dienst -Arzt/Funktion und Pflege-

Mo - Frei	7.00 bis 15.30 Uhr	Frühdienst
	8.00 bis 16.30 Uhr	Hauptdienst
	14.30 bis 16.30 Uhr	Gleitdienst
	14.00 bis 22.30 Uhr	Spätdienst
	21.45 bis 7.30 Uhr	Nachtdienst
	16.30 bis 8.00 Uhr	Rufbereitschaftsdienst

Sa, So, WFT	7.00 bis 15.30 Uhr	Frühdienst
	8.00 bis 16.30 Uhr	Hauptdienst
	14.30 bis 16.30 Uhr	Gleitdienst
	14.00 bis 22.30 Uhr	Spätdienst
	21.45 bis 7.30 Uhr	Nachtdienst
	8.00 bis 8.00 Uhr	Rufbereitschaftsdienst



Abweichungen möglich
DKI GmbH

Grundsätzlich muß auch geprüft werden, ob denn alle Tätigkeiten zum jetzigen Zeitpunkt auch von den betroffenen Berufsgruppen zukünftig erledigt werden können. Wenn Untersuchungen im Arztdienst ergeben, daß 20% bis 30% aller ärztlichen Tätigkeiten zur Administration zu rechnen sind – und spätestens mit den DRGs auch dieser Anteil nicht kleiner werden wird („Zukünftig schreibt der Arzt die Rechnung“) - , dann sollte spätestens dies der Grund sein, hier eine Entlastung von mindestens der Hälfte dieser Tätigkeiten ohne Qualitätsverlust durch Verlagerung zu erreichen. Und wenn es dann auch noch gelingt, die systemimmanent vorhandenen Warte- und Leerlaufzeiten durch die „eingefahrenen Gleise“ zu minimieren fehlt eigentlich dann nur noch die Erkenntnis, daß diese Veränderungen nicht nur auf dem Papier sondern mit allen im Krankenhaus gemeinsam gelöst werden müssen. Denn angepaßte Dienstzeiten in einem Bereich helfen erst dann, wenn die vorhandenen Schnittstellen zu anderen Bereichen sich nicht nur als Problem definieren lassen.

Jetzt fehlt nur noch eine mögliche Lösung für den finanziellen Teil dieser Dienstplanveränderungen.

Nur ganz Wenige – wer will schon dazu gehören? – erwarten von der Gesundheitspolitik für diese notwendigen Veränderungen zusätzliche finanzielle Mittel. Unter dem allgemein bekannten Budgetdeckel ist mehr Geld Illusion.

Der Topf mit den 700 Mio. Euro bis 2009 für Arbeitsorganisationsumsetzungen besagt ja immerhin fast 50.000 Euro pro Jahr und Akutkrankenhaus; damit läßt sich prima haushalten.

Da sollte man sich lieber auf die Mittel konzentrieren, die durch den Wegfall der Bereitschaftsdienstvergütungen an die diensthabenden Ärzte genutzt werden können.

Wenn auch zu Lasten der Einkommenssituation eben dieser Ärzte; kein unbedingter Motivationsschub.

Bekanntlich wird der im Bereitschaftsdienst der Stufen A bis D geleistete Stundenanteil mit entsprechenden Prozentsätzen als Arbeitszeit gewertet und nach Abzug der Ruhezeit in den Stufen C und D (!) in der Regel ausbezahlt.

Das es dabei zumindest zwei verschiedene Varianten der Bewertung gibt, soll hier nicht weiter thematisiert werden.

Hieraus läßt sich also ein Stellenäquivalent ermitteln, daß zum Beispiel in der Stufe D zwischen 2,8 und 3,18 Vollkräfte beträgt (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6

DKI	
Bereitschaftsdienst	
<u>Berechnungsbeispiel Stufe D</u>	
6.760 Stunden x 0,55 =	3.718 Stunden
+ 6.760 Stunden x 0,25 =	1.690 Stunden
=	5.408 Stunden
Ohne Fehlzeit	
5.408 Stunden : 1.925 BJAS =	2,80 VK
Mit Fehlzeit	
5.408 Stunden : 1.700 NJAS=	3,18 VK
Stellenäquivalent	
DKI GmbH	



Diese Stellen sind „kostenneutral“ zusätzlich einzurichten, sieht man von den Mehrkosten durch Zuschläge bei Diensten zu ungünstigen Zeiten, Wochenend- und Feiertagsdienst sowie zusätzliche Arbeitgeberabgaben einmal ab.

Ob es überhaupt bei Ausschöpfung der möglichen Organisationsveränderungen zu einem Mehrbedarf nach Berücksichtigung der Stellenäquivalente kommen muß, wird dann zu prüfen sein. Wenn jeder für sich seine Dienste nur alleine organisiert, wird man ziemlich sicher nicht mit dem Personal auskommen.

Also sind alle Verantwortlichen gefordert, nicht weitere Insellösungen zu produzieren sondern gemeinsam – auch mit den angrenzenden Berufsgruppen – einvernehmliche Lösungen zu erarbeiten; letztlich zum Wohle des Patienten (vielleicht kann er dann wenigstens etwas länger schlafen) und auch zum Wohle der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Es bleibt als Fazit:

- Bereitschaftsdienste sind als Dienstform ohne vollständige Anrechnung auf die Arbeitszeit spätestens ab 1.1.2005 nicht mehr möglich
- Neue Dienstformen bieten die Chance zur Verbesserung der Organisation
- Sie helfen möglicherweise, Kosten für Warte- und Leerlaufzeiten zu minimieren
- Sie unterstützen die anstehenden notwendigen Veränderungen bei Einführung der DRGs
- Sie ermöglichen es den Krankenhäusern, durch attraktivere Dienste mehr Bewerber für das Krankenhaus wieder zu interessieren
- Sie sind ein aktiver Beitrag zum Qualitätsmanagement für Patienten und Mitarbeiter