



Entwicklung einer Gefährdungsbeurteilung im Hinblick auf die Arbeitszeit

H. Grzech-Sukalo, K. Hänecke

H. Grzech-Sukalo
K. Hänecke

Entwicklung einer Gefährdungsbeurteilung im Hinblick auf die Arbeitszeit

Dortmund/Berlin/Dresden 2008

Diese Veröffentlichung ist der Abschlussbericht zum Projekt „Entwicklung einer Gefährdungsbeurteilung im Hinblick auf die Arbeitszeit“ – Projekt F 2236 – im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Autoren: Hiltraud Grzech-Sukalo
Dr. Kerstin Hänecke

AWiS-consult
Erlenweg 6, 27798 Hude/Oldenburg
Telefon: 04484 920947
Telefax: 04484 920948
E-Mail: info@awis-consult.de
Internet: www.awis-consult.de

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Friedrich-Henkel-Weg 1-25, 44149 Dortmund
Telefon: 0231 9071-0
Telefax: 0231 9071-2454
E-Mail: poststelle@buaa.bund.de
Internet: www.buaa.de

Berlin:
Nöldnerstr. 40-42, 10317 Berlin
Telefon: 030 51548-0
Telefax: 030 51548-4170

Dresden:
Proschhübelstr. 8, 01099 Dresden
Telefon: 0351 5639-50
Telefax: 0351 5639-5210

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Kurzreferat	5	
Abstract	6	
Résumé	7	
1	Einleitung	9
2	Grundlagen zu Arbeitszeit	11
2.1	Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes	11
2.1.1	§ 2 Begriffsbestimmung Arbeitszeit und Nachtarbeit	12
2.1.2	§ 3 Werktägliche Arbeitszeit	12
2.1.3	§ 4 Ruhepausen	14
2.1.4	§ 5 Ruhezeit	14
2.1.5	§ 6 Nacht- und Schichtarbeit	15
2.1.6	§ 10 Sonn- und Feiertagsbeschäftigung	17
2.1.7	§ 11 Ausgleich für Sonn- und Feiertagsbeschäftigung	17
2.1.8	§ 16 Arbeitszeitznachweise	17
2.2	Tarifliche Vereinbarungen im Hinblick auf Bereitschaftsdienste	18
3	Checkliste zu Arbeitszeit	20
3.1	Einführung zur Handhabung der Checkliste	20
3.2	Checkliste	21
4	Allgemeine Maßnahmen	30
4.1	Ausgleich gewährleisten	30
4.2	Dienstplangestaltung	31
4.3	Arbeitswissenschaftliche Empfehlungen beachten	31
4.4	Betriebsinterne Analysen	31
4.5	Personalbedarfsanalyse	32
4.6	Tätigkeitsanalyse	33
4.7	Belastungsanalyse	33
4.8	Betriebs-/Dienstvereinbarung anpassen	33
4.9	Verhaltensorientierte Maßnahmen	33
4.10	Einholen von Genehmigungen	34
5	Checkliste mit Maßnahmen	35
6	Tätigkeitsanalyse	46
6.1	Literaturrecherche zu Kategorien ärztlicher Tätigkeiten	46
6.2	Ergebnisse von Tätigkeitsaufzeichnungen in Krankenhäusern	51
6.3	Expertenurteil zur Bildung von Tätigkeitskategorien	52
6.4	Befragung zu physischen und psychischen Belastungen	54
6.5	Entwickelte Tätigkeitskategorien	56

7	Ausblick	57
8	Literaturverzeichnis	58
9	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	62
Anhang		63

Entwicklung einer Gefährdungsbeurteilung im Hinblick auf die Arbeitszeit

Kurzreferat

Durch die neuen Tarifverträge zu Arbeitszeiten der Ärzte sind auch zukünftig 24-Stunden-Dienste unter der Voraussetzung einer Prüfung alternativer Modelle, einer Gefährdungsbeurteilung nach § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) sowie sich daraus ergebender Maßnahmen möglich.

Das hier entwickelte praxisorientierte Instrument zur Gefährdungsbeurteilung zum Thema Arbeitszeit ermöglicht den Krankenhäusern eine Einschätzung des Gefährdungspotenzials ihrer Arbeitszeiten und ob dabei eine Ausweitung von Dienstzeiten auch auf 24 Stunden ohne eine gesundheitliche Gefährdung der Ärzte möglich ist sowie welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um eine Gesundheitsgefährdung zu minimieren.

Das Instrument in Form einer Checkliste beinhaltet umfassende Aspekte zum Thema Arbeitszeit auf der Grundlage einer detaillierten Dokumentation der Kenndaten der tatsächlichen bzw. geplanten Arbeitszeiten. Hierzu gehören die Ausdehnung der täglichen Arbeitszeit, die Einhaltung der täglichen als auch wöchentlichen Ruhezeiten, Pausen, aber auch die Berücksichtigung von Bereitschaftsdiensten. Die Beachtung der arbeitswissenschaftlichen Empfehlungen zu Nacht- und Schichtarbeit wird ebenso angesprochen wie Aspekte flexibler Arbeitszeiten, wie Ausgleichszeiträume, Flexibilität und Überschaubarkeit. Das Instrument dokumentiert die Verstöße gegen die gesetzlichen, tariflichen und arbeitswissenschaftlichen Vorgaben und bietet die Möglichkeit, entsprechende Maßnahmen abzuleiten.

Da Arbeitszeitgestaltung nie losgelöst von Arbeitsabläufen oder Organisationsstrukturen betrachtet werden kann, wird neben der Notwendigkeit von Maßnahmen wie Dienstplangestaltung und Belastungsanalysen verstärkt auf Tätigkeitsanalysen in Form von Aufzeichnungen verwiesen. Ein entsprechendes Verfahren, das Anteile, Lage und Dauer bestimmter Tätigkeiten erfasst, wurde parallel entwickelt.

Schlagwörter:

Arbeitszeit, Dienstplangestaltung, Belastungsanalyse, Bereitschaftsdienste, Tätigkeitsanalyse, Nacht- und Schichtarbeit, Ruhezeiten, Pausen, arbeitswissenschaftliche Empfehlungen

Developing an instrument for risk estimation referring to working time

Abstract

The new German tariff agreements on working time of hospital doctors still allow duties on call of 24 hours presupposing an examination of alternative working times models, a risk estimation according to § 5 German Law on Work Security and Health and preventive measures, if necessary.

The instrument developed in this project enables hospitals to evaluate the risk potential of their working times and working time schedules in order to decide on 24 hour duties without or only with as little health risk as possible for doctors.

On the basis of a detailed documentation the instrument consists of comprehensive aspects on planned and real working time criteria, including daily working time, weekly rest time, breaks, times on duty on call, ergonomic criteria on night- and shiftwork as well as flexibility, possibility of time compensation and predictability of the working time arrangement. The instrument allows the documentation of offences against the German working time law, tariff agreements and ergonomic criteria together with adequate preventive measures.

As working time design can never be regarded without a focus on organisational and structural aspects, adequate measures do not only concentrate on working time design or on the analysis of stress and strain but also on a method of task analysis using detailed recordings, on when and how long certain tasks have been carried out during working time, also developed in this project.

Key words:

Working time, working time design, stress analysis, duty on call, task analysis, night- and shiftwork, rest times, breaks, ergonomic criteria

Développement d'une évaluation des risques concernant le temps de travail

Résumé

Les nouvelles conventions collectives réglementant le temps de travail des médecins autorisent désormais les services de 24 heures à condition que d'autres modèles soient étudiés et qu'une évaluation des risques selon le paragraphe 5 de la loi allemande sur la sécurité et la santé au travail (*Arbeitsschutzgesetz/ArbSchG*) incluant la prise de mesures adéquates soit effectuée.

Grâce à cet instrument basé sur l'expérience et permettant d'évaluer les risques relatifs au temps de travail, les hôpitaux ont la possibilité d'évaluer le potentiel de risque de leur grille de travail, d'établir si l'extension des services à 24 heures est possible sans nuire à la santé des médecins et d'évaluer les mesures devant être prises afin de réduire de tels risques.

Conçu sous forme de liste de contrôle, cet instrument englobe de multiples aspects relatifs au temps de travail et se base sur une documentation détaillée des données caractéristiques associées aux horaires de travail effectifs et/ou envisagés, avec notamment l'extension du temps de travail quotidien, le respect des temps de repos quotidiens et hebdomadaires, les pauses et même la prise en compte des services de garde incluant la proportion de service normal. Le respect des recommandations formulées par les spécialistes de la science du travail pour le travail de nuit et posté est pris en compte autant que les aspects des horaires de travail à la carte que sont les périodes de récupération, la flexibilité et la clarté du système. Documentant le non-respect des prescriptions légales, conventionnelles et formulées par la science du travail, cet instrument permet d'en déduire les mesures adéquates à prendre.

L'aménagement du temps de travail ne pouvant jamais être dissocié des processus de travail ou des structures organisationnelles, il est fait référence, non seulement aux mesures indispensables que sont l'aménagement du tableau de service et l'analyse des sollicitations, mais aussi, de façon plus poussée, à l'analyse, sous la forme d'enregistrements, des profils d'activité. Une méthode adéquate déterminant la proportion, la situation et la durée de certaines activités a été élaborée en parallèle.

