

Arbeitszeit, Dienstplan, neuer Tarifvertrag und DRG – eine Melange der besonderen Art ab 2006

Wolfgang Plücker und Franz Wolkinger

Das Jahr 2006 naht – und mit ihm möglicherweise eine der umfangreichsten und einschlägigsten Veränderungen im Krankenhaus. Die von wohl fast allen Verantwortlichen seit einigen Jahren erwartete Anpassung der Arbeitszeit an die EU-Regelungen, flankiert von entsprechenden Urteilen des EU-Gerichtshofes und Forderungen des Marburger Bundes, wurde bereits im Jahr 2003 in einer Rekordzeit – zumindest was die sonst übliche Zeit der Gesetzgebung betrifft – durch das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) für Deutschland verbindlich erklärt. Geschickt in ein Bundesratpaket geschnürt, konnte noch eine Übergangsfrist von zwei Jahren vorgeschaltet werden, um u.a. tarifliche Anpassungen vornehmen zu können. Dies wurde zum Teil genutzt und im Tarifvertrag öffentlicher Dienst (TvöD) zum 1. Oktober 2005 eingebunden. ...Durch die Anlage 3 zum TvöD „Besonderer Teil Krankenhäuser – (BT-K)“ sind weitere „abweichende Regelungen“ bei Anwendung des Tarifvertrages aufgeführt worden, die zwar in besonderen Fällen längere Arbeitszeiten in Kombination mit Bereitschaftsdiensten ermöglichen, jedoch unverändert die Arbeitszeitkonten des jeweiligen Arbeitnehmers betreffen.

Es soll an dieser Stelle nicht über die kurz vor Unterzeichnung am 13.09.05 erfolgte Ablehnung des TvöD durch den Marburger Bund und die damit verbundene vielfältige und sehr unterschiedliche Auslegung der Arbeitszeitregelungen für die einzelnen Berufsgruppen geschrieben werden.

Obwohl auch dabei viele Gestaltungsmöglichkeiten bestehen (vgl.: Müller, Norbert H.: „Quo vadis Deutschland“, in: Arzt und Krankenhaus 10/2005). Auch die zukünftige tarifvertragliche Ausgestaltung – Stand dieser Ausführungen ist der 21.10.05 – kann bei

dem vorliegenden Zeitplan von knapp 8 Wochen bis 31.12.05 nicht abgewartet werden. ... Nach derzeitiger Rechtslage muss am 1. Januar 2006 die Arbeitszeitorganisation im Krankenhaus ganz bestimmte Kriterien erfüllen. Was im übrigen nicht heißt, dass dies vorher nicht zu erfüllen war; weit gefehlt, nur gab es bzw. gibt es noch bis Ende des Jahres das „Instrument“ des Bereitschaftsdienstes und damit die Möglichkeit, mit vielen Stunden Präsenz am Arbeitsplatz die als notwendig angesehene Versorgungintensität der Patienten zu gewährleisten, Höchstarbeitszeitgrenzen zu kaschieren und Mehrleistungen durch finanzielle Zuwendungen auszugleichen. Wenn auch die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dann häufig müde und abgepannt waren bzw. sind, bis vor kurzem gab es darüber erstaunlich wenig Klagen.

Mit der nunmehr in absehbarer Zeit, nämlich am 1. Januar 2006, umzusetzenden neuen Arbeitszeitregelung – mit oder ohne TvöD – ändert sich das vertraute Bild und immer mehr Verantwortlichen dämmert es so langsam, dass diese neuen Voraussetzungen „liebgewordene“ Gewohnheiten in Frage stellen.