Mots clés:

Temps de travail, aménagement du tableau de service, analyse des sollicitations, services de garde, analyse du profil d'activité, travail de nuit et travail posté, temps de repos, pauses, recommandations relevant de la science du travail

1 Einleitung

In den neuen Tarifverträgen, die in der letzten Zeit geschlossen wurden und sich auf die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) beziehen, wird die Gestaltung von Arbeitszeiten der Ärzte in Krankenhäusern vor allem in Hinblick auf die Länge der Bereitschaftsdienste differenziert betrachtet. Zum einen können abhängig von der Auslastungsstufe unterschiedlich lange Bereitschaftsdienste eingerichtet werden, zum anderen sind auch 24-Stunden-Dienste möglich; diese jedoch unter der Voraussetzung einer Prüfung alternativer Modelle, einer Belastungsanalyse nach § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) sowie sich daraus ergebender Maßnahmen. Das hier entwickelte praxisorientierte Instrument zur Gefährdungsbeurteilung zum Thema Arbeitszeit soll den Krankenhäusern ermöglichen eine Einschätzung vorzunehmen, inwieweit eine Ausweitung von Dienstzeiten auch auf 24 Stunden mit einer möglichst geringen gesundheitlichen Gefährdung der Ärzte möglich ist und welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, diese Gesundheitsgefährdung zu minimieren.

Die Ermittlungen von Gefährdungen beziehen sich im Sinne eines systematischen Präventionskonzepts zur Erfassung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowohl auf die Arbeitsstätte, den Arbeitsplatz, die Arbeitsstoffe, die Arbeitsmittel, die Arbeitsabläufe als auch auf personenbezogene Gefährdungen (vgl. Ratgeber zur Ermittlung gefährdungsbezogener Arbeitsschutzmaßnahmen, 2004). Eine Gefährdungsbeurteilung zum Thema Arbeitszeit sollte in diesem Sinne die Vorgaben und Prinzipien einer menschengerechten Gestaltung der Arbeit beinhalten. Auf der Grundlage werden Mängel in Gestaltung, Organisation und Verhalten identifiziert und Hinweise auf entsprechende Maßnahmen zur Beseitigung gegeben. Die allgemeinen Grundsätze, von denen der Arbeitgeber bei Maßnahmen des Arbeitsschutzes auszugehen hat, beziehen sich auch im Hinblick auf das Thema Arbeitszeit auf eine Vermeidung bzw. Minimierung von Gefährdungen, z. B. durch zu lange Arbeitszeiten oder zu kurze Erholphasen. Dem Arbeitgeber obliegt daneben auch, Maßnahmen im Hinblick auf – mit der Arbeitszeitgestaltung zusammenhängenden – Arbeitsorganisation, Arbeitsbedingungen, sozialen Beziehungen und Führungsverhalten zu planen sowie für eine ausreichende Information, Unterweisung und Qualifikation der Beschäftigten zu sorgen.

Damit beruht das hier entwickelte Instrument auf einer detaillierten Dokumentation der Kenndaten der tatsächlichen bzw. geplanten Arbeitszeiten, indem Dienstzeiten und Dienstabfolgepläne dokumentiert und Verstöße gegen die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes und der arbeitswissenschaftlichen Empfehlungen zur Gestaltung von Nacht- und Schichtarbeit erfasst werden. Hierzu gehören die Ausdehnung der täglichen Arbeitszeit, die Einhaltung der täglichen als auch wöchentlichen Ruhezeiten, Pausen aber auch die Berücksichtigung von Bereitschaftsdiensten. Zudem werden Aspekte wie Ausgleichszeiträume, Flexibilität und Überschaubarkeit erfragt.

Durch die vom Gesetz erlaubten Öffnungsklauseln können sich in den Tarifverträgen Auswirkungen in den Arbeitszeiten bzw. der Dienstplangestaltung wie z. B. die Verkürzung der täglichen Ruhezeit ergeben, die im Hinblick auf den Arbeitsschutz der Beschäftigten kritisch betrachtet werden müssen.

In der Checkliste zur Arbeitszeit werden Abweichungen von den gesetzlichen und tariflichen Vorgaben in Form einer Ampel beurteilt: „grün“ ist als nicht gefährdend einzustufen; „gelb“ zieht Hinweise und Empfehlungen nach sich und „rot“ mündet in Maßnahmen. Neben der Notwendigkeit von Dienstplangestaltung und Belastungsanalysen wird verstärkt auf Tätigkeitsanalysen in Form von Aufzeichnungen verwiesen.

Diese Methode basiert auf der Entwicklung von relevanten Tätigkeitskategorien, die über ein Expertenranking zur Einschätzung der Arbeitsschwere gemeinsam mit Vertretern der Ärzteschaft in Krankenhäusern gebildet und in einem Erhebungsbogen zusammengefasst wurden. Aufgrund von Aufzeichnungen über mehrere Regel- und Bereitschaftsdienste hinweg werden die Anteile der unterschiedlichen Tätigkeiten sowie Dauer und Lage identifiziert. Da Arbeitszeitgestaltung nie losgelöst von Arbeitsabläufen oder Organisationsstrukturen betrachtet werden kann, können dadurch Interaktionseffekte zu organisatorischen, strukturellen und personellen Aspekten berücksichtigt werden.

Auf der Grundlage der Beurteilungen können somit sowohl verhältnisorientierte als auch verhaltensorientierte Maßnahmen abgeleitet werden, die sowohl dem Wohl der Ärzte und damit deren dauerhafter Arbeitsfähigkeit als auch dem Wohl der Patienten dienen.

2 Grundlagen zur Arbeitszeit

Um eine Checkliste zur Gefährdungsbeurteilung zum Thema Arbeitszeit zu erstellen, sind vor allem die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) zugrunde zu legen. Wenn es um 24-Stunden-Dienste geht und somit „Nachtarbeit“ im Sinne des ArbZG (§ 2 Abs. 3, 4, 5) vorliegt, muss auch auf die arbeitswissenschaftlichen Empfehlungen zu Nacht- und Schichtarbeit (§ 6 Abs. 1) ein besonderes Augenmerk gerichtet werden.

Mit § 7 ArbZG werden Abweichungsbefugnisse für die Tarifvertragsparteien formuliert, die dem „besonderem Arbeitsbedarf, bestimmten Beschäftigungsformen und bestimmten Beschäftigungsbereichen“ Rechnung tragen sollen. Voraussetzung ist dabei immer eine Nicht-Gefährdung der Arbeitnehmer. Danach können Abweichungen in einem Tarifvertrag oder aufgrund eines Tarifvertrages in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zugelassen werden (die unterschiedlichen tariflichen Vereinbarungen werden aufgeführt, soweit sie die Öffnungsklauseln des ArbZG (z. B. § 7) nutzen).

(Um den Lesefluss und das Verständnis zu fördern, sind im weiteren Text des Abschnitts 2.1 die Ausnahmeregelungen nach § 7, § 12 oder § 15 sowie die Übernahme in Tarifverträge immer direkt bei den Paragraphen des ArbZG aufgeführt und im Schrifttyp Times Roman gehalten.)

2.1 Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes

Für eine Checkliste zum Thema Arbeitszeit geht es vor allem um die folgenden Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes:

- § 2 Begriffsbestimmung Arbeitszeit und Nachtarbeit
- § 3 Werktägliche Arbeitszeit
- § 4 Ruhepausen
- § 5 Ruhezeit
- § 6 Nacht- und Schichtarbeit
- § 7 Abweichende Regelungen (Öffnungsklauseln für Tarifverträge)
- § 10 Sonn- und Feiertagsbeschäftigung
- § 11 Ausgleich für Sonn- und Feiertagsbeschäftigung
- § 12 Abweichende Regelungen zu Sonn- und Feiertagsbeschäftigung (Öffnungsklausel für Tarifverträge)
- § 15 Bewilligung durch die Aufsichtsbehörde
- § 16 Arbeitszeitnachweise

2.1.1 § 2 Begriffsbestimmung Arbeitszeit und Nachtarbeit

Arbeitszeit im Sinne des Gesetzes ist die Zeit von Beginn bis zum Ende der Arbeit ohne Pausen.

Nachtarbeit im Sinne des Gesetzes liegt vor, wenn eine Arbeit mindestens 2 Stunden im Zeitraum zwischen 23 und 6 Uhr geleistet wird.

Nach § 7 Abs. 1(5) kann der Nachtzeitraum verlegt werden: Der Beginn kann auf die Zeit zwischen 22:00 und 24:00 Uhr verlegt werden – die Dauer muss aber immer 7 Stunden betragen. In Tarifverträgen wird dieser Zeitraum zum Teil noch erweitert, z. B. liegt nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) die Nachtzeit zwischen 21 Uhr und 6 Uhr.

2.1.2 § 3 Werktägliche Arbeitszeit

Um die Beschäftigten vor übermäßiger Inanspruchnahme ihrer Arbeitskraft zu schützen und um ihre Arbeitskraft und Gesundheit langfristig zu erhalten, soll die werktägliche Arbeitszeit von 8 Stunden nicht überschritten werden, wobei als Werkstage die Wochentage Montag bis Samstag gelten.

Unter bestimmten Bedingungen sind dabei jedoch Ausnahmen für eine Verlängerung der täglichen Arbeitszeit möglich: Wenn innerhalb von 6 Kalendermonaten bzw. 24 Wochen ein Ausgleich auf durchschnittlich 8 Stunden gewährleistet ist, kann die werktägliche Arbeitszeit auf bis zu 10 Stunden verlängert werden. Aus diesen Vorgaben ergibt sich eine maximale Wochenarbeitszeit von 60 Stunden.

§ 7 Abs. 1(1) erlaubt eine Verlängerung der Arbeitszeit über 10 Stunden (mit entsprechendem Ausgleich auf 8 Stunden durchschnittlich) hinaus, wenn regelmäßig und in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft (AB) oder Bereitschaftsdienst (BD) enthalten ist. Es kann dabei auch ein anderer Ausgleichszeitraum als 24 Wochen festgelegt werden. Aufgrund der EU-Arbeitszeitrichtlinie (vgl. EU-Richtlinie, 2003) und § 7 Abs. 8 darf dieser Zeitraum 12 Monate nicht überschreiten.

„Regelmäßig“ heißt (nach Anzinger und Koberski, 2005, S. 191f), wenn AB und BD zur Eigenart einer Berufstätigkeit gehört. AB und BD müssen als solche erkennbar und von der „Vollarbeit“, d.h. der Arbeit im Regeldienst (dazu zählt nicht die Zeit der Inanspruchnahme während des BD), unterscheidbar sein, damit der ihnen eigentümliche „Entspannungseffekt“, d.h. die geringere Belastung, wirksam wird. Zur Verdeutlichung des Begriffes „Vollarbeit“ sind in Abbildung 1 mögliche Verteilungen von Regeldiensten innerhalb eines 24-stündigen BD dargestellt: die blauen Zeitanteile der Regeldienste sind „Vollarbeit“.

„Erheblicher Umfang“ heißt (nach Anzinger und Koberski, 2005, S. 192) zum einen, wenn der Anteil an AB oder BD an der täglichen Arbeit den der Vollarbeit übersteigt oder aber, wenn die Vollarbeit nicht besonders schwer ist, wobei die Ermittlung des Schweregrades hier nicht explizit beschrieben ist. Mit der Verlängerung durch AB oder BD darf die Arbeitszeit inklusive Pausen 24 Stunden nicht überschreiten, was sich durch die Definition des „Arbeitstages“ ergibt. In der Folge darf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit 48 Stunden nicht überschreiten (§ 7 Abs. 8).

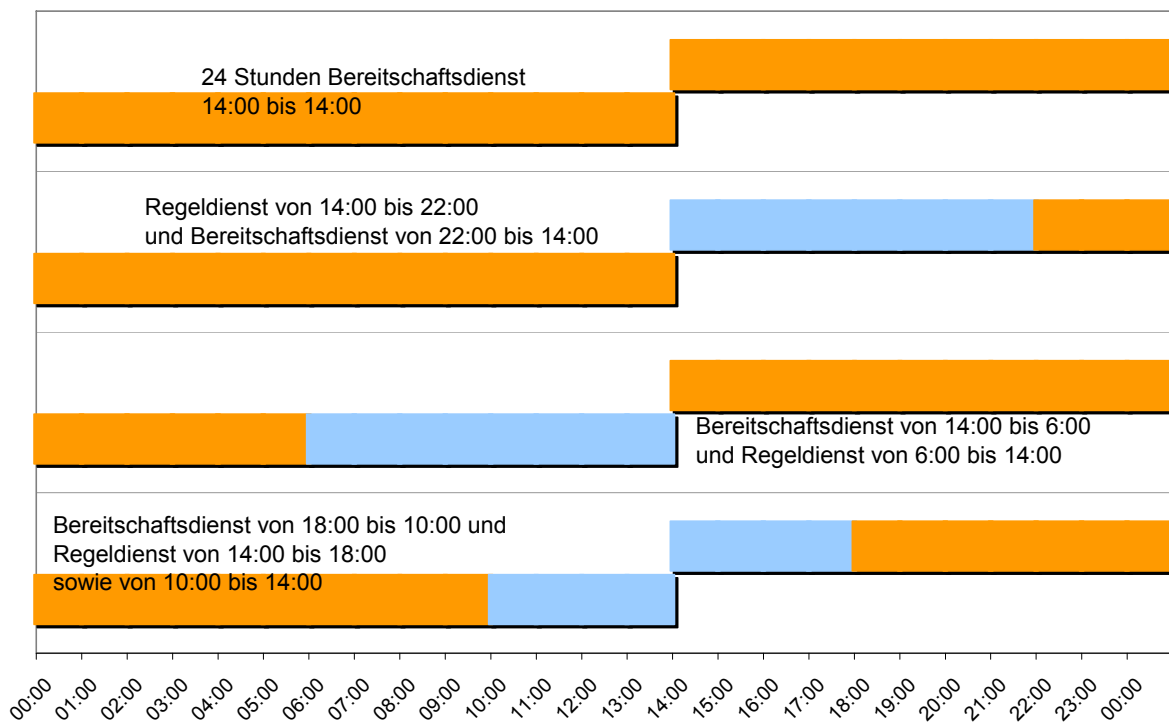


Abb. 2.1 Beispiele für mögliche Anteile von Regeldiensten (auch „Vollarbeitsanteile“ genannt) in einem 24-stündigen Dienst

Unter dem Begriff „opt-out-Regelung“ fallen die Vorgaben nach § 7 Abs. 2a und § 7 Abs. 7, die vorsehen, dass die werktägliche Arbeitszeit auch ohne Ausgleich über 8 Stunden hinaus verlängert werden kann, wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichen Umfang AB oder BD fällt. Dabei muss durch besondere Regelungen eine gesundheitliche Gefährdung der Arbeitnehmer (AN) vermieden werden. Für eine „opt-out-Regelung“ muss der AN seine schriftliche Einwilligung geben.

Nach § 12 Ziffer 4 kann in vollkontinuierlichen Schichtbetrieben die Arbeitszeit an Sonn- und Feiertagen auf bis zu 12 Stunden verlängert werden, wenn dadurch für die Beschäftigten zusätzliche freie Sonn- und Feiertage erreicht werden. Eine generelle Möglichkeit von 12-Stunden-Schichten auch an Werktagen kann nach § 7 Abs. 2(3) auch tarifvertraglich festgelegt werden.

In der Regel liegt in Tarifverträgen die tägliche Arbeitszeit bei max. 8 Stunden, wenn auch die vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeiten – und damit die durchschnittlichen täglichen Arbeitszeiten – sich unterscheiden. Es gibt jedoch Ausnahmen: So wird z. B. in den AVR Diakonie die folgenden Möglichkeiten ausdrücklich aufgenommen, die über eine entsprechende Dienstvereinbarung zu regeln sind: Eine Verlängerung der täglichen Arbeitszeit auf bis zu 10 Stunden mit Ausgleich, eine Verlängerung auf mehr als 10 Stunden ohne Ausgleich in Verbindung mit einer begrenzten Anzahl von derart langen Diensten sowie ein kürzerer Ausgleichszeitraum.

Speziell für Nachtarbeiter formuliert § 6 Abs. 2, dass die tägliche Arbeitszeit auch hier 8 Stunden nicht überschreiten darf. Eine Verlängerung auf 10 Stunden ist

ebenfalls nur mit Ausgleich auf durchschnittlich 8 Stunden erlaubt, allerdings innerhalb von 4 Wochen.

§ 7 Abs. 1(4) erlaubt entsprechend auch bei Nacharbeit die Verlängerung von täglicher Arbeitszeit über 10 Stunden hinaus, wenn regelmäßig und in erheblichem Umfang in diese Zeit AB oder BD fällt, und es kann dabei auch ein anderer Ausgleichszeitraum als 4 Wochen festgelegt werden. Tariflich ist der Ausgleichszeitraum für eine verlängerte tägliche Arbeitszeit über 8 Stunden hinaus in der Regel auf 12 Monate verlängert.

Der Zeitraum für Nacharbeit ist unterschiedlich festgelegt; der längste Zeitraum ist mit 20 Uhr bis 6 Uhr in den AVR Diakonie zu finden.

2.1.3 § 4 Ruhepausen

Durch eine Unterbrechung der Arbeitszeit in Form von Pausen erhalten die Beschäftigten Gelegenheit zur Erholung während der Arbeit. Das beugt einer Übermüdung vor und vermindert dadurch das Fehler- und Unfallrisiko. Ruhepausen sind generell im Voraus festzulegen und betragen mindestens 30 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als 6 bis 9 Stunden und mindestens 45 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als 9 Stunden. Dabei können die Ruhepausen in Abschnitte von jeweils mindestens 15 Minuten aufgeteilt werden. Bei einer Arbeitszeit von bis zu 6 Stunden ist keine Pause erforderlich.

§ 7 Abs. 2(3; 4) erlaubt, diese Regelungen der Eigenart bestimmter Tätigkeiten, z. B. bei der Behandlung, Pflege und Betreuung von Personen, und auch im Hinblick auf das Wohl der betreuten Personen anzupassen. So können Kurzpausen eingeführt werden, die jedoch die Merkmale einer Pause haben müssen, einen Zeitraum von ca. 5 Minuten nicht unterschreiten sollten und die Möglichkeit zur Nahrungsaufnahme bieten müssen (Anzinger und Koberski, 2005).

Hierzu sehen die AVR Diakonie und die AVR Caritas explizit die Einführung von Kurzpausen bei Schichtarbeit und bei Tätigkeiten zur Betreuung und Behandlung von Personen vor, allerdings nur über eine Dienstvereinbarung.

2.1.4 § 5 Ruhezeit

Um den Beschäftigten Gelegenheit zu Erholung, Ruhe und Regeneration zu geben, muss ausreichend Zeit zur Erholung nach der Arbeit, zum Essen, Schlafen und für soziale Aktivitäten gewährleistet werden. In § 5 Abs. 1 ist festgelegt, dass nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 11 Stunden eingehalten werden muss. § 5 Abs. 2 besagt zudem, dass u. a. im Kranken- und Pflegebereich diese Ruhezeit um bis zu 1 Stunde verkürzt werden kann, wenn innerhalb von 4 Wochen ein Ausgleich auf durchschnittlich 11 Stunden erfolgt.