Neben der Tatsache, dass die Höchstarbeitszeit nun auch die Stunden des Bereitschaftsdienstes beinhaltet, und zwar komplett statt wie bisher nur anteilig, werden demnächst die geleisteten Stunden nicht mehr zusätzlich vergütet. Dieser durchaus gravierende Einkommensverlust wird

noch dadurch verstärkt, dass bei Bereitschaftsdienstzeiten die geleisteten Stunden zwar vollständig auf die Arbeitszeit angerechnet werden, jedoch nur je Bereitschaftsdienststufe (A, B, C oder D) mit dem jeweiligen Prozentsatz bezahlt werden müssen; ein geradezu hoch motivierender Vorgang für den jeweiligen Mitarbeiter (!).

Es stellt sich darüber hinaus das Problem, die anforderungsgerechte Regelarbeitszeit zu definieren, Arbeitszeiten mit eher schwacher Intensität zu ermitteln, Kooperationsdienste mit anderen auf ihre Machbarkeit hin zu überprüfen, den möglichen personellen Mehrbedarf über das Stellenäquivalent des Bereitschaftsdienstes abzufangen und als ganz entscheidenden Punkt die Prozesse im täglichen Ablauf an die nunmehr rechtlich nur noch möglichen Arbeitszeiten intelligent anzupassen. Dabei sind Einzellösungen einzelner Fachabteilungen und Leistungsbereiche wenig hilfreich; hier ist die schon häufig beschworene Harmonisierung der Dienstpläne unerlässlich.

Unter den gegebenen Voraussetzungen der Arbeitszeitgesetzgebung muss man daher jeden einzelnen Bereich, sei es eine Fachabteilung oder ein Leistungsbe- reich, daraufhin analysieren, welche Dienstzeiten und Dienstformen in welchem Zeitfenster adäquat sind.

Dabei müssen mehrere Faktoren berücksichtigt werden:

Dienststart	Kürzel	von	bis	Pause	Netto-AZ
Frühdienst	F	7:45	15:57	0:30	7,70
Zwischendienst	Z	11:00	19:12	0:30	7,70
Spätdienst	S	15:32	23:44	0:30	7,70
Gleitzeitdienst* (Beispiel)	G	7:45	11:45	0:00	4,00
Nachtdienst	N	23:15	8:15	0:30	8,50

Beispiel für Dienstzeiten mit Gleitzeit

DKI GmbH, Wuppertal

1 Bestimmung der erlösorientierten Personalmenge

Wonach soll der Dienstplan gestaltet werden? Nach dem vorhandenen Personal, nach dem benötigten Personal oder nach dem bezahlbaren Personal?

Diese Diskrepanz findet man immer wieder vor, wenn man mit den betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über die Notwendigkeit von Dienstplänen diskutiert.

Das benötigte oder auch wünschenswerte Personal, also das Personal, das man für den täglichen Ablauf vorhalten will, ist durch die Prozessabläufe geprägt und häufig eben dennoch nicht vorhanden mit der Konsequenz von Überstunden oder hoher Be-

lastungen im derzeitigen Bereitschaftsdienst.

Das vorhandene Personal ist häufig ebenfalls nicht ausreichend mit den o.e. Konsequenzen.

Das erlöggedeckte Personal, also das Personal, das über die stationären (DRG) und nicht-stationären Erlöse bezahlt werden kann, ist dagegen in der Regel manchmal noch geringer und je nach Größe einer Klinik bzw. eines Bereiches weniger als die Mindestbesetzung.

Dennoch ist die erlösorientierte Personalbedarfsbestimmung – durchaus im Abgleich mit der Leistungsorientierung – der wesentliche Bestimmungsfaktor für eine realistische Dienstplanung.

2 Bewertung des Bereitschaftsdienstes mit Stellenäquivalent am Beispiel der Stufe D (max. 6 Dienste pro Monat und Mitarbeiter)

Da z.B. gemäß den Sonderregelungen für Ärzte und Zahnärzte (BAT SR 2c) die Frequenz und Ableistung von Bereitschaftsdiensten mit der Arbeitszeit verknüpft ist, werden bei der Gewährung von Ruhezeit Stellenäquivalente angerechnet.