Nach § 7 Abs. 1(3) kann die Ruhezeit mit entsprechendem Ausgleich um bis zu 2 Stunden verkürzt werden. Das ist möglich unter den Voraussetzungen, dass die Art der Arbeit die Kürzung erfordert, z. B. aus branchenspezifischen oder arbeitsorganisatorischen Gründen, und dass ein Ausgleich der Kürzung auf durchschnittlich 11 Stunden gewährleistet ist. Es kann dabei ein anderer Ausgleichszeitraum als 4 Wochen festgelegt werden, dessen Umfang jedoch nicht weiter bestimmt ist. Nach § 7 Abs. 2 Nr. 3 ist es zudem möglich, bei der Betreuung und

Pflege von Personen die Ruhezeit der Eigenart der Tätigkeit anzupassen. Letztendlich darf dies nicht zur Überschreitung einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 48 Stunden führen (§ 7 Abs. 8).

§ 7 Abs. 9 vermerkt, dass bei einer werktäglichen Arbeitszeit von mehr als 12 Stunden, was aufgrund der Öffnungsklausel in § 7 Abs. 1(1) möglich ist, die Ruhezeit immer 11 Stunden betragen muss.

Ebenfalls die AVR Diakonie und die AVR Caritas erlauben über eine entsprechende Dienstvereinbarung die Kürzung der Ruhezeiten um bis zu 2 Stunden. Ergänzend dazu ist der Ausgleichszeitraum verkürzt und die erlaubte Anzahl auf maximal 1 pro Woche begrenzt (AVR Diakonie).

2.1.5 § 6 Nacht- und Schichtarbeit

Nacht- und Schichtarbeiter sind durch ihre zeitverschobenen, wechselnden und zu ungünstigen Zeiten liegenden Arbeitszeiten höher belastet als Beschäftigte in regelmäßiger Tagarbeit, da der normale Rhythmus der körperlichen Funktionen wie auch eine verlässliche Teilnahme am sozialen und Familienleben gestört wird.

Nach § 6 Abs. 1 ist deshalb die Arbeitszeit von Nacht- und Schichtarbeitnehmern nach den gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen über die menschengerechte Gestaltung der Arbeit festzulegen, um dadurch negative Auswirkungen physischer und psychischer Art zu minimieren. Die arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse dienen dazu, die Gesundheit der Beschäftigten langfristig zu sichern und zu erhalten (Beermann, 2005; Knauth und Hornberger, 1997).

Diese arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse gelten primär für Nacht- und Schichtarbeit, aber solange noch keine speziellen Erkenntnisse zu Auswirkungen von Bereitschaftsdiensten vorliegen, sollten sie im Sinne des Arbeitsschutzes für jede Beschäftigung in der Nachtzeit beachtet werden.

Nachtschichten: Wissenschaftlich ist erwiesen, dass sich die physiologischen Funktionen des Menschen nicht vollständig an Nachtarbeit anpassen können, auch wenn viele Nachtarbeiter subjektiv diesen Eindruck haben. Deshalb wird die Einhaltung einer möglichst kurzen Anzahl von aufeinander folgenden Nachtschichten empfohlen, auch um möglichst schnell wieder nach dem üblichen Tagesrhythmus zu leben. Konkret empfohlen werden maximal 3 Nachtschichten in Folge, und das gilt sowohl für die Nachtschichten in klassischen Schichtsystemen als auch für Bereitschaftsdienste, die im Anschluss an Regeldienste die Nachtzeit abdecken.

Ruhezeit nach Nachtschichten: Arbeitsleistung in der Nacht stellt eine besondere Belastung für den Beschäftigten dar. Um eine angemessene Erholung zu ermöglichen, soll nach einer Folge von Nachtschichten eine ausreichende Ruhezeit gewährt werden. Für Schichtarbeiter werden mindestens 24 Stunden nach einem Nachtschichtblock empfohlen.

Arbeitsbeginn bei Frühschichten: Frühschichten sollten nicht zu früh beginnen, um einem Schlafdefizit vorzubeugen. Durch längere Wegezeiten z. B. kann die Nachtschlafzeit erheblich verkürzt werden, zumal es Hinweise darauf gibt, dass Schichtar-

beiter vor einer Frühschicht nicht früher einschlafen können (nach Knauth und Hornberger (1997) ist ein Frühschichtbeginn um 6:30 Uhr besser als um 6:00 Uhr und einer um 6:00 Uhr besser als um 5:30 Uhr).

Wochenende: Da in unserer Gesellschaft das Wochenende einen hohen Stellenwert für Familienleben und Freizeit hat, sollte darauf geachtet werden, dass am Wochenende ein möglichst langer Freizeitblock liegt, der mindestens einen Samstag oder einen Sonntag einschließt.

Schichtfolgen: Ungünstige Schichtfolgen sollten vermieden werden. Das bezieht sich auf die Rotationsgeschwindigkeit, die Rotationsrichtung und das Auftreten von einzeln eingestreuten Arbeitstagen in Schichtsystemen. Kurzrotierte Systeme, in denen die verschiedenen Schichten in einer kürzeren Abfolge aufeinander folgen (z. B. Früh-Früh-Spät-Spät-Nacht-Nacht) sind sogenannten langrotierten Systemen (mit z. B. jeweils 7 Früh-, Spät und Nachtschichten in Folge) vorzuziehen. Durch eine kurze Rotation ergeben sich häufiger längere Ruhezeiten zwischen den Schichten bzw. Schichtfolgen. Außerdem wirkt sich erwiesenermaßen eine Vorwärtsrotation (Früh-Spät-Nacht) positiver auf das Schlafverhalten und das allgemeine Wohlbefinden aus als eine Rückwärtsrotation (z. B. Nacht-Spät-Früh). Hier liegt der Grund ebenfalls in der längeren Ruhezeit zwischen den Schichten und zudem in der dem Menschen eigenen Circadianperiodik, die etwas mehr als 24 Stunden beträgt. Zum Dritten sind einzeln eingestreuete Arbeitstage zu vermeiden, die einen längeren Freizeitblock zerteilen und somit Erholung und vor allem Freizeit behindern.

Massierung von Arbeitszeit: Die Anzahl von Arbeitstagen in Folge sollte begrenzt werden, da eine solche Massierung von Arbeitszeit eine erhöhte Belastung darstellt und sich der Bedarf an reinen Erholzeiten erhöht. Die häufig von Beschäftigten gewünschten langen Freizeitblöcke sind jedoch nur über eine Massierung von Arbeitstagen zu erreichen. Hier gilt es, einen ausgewogenen Kompromiss herzustellen zwischen Arbeitsbelastung und Freizeit. Ebenso wendet sich diese arbeitswissenschaftliche Empfehlung auch gegen eine Massierung von Arbeitszeiten an einem Tag, wie es z. B. bei 12-Stunden-Schichten oder BD der Fall ist.

Vorhersehbarkeit und Überschaubarkeit: Schichtpläne sollten vorhersehbar und überschaubar sein. Da die Planung des Familienlebens und der Freizeit für Schichtarbeiter ohnehin erschwert ist, sollten einmal aufgestellte Pläne für die Beschäftigten verlässlich und überschaubar sein und möglichst wenig und vor allem nicht kurzfristig von Arbeitgeber-Seite aus geändert werden.

Arbeitsbelastung: Die Schichtlänge ist an die Arbeitsbelastung anzupassen. Um eine solche Kopplung der Schichtlänge an die zu erfüllenden Aufgaben und Arbeitsinhalte vorzunehmen, sind Tätigkeitsanalysen und Belastungsanalysen empfehlenswert.

Daneben ist geregelt, dass Nachtarbeiter Anspruch auf regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen haben (§ 6 Abs. 3). Außerdem muss Nachtarbeit angemessen honoriert werden entweder durch bezahlte freie Tage (Urlaub) oder einen Zuschlag auf das Entgelt (§ 6 Abs. 5). Ein Ausgleich über Freizeit ist auf jeden Fall einem finanziellen Zuschlag vorzuziehen, um die Arbeitsbelastung zu reduzieren und ein Freizeit- und Familienleben in ausreichendem Maße zu ermöglichen. Tarifverträ-

ge regeln diese Vorgabe häufig für Nacht- und Schichtarbeiter über die Gewährung von zusätzlichen Urlaubstagen.

2.1.6 § 10 Sonn- und Feiertagsbeschäftigung

Sonn- und Feiertage haben einen hohen Erholungs- und Freizeitwert. Daher gilt eine allgemeine Sonn- und Feiertagsruhe von 24 Stunden (§ 9 ArbZG), die die Teilnahme der Beschäftigten am sozialen, religiösen und kulturellen Leben sicherstellen soll. Ausnahmen zugunsten einer Beschäftigung an Sonn- und Feiertagen werden für verschiedene Berufsgruppen und Rahmenbedingungen formuliert. So sieht § 10 Abs. 1 Nr. 3 z. B. vor, dass in Krankenhäusern und ähnliche Einrichtungen an Sonn- und Feiertagen gearbeitet werden kann.

2.1.7 § 11 Ausgleich für Sonn- und Feiertagsbeschäftigung

Ergänzend gilt nach § 11 Abs. 1, dass mindestens 15 Sonntage im Jahr arbeitsfrei sein müssen. § 11 Abs. 3 fordert die Gewährung eines Ersatzruhetages für geleistete Sonn- und Feiertagsarbeit: Für die Beschäftigung an einem Sonntag innerhalb eines Zeitraums von 2 Wochen und für die Beschäftigung an einem Feiertag innerhalb von 8 Wochen. Diese Zeiträume beinhalten den Beschäftigungstag. Der Ersatzruhetag ist nach § 11 Abs. 4 unmittelbar in Verbindung mit der Ruhezeit nach § 5 zu gewährleisten, woraus sich im Normalfall 35 Stunden ergeben. Im Falle von Wechselschichtarbeit kann aus schichtplanbedingten Gründen (Abfolge der Schichten) dieser Zeitraum auf 32 Stunden reduziert sein.

Nach § 12 Nr. 1 kann zugelassen werden, die Anzahl der arbeitsfreien Sonntage pro Jahr auf 10 zu verringern. Eine Öffnungsklausel in § 12 Nr. 2 sieht zudem vor, dass tariflich ein Wegfall des Ersatzruhetages für Feiertagsarbeit in der Woche vereinbart werden kann.

In den hier zugrunde gelegten Tarifverträgen ist in der Regel vorgesehen, dass Beschäftigte, die regelmäßig an Sonn- und Feiertagen arbeiten, 2 arbeitsfreie Tage innerhalb von 2 Wochen haben, wovon einer ein Sonntag sein soll.

2.1.8 § 16 Arbeitszeitnachweise

Nach § 16 ArbZG ist der Arbeitgeber verpflichtet, die über die werktägliche Arbeitszeit nach § 3 Satz 1, also 8 Stunden, hinausgehende Arbeitszeit aufzuzeichnen und ein Verzeichnis der Arbeitnehmer zu führen, die in eine Verlängerung der Arbeitszeit nach § 7 Abs. 7 eingewilligt haben. Diese Unterlagen sind auch für die Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung zum Thema Arbeitszeit zu nutzen.

2.2 Tarifliche Vereinbarungen im Hinblick auf Bereitschaftsdienste

In vielen (neuen) Tarifverträgen der Krankenhäuser werden die Öffnungsklauseln nach § 7 ArbZG genutzt: Es wird eine Ausdehnung der maximalen täglichen Arbeitszeit unter der Bedingung erlaubt, dass die Zeit über 8 Stunden hinaus Bereitschaftsdienst (BD) ist. Dies differenziert teilweise nach den Auslastungsstufen. So sieht der TVöD in seinem „Besonderen Teil für Krankenhäuser (BT-K)“ zum Beispiel vor, dass die tägliche Arbeitszeit für die Stufe 1 (bis zu 25 % Auslastung) max. 16 Stunden betragen kann; für die Stufen 2 (>25 bis 40 % Auslastung) und 3 (>40 bis 49 % Auslastung) sind max. 13 Stunden erlaubt. In allen Fällen darf der Anteil des Regeldienstes 8 Stunden nicht überschreiten. Zur Vollarbeit gehören dabei nicht nur die Stunden eines Regeldienstes, der dem BD direkt vorangeht, sondern auch Übergabezeiten im Anschluss an den BD. Bei der Dienstzeiten- und Dienstplangestaltung muss dies entsprechend berücksichtigt werden. Die Pausenzeiten verlängern dabei die Gesamtarbeitszeit von insgesamt 13 oder 16 Stunden nicht. Dazu ein Beispiel nach TVöD BT-K in Tabelle 1: Regeldienst von 15:30 Uhr bis 23:00 Uhr plus anschließendem Bereitschaftsdienst der Auslastungsstufe 1 von 23:00 Uhr bis 7:00 Uhr und anschließender Übergabe von 7:00 Uhr bis 7:30 Uhr. Insgesamt müssen in dieser Zeit 45 Minuten Pause eingeplant werden. Eine erste Pause von mind. 15 Minuten muss spätestens nach 6 Stunden Regeldienstzeit eingeplant sein.

Tab. 2.1 Beispiel für Zeiten eines 16-stündigen Dienstes

	Anfangszeit	Endzeit	Pause	Schichtzeit ¹	Auslastungsstufe
RD vor BD	15:30	23:00	45 Min.	7,5	
BD	23:00	7:00		8,0	1 (bis 25 %)
Übergabe nach BD	7:00	7:30		0,5	
Gesamtstunden				16,0	

Zusätzlich sind auch Ausdehnungen der täglichen Arbeitszeit auf bis zu 24 Stunden ohne Ausgleich vorgesehen, wenn eine Prüfung alternativer Arbeitszeitmodelle, einer Belastungsanalyse nach § 5 Arbeitsschutzgesetz und evtl. sich daraus ergebenden Maßnahmen vorgenommen wird. Auch in diesen Bereitschaftsdiensten darf der Anteil der Regelarbeitszeit max. 8 Stunden betragen, was bedeutet, dass die über 8 Stunden hinausgehende Zeit als Bereitschaftsdienst geleistet werden muss. Als Beispiel sei hier der Tarifvertrag im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) genannt, der nach den oben erwähnten Prüfungen tägliche Arbeitszeiten von bis zu 24 Stunden für die Stufen 1 (bis zu 25 % Auslastung) und 2 (>25 % bis 40 % Auslastung) zulässt. Damit verbunden ist in diesem Tarifvertrag die Möglichkeit, die tägliche Arbeitszeit ohne Ausgleich zu verlängern und damit die durchschnittliche Wochenarbeitszeit auf bis zu 60 Stunden zu erhöhen. Dabei ist in den Tarifverträgen bei 24-Stunden-Diensten die Pausenzeit ausdrücklich ausgenommen, sodass die Anwesenheit der Beschäftigten durchaus länger als 24 Stunden sein kann.²

¹ Schichtzeit = Arbeitszeit plus Pausenzeit

² Diese Regelung ist sowohl nach der Auffassung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) als auch des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) unzulässig. Auch die EU Richtlinie 2003/88/EG schließt eine tägliche Arbeitszeit von mehr als 24 Stunden aus.

Auch in anderen Tarifverträgen wird die Möglichkeit genutzt, nach den oben genannten Prüfungen und aufgrund einer Betriebs-/Dienstvereinbarung die maximale wöchentliche Arbeitszeit, z. B. auf 54 bzw. 58 Std. (je nach Auslastungsstufe) zu erhöhen.

3 Checkliste zu Arbeitszeit

Auf der Basis der gesetzlichen und tariflichen Grundlagen als auch den arbeitswissenschaftlichen Empfehlungen wurde eine Checkliste zur Arbeitszeit entwickelt. Diese dient dazu, mögliche Gefährdungen der Beschäftigten, die sich durch gesetzeswidrige oder ungünstig gestaltete Arbeitszeiten ergeben, zu erkennen.

3.1 Einführung zur Handhabung der Checkliste

Wie aus den Grundlagen zur Arbeitszeit ersichtlich, ermöglicht das Arbeitszeitgesetz und die darin enthaltenden Öffnungsklauseln in Hinblick auf die Anwendung von Tarifverträgen die verschiedensten Möglichkeiten, Dienstpläne zu gestalten.

Gerade diese Öffnungsklauseln sind allerdings nicht immer im Sinne eines präventiven Gesundheitsschutzes der Beschäftigten einsetzbar. Darum muss hier durch eine Person, die über Sachkenntnisse zum Gefährdungsfaktor Arbeitszeit, die entsprechenden Schutzmaßnahmen als auch über betriebliche Abläufe verfügt, bewertet werden, ob durch die vorliegenden Belastungen, die im jedem Krankenhaus und in jeder Abteilung unterschiedlich sein können, Gefährdungen für die Beschäftigten zu erwarten sind (Ratgeber-Gefährdungsbeurteilung, 2004). Das Arbeitsschutzgesetz sieht vor, dass Gefährdungsbeurteilungen durchzuführen sind, für deren Durchführung der Arbeitgeber verantwortlich ist.

Um die notwendigen Fragen beantworten zu können, werden die geplanten sowie die tatsächlichen Dienstpläne aller Ärzte (nach Voll- und Teilzeit aufgeschlüsselt) einer Abteilung im Normalbetrieb (es geht dabei nicht um Notfälle), die Schichtarbeit oder Bereitschaftsdienste leisten, benötigt. Informationen kann der Arzt/die Ärztin geben, der/die mit der Dienstplangestaltung betraut ist. Die tatsächlichen Arbeitszeiten können entweder der für die Abrechnung verwendeten Software entnommen werden oder den handschriftlichen Arbeitszeitaufzeichnungen.

Für die tägliche Arbeitszeit, die Zeiten für Bereitschaftsdienste sowie Schichtdienst sind Tabellen vorgegeben, in die die Zeiten und ggf. das Schichtschema eingetragen werden sollen. Wenn der vorgesehene Platz nicht ausreicht, so können diese Informationen selbstverständlich auch auf einem Extrablatt notiert werden. Es ist immer ein Beispiel vorgegeben. Aufgrund dieser Eintragungen können die zu dem jeweiligen Thema folgenden Fragen leicht beantwortet werden.

Für die Einschätzung einer Gefährdung sind für jede Abteilung die jeweils letzten 12 Monate der geplanten und tatsächlichen Dienstzeiten bzw. Dienstpläne zugrunde zu legen. Es geht dabei nicht darum, Ausnahmen durch Notfälle zu bewerten, sondern den Normalbetrieb mit durchschnittlicher Auslastung. Lediglich, wenn Notfälle den Regelfall darstellen, ist dann dieser zu Grunde zu legen.

Die nachfolgenden Fragen sind wahrheitsgemäß zu beantworten.