250 Werktage (Mo-Frei) x 16 BD-Stunden(16 – 8 Uhr) = 4.000 Stunden
 115 Tage (Sa, So, WFT) x 24 BD-Stunden = 2.760 Stunden
 Gesamtstunden p.a. = 6.760 Stunden
 6.760 Stunden x 0,8¹ = 5.408 Stunden

5.408 Stunden : 1.925 Bruttojahresarbeitsstunden = **2,81 Planstellen**

Diese Berechnungen gelten selbstverständlich analog für alle anderen Dienstarten, die bisher Bereitschaftsdienste geleistet haben.

Geht man ab 2006 davon aus, dass für die Zeit, in der bisher Bereitschaftsdienst geleistet wurde, ein Anwesenheitsdienst eingerichtet wird, würde sich bei ansonsten unverändertem Ablauf ein Mehrbedarf gemäß nachfolgendem Beispiel ergeben:

250 Werktage (Mo-Frei) x 16 BD-Stunden(16 – 8 Uhr) = 4.000 Stunden
 115 Tage (Sa, So, WFT) x 24 BD-Stunden = 2.760 Stunden
 Gesamtstunden p.a. = 6.760 Stunden
 6.760 Stunden : 1.925 Bruttojahresarbeitsstunden = **3,51 Planstellen**

Bei einer 1 : 1 Umsetzung in Schichtdienst wären somit 0,7 Planstellen zusätzlich vorzuhalten.

Als Problem hierbei würde es sich aber darstellen, sowohl die zusätzlichen Personalkosten über das immer noch gedeckelte Budget als auch die eher restriktiven finanziellen Ressourcen mit der zukünftig erlösorientierten Personalanzahl in Einklang zu bringen. Dass der Arbeitsmarkt im ärztlichen Bereich darüber hinaus wenig bis gar keine Interessenten anbietet, sei nur als zusätzliches Hindernis genannt.

¹ Bewertung als Arbeitszeit mit 55 % zzgl. 25 % Zuschlag für 1.-8. Dienst = 80 %

MA	Abrechnung		
	IST	Soll	+/-
A	154	154	0,00
B	154	154	0,00
C	154	154	0,00
D	154	154	0,00
E	157	154	3,00
F	150	154	-4,50
G	149	154	-5,00
H	154	154	-0,20
I	153	154	-1,00
K	154	154	-0,20
L	158	154	3,50
M	157	154	2,70
Summe AZ	1.846	1.848	-1,70

DKI GmbH, Wuppertal

MA	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		
A	F	F	F	F	F			F	F	F	F	F			F	F	F	F	F			F	F	F	F	F				
B	S	S	S	S	S			F	F	F	F	F			F	F	F	F	F			S	S	S	S	S				
C	F	F	F	F	F			S	S	S	S	S			F	F	F	F	F			F	F	F	F	F				
D	F	F	F	F	F			F	F	F	F	F			S	S	S	S	S			F	F	F	F	F				
E	Z	Z	Z	Z	G			S	S	S	S	S			G	F	G	F	F	F	F	F	G			N	N	N		
F	F	F	F	F	Z			F	Z	Z	Z	Z			S	S	S	S	S			N	N	N	N					
G	G	G	F	F	F	S	S	Z	F	F	F	F			F	F			N	N	N				F	F	F			
H	S	S	S	S	S			F	G	G	F	F			N	N	N	N						F	F	G	F	F	S	S
I	G	G	F	G	F	F	F	F	F	F		N	N	N			F	F	F			F	F	F	Z	Z				
K	F	F	G	F	F			N	N	N	N				F	F	F	G	G	S	S	Z	F	F	F	F				
L	N	N	N	N				F	F	F	G	G	F	F	F	Z	Z	Z	Z			S	S	S	S	S				
M	F	F			N	N	N					F	F	S	S	Z	G	F	F	F			F	Z	Z	G	F	F	F	
Summe AZ	86	86	82	82	82	24	24	86	82	82	82	82	24	24	82	82	82	82	82	24	24	86	82	82	82	86	24	24		

DKI GmbH, Wuppertal

3 Höchstarbeitszeit und Dienstplanung

Die Höchstarbeitszeit pro Woche beträgt 48 Stunden. Allerdings sind die Stunden, die im Jahresmittel über 38,5 bzw. 40 Stunden liegen bzw. je nach Gegebenheit vereinbart wurden, „...entweder in Freizeit oder aber finanziell mit dem Überstundensatz...“ auszugleichen.