3.2 Checkliste

Allgemeine Daten

Krankenhaus _____

Abteilung _____

Anzahl Betten _____

Anzahl Ärzte gesamt _____

Anzahl Ärzte, die Bereitschaftsdienst leisten _____

Sind alle Stellen besetzt? ja

nein

Besonderheiten _____

Wöchentliche Arbeitszeit

1. Wie hoch ist die tariflich vereinbarte durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit (WAZ)? _____ Std.
2. Wurde diese **durchschnittliche WAZ in der Praxis** überschritten?
 - nein
 - ja, bis zu 48 Std.
 - ja, über 48 Std.
3. Liegt eine opt-out-Regelung vor?
 - nein
 - ja, für _____ Std.

Tägliche Arbeitszeit

Tragen Sie in das folgende Schema die Zeiten für die bei Ihnen eingeplanten Regeldienste (bzw. Tagarbeitszeiten) ein.

Regeldienste in Verbindung mit Bereitschaftsdiensten (also vor und/oder nach BD) werden unter dem Abschnitt „Bereitschaftsdienste“ eingetragen!

Wenn es mehr als 6 verschiedene Tag- oder Regeldienste gibt, verwenden Sie bitte ein Extrablatt.

BEISPIEL (für 2 unterschiedliche Regeldienste)						
	Anfangszeit	Endzeit	Schichtzeit in Stunden	Pause (Minuten)	Arbeitszeit in Stunden (ohne Pause)	Wochentag
Regeldienst 1	7:00	15:30	8,5	30	8,0	Mo-Fr; Sa
Regeldienst 2	8:00	18:30	10,5	45	9,75	Mo-Fr

	Anfangszeit	Endzeit	Schichtzeit in Stunden	Pause (Minuten)	Arbeitszeit in Stunden (ohne Pause)	Wochentag
1						
2						
3						
4						
5						
6						

4. Gibt es Regeldienste, die **nach dem Dienstplan** länger als 8 Std. sind?
- nein
 ja, bis 10 Stunden lang
 ja, über 10 Stunden
5. Kam es **in der Praxis** vor, dass die geplanten täglichen Dienstzeiten überschritten wurden?
- nein
 ja
6. Sieht **der Dienstplan** Arbeitszeiten zwischen 23 und 6 Uhr vor?
- nein
 ja

Pausen

(Pausen in Bereitschaftsdiensten siehe dort)

7. Sind **nach dem Dienstplan** die Pausen in den Regeldiensten, die mehr als 6 und bis zu 9 Stunden dauern, mind. 30 Minuten lang?
- ja
 nein
8. Sind **nach dem Dienstplan** die Pausen in den Regeldiensten, die mehr 9 Stunden dauern, mind. 45 Minuten lang?
- ja
 nein
 _____ trifft nicht zu, es gibt keine Dienste länger als 9 Std.

9. Konnten diese Pausenzeiten **in der Praxis** ohne Verkürzung eingehalten werden? ja
 nein
10. Kam es vor, dass Pausen ganz entfallen sind? nein
 ja
11. Werden die Gesamtpausenzeiten in Kurzpausen von mind. 15 Minuten aufgeteilt? nein, Pausen länger
 ja, Pausen mind. 15 Min.
 nein, Pausen kürzer

Ruhezeiten

12. Ist **nach dem Dienstplan** die **kürzeste Ruhezeit** zwischen zwei Diensten (Regeldienst – Regeldienst/ Bereitschaftsdienst – Regeldienst) **mindestens** 11 Std. lang? ja
 nein
- 12.1. Wenn nein, wie lang ist die Ruhezeit **vereinbart**? mind. 10 Stunden
 mind. 9 Stunden
 noch kürzer
13. Ergaben sich **in der Praxis** (weitere) Verkürzungen bei den geplanten Ruhezeiten? nein
 ja
14. Ist **nach dem Dienstplan** die **maximale zusammenhängende wöchentliche Ruhezeit** mind. 35 Std. lang? ja
 nein, 34 bis 32 Std.
 nein, kürzer als 32 Std.

(Bei Schichtarbeit siehe Ruhezeiten auch dort)

15. Konnte diese **zusammenhängende wöchentliche Ruhezeit** innerhalb der letzten 3 Monate eingehalten werden? ja
 nein

Arbeit an Sonn- und Feiertagen

16. Wird **nach dem Dienstplan** regelmäßig an Sonntagen gearbeitet? nein
 ja
- 16.1. Wenn ja, wurden für den Einsatz an Sonntagen jeweils Ersatzruhetage nach den gesetzlichen Bestimmungen (innerhalb von 14 Tagen) gewährt? ja
 nein

17. Sind **nach dem Dienstplan** jährlich mind. 15 Sonntage (ohne Berücksichtigung von Urlaub) frei?

- ja
- nein, tarifvertraglich
mögliche Reduktion auf
10 Sonntage wird genutzt
- nein, darunter

18. Wird **nach dem Dienstplan** an Feiertagen, die auf einen Werktag fallen, gearbeitet?

- nein
- ja

18.1. Wenn ja, wurden für den Einsatz an diesen Feiertagen Ersatzruhetage gewährt?

- ja
- nein
- nein, tarifvertraglich Verzicht
auf Ersatzruhetag
vereinbart

18.2. Wenn ja, wurden die Ersatzruhetage nach gesetzlichen Bestimmungen (innerhalb von 8 Wochen) oder tariflichen Bestimmungen (z. B. 3 Monate) gewährt?

- ja
- nein
- nein, tariflichvertraglich
Verzicht auf Ersatzruhetag
vereinbart

Bereitschaftsdienste (BD)

Sollten Sie keine Bereitschaftsdienste leisten, sondern lediglich in Schichtdienst arbeiten, entfällt die Beantwortung der Fragen in diesem Abschnitt. Fahren Sie fort mit dem Abschnitt „Schichtarbeit“.

Tragen Sie in das folgende Schema die Zeiten für die bei Ihnen eingeplanten Bereitschaftsdienste – zusammen mit den möglicherweise vorher und danach zu leistenden Regeldiensten - ein. Wenn es mehr als 5 verschiedene Bereitschaftsdienste gibt, zum Beispiel für das Wochenende, verwenden Sie bitte ein Extrablatt.

Legende:

RD 1 v = Regeldienst 1 direkt vor dem Bereitschaftsdienst 1

BD 1 = Bereitschaftsdienst 1

RD 1 n = Regeldienst direkt im Anschluss an Bereitschaftsdienst 1 (z. B. auch Übergaben)

RD 2 v, BD 2 und RD 2 n entsprechend.

Beispiel	Anfangszeit	Endzeit	Schichtzeit in Stunden (mit Pausen und inkl. BD)	Pause in Minuten	Vollarbeitsanteil in Stunden	Auslastungsstufe
RD 1v	15:30	23:00	7,5	45	7,5	bis 25 %
BD 1	23:00	7:00	8,0			
RD 1n	7:00	7:30	0,5			
Gesamt			16,0		8,0	
RD 2v				45		40-49 %
BD 2	7:00	6:45	23,75			
RD 2n	6:45	7:00	0,25			
Gesamt			24,0		0,25	

	Anfangszeit	Endzeit	Schichtzeit in Stunden (mit Pausen und inkl. BD)	Pause in Minuten	Vollarbeitsanteil in Stunden	Auslastungsstufe
RD _ v						
BD _						
RD _ n						
Gesamt						
RD _ v						
BD _						
RD _ n						
Gesamt						
RD _ v						
BD _						
RD _ n						
Gesamt						
RD _ v						
BD _						
RD _ n						
Gesamt						
RD _ v						
BD _						
RD _ n						
Gesamt						

19. Beträgt der gesamte Anteil an Vollarbeit vor und/oder nach BD (z. B. Regeldienste, Übergaben) maximal 8 Stunden? ja
 nein, länger
20. Sind nach dem Dienstplan Pausen in den Bereitschaftsdiensten, die mehr als 9 Stunden dauern, mindestens 45 Minuten lang? ja
 nein
- 20 a. Wenn ja, konnten diese Pausen **in der Praxis** ohne Verkürzung eingehalten werden? ja
 nein
21. Gibt es 24-Stunden-Bereitschaftsdienste? nein
 ja, es gibt BD von 24 Stunden
 ja, es gibt BD von über 24 Stunden
22. Gab es **in der Praxis** Überschreitungen von der geplanten Dauer der Bereitschaftsdienste? nein
 ja
23. Konnten die sogenannten „inaktiven Zeiten“ in den BD (entsprechend der Auslastungsstufe) innerhalb der letzten 6 Monate eingehalten werden? ja
 nein
24. Ist in den BD immer mehr als 1 Arzt vor Ort anwesend? ja
 nein
25. Wie viele Bereitschaftsdienste, die in den Nachtstunden liegen und mind. 13 Stunden lang sind, werden **nach dem Dienstplan in Folge** abgeleistet? jeweils nur 1
 2 bis 3
 mehr als 3
26. Wie viele Bereitschaftsdienste werden **nach Dienstplan** pro Monat pro Arzt geleistet? _____ Dienste
27. Kommt es vor, dass Ärzte **in der Praxis** mehr Bereitschaftsdienste leisten? nein
 ja
28. Gibt es bereichs- bzw. abteilungsübergreifende Bereitschaftsdienste? nein
 ja
29. Ist die **Ruhezeit** nach Nacht-Bereitschaftsdiensten, die länger als 12 Std. dauern, **mind. 11 Std. lang**? ja
 nein
30. Ist die **Ruhezeit nach mehreren aufeinander folgenden Nacht-Bereitschaftsdiensten**, die länger als 12 Std. dauern, **mind. 24 Std. lang**? ja
 nein

Schichtarbeit

Sollten Sie keinen Schichtdienst leisten, entfällt die Beantwortung der Fragen in diesem Abschnitt. Fahren Sie fort mit Frage 41.