Es muss also beachtet werden, dass die Erweiterung der Soll-Arbeitszeit nur ein „Kredit für die Zukunft“ ist, da im Laufe eines Jahres die Mehrstunden entweder durch Freizeit oder Geld „zurückerstattet“ werden müssen; dies also eine Überschreitung des Personalkosten-Budgets bedeuten würde.

Bei konsequenter Einhaltung des Budgets würden die hier aufgezeigten Möglichkeiten dieser „Zeit-Kredite“ die personellen Ressourcen mit Fortschreiten des Jahres dann in der Folge personelle Engpässe hervorrufen.

Zu diesem Zweck wird eine Gleitzeit eingerichtet, mit der es möglich ist, bereits im laufenden Dienstplan Mehrstunden abzubauen. Diese Gleitzeit wird in dem Beispieldienstplan für die Abteilungen in der Zeit von 7.45 bis 11.45 Uhr mit vier Stunden Arbeitszeit angenommen. Sie kann jedoch den individuellen Gegebenheiten und/oder evtl. Leistungsspitzen unter Berücksichtigung der tariflichen und gesetzlichen Rahmenvorgaben angepasst werden. So gesehen erfüllt die Gleitzeit die Funktion eines Arbeitszeitkontos sowie einer Optimierung der vorgehaltenen Leistungsressourcen.

4 Ärztlicher Dienstplan

Geht man von einer Beispielabteilung mit 12,00 Vollkräften mit folgenden Qualifikationen aus:

- 1 Chefarzt, 3 Oberärzte,
- 8 Assistenzärzte

kann unter den Bedingungen von Arbeitszeitgesetz und TvöD folgender ärztlicher Dienstplan erstellt werden (vgl. Beispiel).

Hier übernimmt beispielsweise der diensthabende Facharzt im Anschluss an den Spätdienst den Rufbereitschaftsdienst.

Dadurch ist die Belastungswahrscheinlichkeit geringer und die Notwendigkeit, eine Anwesenheitsbereitschaft der Stufen A oder B für die Fachärzte einzurichten, ist möglicherweise nicht erforderlich.

Nach vier Arbeitswochen sind die Mehr- oder Minderleistungen durchaus im Rahmen und über die eingerichtete Gleitzeit im nächsten Zyklus auszugleichen.

Die Ressourcenverteilung pro Tag setzt allerdings einige Überlegungen voraus und ist nicht einfach 1 : 1 zu übernehmen.