Tragen Sie in dieses Schema die Zeiten für die bei Ihnen eingeplanten Schichten ein. Damit sind die nachfolgenden Fragen einfach zu beantworten. Wenn es mehr als 5 verschiedene Schichtarten gibt, verwenden Sie bitte ein Extrablatt.

BEISPIEL (für 3 Schichten)					
	Anfangszeit	Endzeit	Schichtzeit in Stunden (mit Pausen)	Pause (Min.)	Arbeitszeit in Stunden (ohne Pause)
Frühschicht	5:45	14:15	8,5	30	8,0
Spätschicht	13:45	22:15	8,5	30	8,0
Nachtschicht	21:45	6:15	8,5	30	8,0

	Anfangszeit	Endzeit	Schichtzeit in Stunden (mit Pause)	Pause	Arbeitszeit in Stunden (ohne Pause)
Frühschicht					
Spätschicht					
Nachtschicht					
Weitere Schicht					
Weitere Schicht					

Tragen Sie in das folgende Schema den geplanten Schichtplan ein. Damit sind die nachfolgenden Fragen einfach zu beantworten. Wenn es mehr als 6 verschiedene Gruppen oder Einzelpersonen gibt, verwenden Sie bitte ein Extrablatt.

BEISPIEL (für ein vollkontinuierliches 3-Schichtsystem)							
	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
Gruppe A	Spät	Spät	Nacht	Nacht			
Gruppe B	Früh	Früh	Spät	Spät	Nacht	Nacht	Nacht
Gruppe C			Früh	Früh	Spät	Spät	Spät
Gruppe D	Nacht	Nacht			Früh	Früh	Früh

Schichtplan	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
Gruppe A Person A							
Gruppe B Person B							
Gruppe C Person C							
Gruppe D Person D							
Gruppe E Person E							
Gruppe F Person F							

31. Sieht das Schichtsystem Nachtarbeit vor? nein
 ja
32. Sieht das Schichtsystem Sonntagsarbeit vor? nein
 ja
33. Gibt es Schichten, die länger als 10 Stunden sind? nein
 ja
34. Wurde innerhalb der letzten 3 Monate in den einzelnen Schichten **länger als nach dem Plan** gearbeitet? nein
 ja
35. Erfolgte innerhalb von 4 Wochen ein Ausgleich auf durchschnittlich 8 Std.? ja
 nein
36. Wann beginnt die Frühschicht? 6 Uhr und später
 vor 6 Uhr
37. Wie viele Nachtschichten kommen maximal **in Folge** vor? 1 bis 3
 mehr als 3
38. Kommt Dauernachtarbeit vor? nein
 ja
39. Wie lang ist die Ruhezeit nach einer Folge von mehreren Nachtschichten? 24 Stunden und länger
 kürzer als 24 Stunden
40. Werden regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen für Nachtarbeiter gewährleistet? ja
 nein

Freizeit- und Wochenenden

41. Sind **nach dem Dienstplan** mindestens zwei komplette Wochenenden (Sa und So) innerhalb von 4 Wochen frei? ja
 nein
42. Waren diese geplanten freien Wochenenden innerhalb der letzten 3 Monate tatsächlich frei? ja
 nein

Urlaub

43. Wie viele Urlaubstage werden grundsätzlich im Jahr gewährt? mind. 20 Tage
 weniger als 20 Tage
44. Konnte dieser Urlaub im letzten Kalenderjahr von allen Beschäftigten genommen werden? ja
 nein

Flexibilität

45. Gibt es Arbeitszeitkonten? nein
 ja
46. Wurde die Anzahl der vereinbarten Plusstunden innerhalb des vereinbarten Ausgleichszeitraums überschritten? nein
 ja
47. Konnten überzählige Plusstunden innerhalb des Ausgleichszeitraums abgebaut werden? ja
 nein
48. Können die Beschäftigten auf das Arbeitszeitkonto zugreifen? ja
 nein
49. Können Dienste getauscht werden? ja
 nein
50. Kommen kurzfristige Änderungen des Dienstbeginns oder des Dienstendes vor (weniger als 2 Tage zuvor), Notfälle ausgenommen? nein
 ja

Weitere Aspekte

51. Liegen bei den beschäftigten Ärzten Überstunden vor? nein
 ja
52. Gab bzw. gibt es einen Ausgleich für die Überstunden? ja, in Form von Freizeit
 ja, in Form von Geld
 nein
53. Sind Nebentätigkeiten genehmigt? nein
 ja

4 Allgemeine Maßnahmen

Entsprechend der Gefährdungsbeurteilung zu den einzelnen Aspekten der Checkliste gliedern sich die Maßnahmen in einen „grünen“ (keine Gefährdung), „gelben“ (Hinweise und Empfehlungen) und einen „roten“ Bereich (Maßnahmen). „Gelb“ bedeutet, dass hier ein Gefährdungspotenzial vorliegen kann, wozu Hinweise und Empfehlungen gegeben werden, wie diesem entgegen gewirkt werden kann. „Rot“ bedeutet, dass hier ein Gefährdungspotenzial vorliegt, wozu die entsprechenden Maßnahmen ergriffen werden müssen. Die Maßnahmen beider Kategorien können zunächst betriebsintern durchgeführt werden, wobei in besonders schwerwiegenden Fällen, bei denen es z. B. um bestimmte Kombinationswirkungen geht, auch externe Unterstützung anzuraten ist.

Die im Folgenden im Detail beschriebenen Maßnahmen können sich sowohl auf den „gelben“ als auch auf den „roten“ Bereich beziehen, je nach Ausmaß des Gefährdungspotenzials. Einen Überblick bietet die Aufstellung der Checkliste zusammen mit den entsprechenden Maßnahmen, wie sie unten aufgeführt sind. Bei einzelnen Aspekten werden diese Hauptmaßnahmen durch spezielle Hinweise ergänzt, die kursiv hervor gehoben sind. So wird bei Frage 35 als Hinweis nicht nur gesagt: „Ausgleich gewährleisten“, sondern auch speziell der *Ersatzruhetag* für Sonntagsarbeit erwähnt.

In vielen Punkten der Checkliste wird nach Abweichungen von den Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) gefragt, die teilweise für bestimmte Bereiche schon im ArbZG selbst oder auch über die Öffnungsklauseln in Tarifverträgen möglich sind, wenn ein entsprechender *Ausgleich* gewährleistet ist. Ist dieser Ausgleich nicht oder nicht innerhalb des vorgegebenen Zeitraums bereits in den geplanten Dienstzeiten und Dienstplänen vorgesehen, so ist eine entsprechende Anpassung über eine sorgfältige *Dienstplangestaltung* unabdingbar. Im Falle von Nacht- und Schichtarbeit sind hier im Besonderen die *arbeitswissenschaftlichen Empfehlungen* zu berücksichtigen. Bei tatsächlich auftretenden Abweichungen empfehlen sich *betriebsinterne Analysen* zur Identifizierung der Ursachen. Das kann über Gespräche und Beobachtungen, eine *Personalbedarfsanalyse* oder auch eine *Tätigkeitsanalyse* geschehen. Eine *Belastungsanalyse* kann klären, in welchem Fall und inwieweit die Abweichungen tolerabel sind. Für den Fall beispielsweise, dass die Dienstplangestaltung den Beschäftigten obliegt, sollten *verhaltensorientierte Maßnahmen* ergriffen werden, um die Beschäftigten im Hinblick auf einen effektiven Arbeitsschutz zu informieren und zu unterstützen.

4.1 Ausgleich gewährleisten

Mehrere Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG), wie z. B. die tägliche Arbeitszeit, die Ruhezeiten nach Diensten oder die Beschäftigung an Sonn- und Feiertagen, erlauben Abweichungen nach oben oder unten. Voraussetzung dafür ist allerdings ein Ausgleich auf den vorgegebenen durchschnittlichen Wert innerhalb eines bestimmten Zeitraums. Auch wenn die Abweichungen, wie z. B. verkürzte Ruhezeiten oder Verzicht auf den Ausgleich von werktäglicher Feiertagsarbeit, tariflich festgelegt sind, sollte das vorhandene Gefährdungspotenzial insbesondere für überlange Arbeitszeiten sowie verkürzte Ruhezeiten nicht gering eingestuft werden (vgl. Nachrei-

ner u. a., 2005). Werden über die „Checkliste Arbeitszeit“ Abweichungen festgestellt, die sich im Rahmen des ArbZG bewegen, so ist auf den entsprechenden Ausgleich zu achten. Dazu ist eine Dokumentation der Arbeitszeiten sinnvoll. Für die Erfassung der über 8 Stunden hinausgehenden täglichen Arbeitszeit eignen sich zunächst die nach § 16 ArbZG vorgegebenen Arbeitszeitznachweise, die jeder Arbeitgeber für diesen Fall führen muss. Für alle weiteren Fälle empfiehlt sich eine ausführliche Dokumentation der Arbeitszeiten, um z. B. die Diskrepanzen zwischen den geplanten und tatsächlichen Dienstzeiten und vor allem auch zwischen den geplanten und tatsächlichen Dienstabfolgeplänen zu erkennen, womit auch die Ruhezeiten zwischen den Diensten erfasst werden.