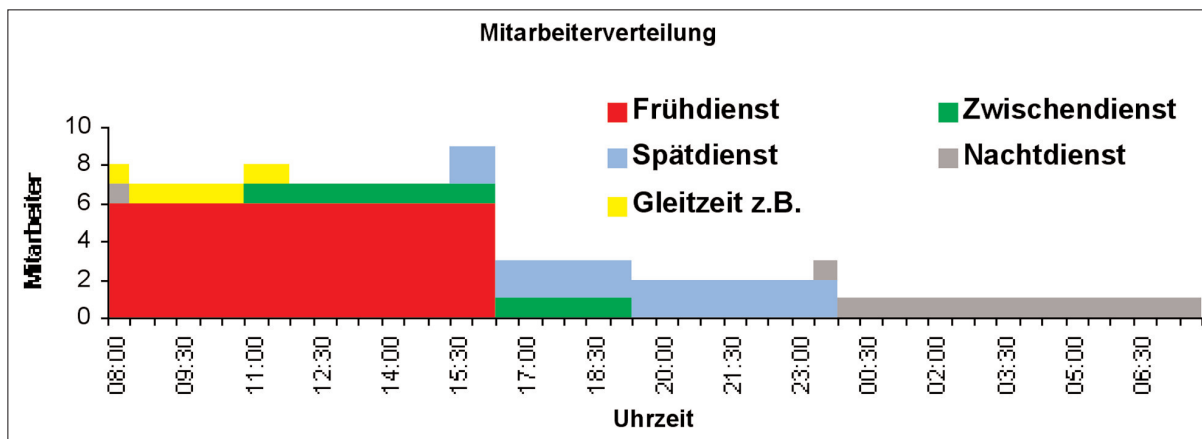
5 Prozessorganisation

Eine Anpassung der Arbeitszeitgesetzgebung durch Dienstpläne – seien sie auch noch so differenziert – löst aber ein Grundproblem nicht. Dienstplanbesetzungen rund um die Uhr fordern geradezu eine kritische Betrachtung der eigenen Abläufe. Dabei sollte selbstkritisch analysiert werden, welche unbedingt erforderlichen Änderungen im Ablauf für den Patienten und Mitarbeiter sowie die mitbetroffenen

Leistungsbereiche erfolgen müssen.

Dabei sind u.a. folgende Fragen zu stellen:

- Wo und wann fallen durch wen Arbeitsspitzen an und welche Möglichkeiten bieten sich für ihren Abbau?
- Wo entstehen Leer- und Wartezeiten in der betriebsstellenübergreifenden Koordination und wie lassen sich diese verringern oder vermeiden?
- Ist der zeitliche Ablauf unter Berücksichtigung der Schnittstellen zwischen dem Arztdienst der zu untersuchenden Abteilungen und anderen Diensten bzw. Betriebsstellen effizient und zweckmäßig, oder sind Neuordnungen zu empfehlen?
- Welche ökonomischen Sachzwänge beeinflussen die Arbeitserledigung und wie können die vorhandenen Ressourcen besser genutzt werden?
- Welche Ablauforganisation kann als Rahmenorientierung herangezogen werden?
- Wie kann eine Anpassung der täglichen und wöchentlichen Normal- und Höchstarbeitszeiten gemäß den Regelungen des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) und dem TvöD (?) erfolgen?
- Welche personelle Konsequenzen ergeben sich für die Dienstregelungen?
- Wie weit können administrative Tätigkeiten im definierten Rahmen delegiert werden?
- Welcher Personaleinsatz ist für die Arbeitsabläufe innerhalb von modifizierten Dienstzeiten bzw. im Rahmen einer mög-



lichen Schichtorganisation dann erforderlich?

- Welche Möglichkeiten bieten einzelne Dienstzeitenmodelle, um künftigen Anforderungen an ein leistungsstarkes und sparsam wirtschaftendes Krankenhaus gerecht zu werden?

Als Fazit sollte festgehalten werden, dass die notwendigen Anpassungen zwar sicherlich im einzelnen nicht von allen Betroffe-

nen immer mit Freude aufgenommen werden, dass jedoch die nunmehr nicht mehr aufzuhaltende Umsetzung der Arbeitszeitgesetzgebung in Kombination mit den Rahmenbedingungen der DRG auch die Chance bieten, längst überfällig gewordenen Ballast durch häufig jahrelang geübte Praxis abzuwerfen – zum Wohle aller, der Patienten und Mitarbeiter.

Merke: Mancher nennt Erfahrung, was er 20 Jahre lang falsch gemacht hat.

Dipl.-oec. Wolfgang Plücker
Franz Wolking
Krankenhausbetriebswirt (VKD)
DKI GmbH
Friedrich-Engels-Allee 256
42285 Wuppertal
Tel.: 0202-74 75 76 0
Fax: 0202 – 49 69 88 1
E-Mail: DKI-GmbH@t-online.de
www.dkigmbh.de