4.2 Dienstplangestaltung

Pläne für Dienstzeiten mit Pausen sowie Dienstabfolgen mit Regel- und Bereitschaftsdiensten, woraus sich auch die Ruhezeiten ergeben, liegen normalerweise vor. Bei Abweichungen schon in den geplanten Dienstplänen ist eine Neugestaltung unabdingbar. Einige Aspekte können sicherlich betriebsintern angepasst und geändert werden, wie z. B. Anteile von Vollarbeit in den Diensten oder die Einrichtung von Pausenfenstern. Bei umfassenden Defiziten in mehreren Bereichen empfiehlt es sich, externe Unterstützung einzuholen. Liegen korrekte Dienstzeiten und Dienstpläne vor und treten in der Praxis trotzdem Abweichungen auf, so müssen andere Maßnahmen ergriffen werden, wie z. B. betriebsinterne Analyse oder Tätigkeitsanalysen, um die Ursachen zu finden und entsprechend Abhilfe schaffen zu können.

4.3 Arbeitswissenschaftliche Empfehlungen beachten

Die arbeitswissenschaftlichen Empfehlungen zur Gestaltung von Nacht- und Schichtarbeit (§ 6 Abs. 1 ArbZG) sind im Detail bereits in Abschnitt 2.1.5 beschrieben. Es sei an dieser Stelle nochmals erwähnt, dass diese arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse zwar primär für Nacht- und Schichtarbeit gelten; sie sollten jedoch im Sinne des Arbeitsschutzes für jede Beschäftigung in der Nachtzeit beachtet werden, solange noch keine speziellen Erkenntnisse zu Auswirkungen z. B. von Nacht-Bereitschaftsdiensten vorliegen. Für diejenigen im Unternehmen, die für die Dienstplangestaltung zuständig sind, sind vertiefende Informationen empfehlenswert, wie sie z. B. Broschüren der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) bieten (Beermann, 2005; Grzech-Sukalo et al., 2004). Broschüren und Praxishilfen sind auf der Internetseite der BAuA aufgelistet und können online bestellt werden. Weitere Unterstützung kann über Schulungen zur Dienstplangestaltung – ggf. mit Softwareunterstützung oder durch eine externe Beratung gewährt werden.

4.4 Betriebsinterne Analysen

Einige Abweichungen benötigen nicht sofort eine Tätigkeits- oder Belastungsanalyse; sie können auch über betriebsinterne Gespräche oder Beobachtungen analysiert werden. Das gilt z. B. für die Einhaltung von Pausen und dabei im Speziellen für die Erholungswirkung von Kurzpausen. Hier muss überprüft werden, ob und in welchem

Maße bei Kurzpausen von ca. 5 Minuten ein Erholungswert tatsächlich gegeben ist und ob eine entsprechende Nahrungsaufnahme möglich ist. Es ist empfehlenswert, nicht die gesamte Pausenzeit in Kurzpausen aufzuteilen, sondern einen Zeitblock von mindestens 15 Minuten einzuplanen, wobei der Rest dann z. B. 3 x 5 Minuten sein kann.

Ist in Bereitschaftsdiensten ein Arzt allein für eine Abteilung zuständig, so sollte für eine Vertretungsregelung durch Ärzte aus anderen Abteilungen oder einen entsprechenden Hintergrunddienst gesorgt werden. Während abteilungsübergreifende Bereitschaftsdienste auf der einen Seite dazu führen, dass weniger Ärzte Bereitschaftsdienste leisten müssen, so kann dies auf der anderen Seite dazu führen, dass eine erhöhte Belastung durch einen Einsatz in einem fachfremden Gebiet entsteht. Das bedingt erhöhte Anforderungen an die Organisation des Hintergrunddienstes durch die entsprechenden Fachärzte.

Es obliegt dem Arbeitgeber, Kenndaten zu Mehrarbeit oder die Ausmaße von Plusstunden bei Arbeitszeitkonten zu kontrollieren, um das Gefährdungspotenzial gering zu halten. Kommt es häufig und in erheblichem Maße zu Abweichungen (sowohl Über- als auch Unterschreitungen der Vorgaben), so müssen die Rahmenbedingungen nachgeprüft und evtl. angepasst werden (s. auch „Betriebs- und Dienstvereinbarung anpassen“). Es müssen die Möglichkeiten für einen Abbau von Mehrarbeitsstunden gewährleistet sein sowie personelle (z. B. Mehrpersonal oder Personal mit einer höheren Qualifikation) und organisatorische Maßnahmen (z. B. eine Neuorganisation von Visitenzeiten oder eine Verbesserung der OP-Planung) in Betracht gezogen werden. Es ist abzuklären, inwieweit eine mangelhafte Planung und Struktur oder bestimmte Einstellungen oder Verhaltensmuster auf Seiten der Beschäftigten verantwortlich sind (s. „Verhaltensorientierte Maßnahmen“).

Belastungen ergeben sich häufig durch einen erhöhten Anteil an Notfällen, vor allem in den Bereitschaftsdiensten und auch in Verbindung mit Einsätzen im Notarztwagen. Zur Erfassung von Anteilen und zeitlicher Struktur sollte eine Tätigkeitsanalyse durchgeführt werden, um entsprechende Maßnahmen herleiten und umsetzen zu können. Das können je nach Ergebnis Änderungen der Dienstzeiten, der Dienstpläne, organisatorische Anpassungen, Personalveränderungen oder verhaltensorientierte Maßnahmen sein.

4.5 Personalbedarfsanalyse

Zeitliche und personelle Engpässe im Verlauf der Dienste (ggf. dokumentiert über eine Tätigkeitsanalyse) können häufig auf eine mangelhafte Personalplanung zurückgeführt werden. Hier ist zunächst abzuklären, ob der erforderliche Personalbedarf tatsächlich abgedeckt ist, ob Stellen vakant sind oder ob der Ausfall durch Krankheit zu hoch ist (s. auch „Analysen betrieblicher Abläufe und Kenndaten“). Eine Personalbedarfsanalyse dokumentiert im Detail, zu welchen Zeiten eines jeden Wochentages wie viele Beschäftigte mit welcher Qualifikation anwesend sein müssen. Dabei ist es wichtig, sich vom Ist-Zustand zu lösen und den tatsächlichen Bedarf zu erfassen. Zusammen mit weiteren Analysen kann geklärt werden, ob tatsächlich ein Personalmangel vorherrscht, der nur über eine Aufstockung des Personals behoben werden kann, oder ob organisatorische Fehlplanungen vorliegen, die z. B. durch Ver-

änderungen in den Arbeitsabläufen oder Aufgabenneuverteilungen bewältigt werden können.

4.6 Tätigkeitsanalyse

Über eine Tätigkeitsanalyse können prozentuale Anteile und zeitliche Verteilung unterschiedlicher Tätigkeiten dokumentiert werden. Vor allem über die Analyse von Lage und Dauer der Tätigkeiten können detaillierte Maßnahmen im organisatorischen, personellen und arbeitszeitlichen Bereich abgeleitet werden. Das Verfahren ist ausführlich in Abschnitt 6 beschrieben.

4.7 Belastungsanalyse

Auf der Internet-Seite der BAuA findet man eine Toolbox mit verschiedenen Instrumenten zur Erfassung psychischer Belastung. Die Aufstellung ist unterteilt in orientierende Screening- und Expertenverfahren für verschiedene Einsatzbereiche. Da Ärzte weniger physischer aber umso mehr psychischer Belastung ausgesetzt sind (vgl. Abschnitt 6.4), würde sich ein Verfahren wie der Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) in seiner verkürzten deutschen Version empfehlen (Nübling et al., 2005). Das Verfahren erfasst über eine schriftliche Befragung Belastungen (u. a. Anforderungen, Einflüsse, Führung) und Beanspruchungen (u. a. Arbeitszufriedenheit, Gesundheit, Stress, Burnout) und bietet gleichzeitig ein Screening zur Ableitung von Maßnahmen.

4.8 Betriebs-/Dienstvereinbarung anpassen

Bei der Einführung von Arbeitszeitkonten als Beispiel werden die Rahmenbedingungen in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung festgelegt. Gefährdungspotenzial besteht hier vor allem in einem unzureichenden Zugriff auf die Möglichkeiten flexibler Arbeitszeitgestaltung durch die Beschäftigten selbst. Hier ist eine Überprüfung und entsprechende Anpassung der Vereinbarung zu empfehlen, um zu vermeiden, dass die Möglichkeiten flexibler Arbeitszeiten nur einseitig genutzt werden können.

4.9 Verhaltensorientierte Maßnahmen

Bei personellen oder organisatorischen Engpässen kann eine im Prinzip wünschenswerte Verantwortlichkeit für die eigenen Dienstzeiten möglicherweise dazu führen, dass z. B. die Länge der täglichen Dienstzeiten überschritten und die Dauer von Pausen und Ruhezeiten unterschritten werden. Wenn Beschäftigte einen – erwünschten – Einfluss auf ihre Arbeits- bzw. Dienstzeiten haben, z. B. Schichten oder Dienste tauschen können, Anfangs- oder Endzeiten von Schichten oder Diensten „schieben“ können, so sollten sie Kenntnis darüber haben, welche negativen Folgen (im Sinne eines Gefährdungspotenzials) daraus resultieren können. Nicht auszuschließen ist auch, dass sich bei den Beschäftigten bestimmte Verhaltensmuster entwickeln, die Abweichungen mit verursachen. Es ist darauf zu achten, dass sich

keine negativen Verhaltensmuster oder ein Gruppendruck aufbauen, die dazu führen, dass z. B. Pausenzeiten verringert oder gar nicht mehr in Anspruch genommen werden.

Die Beschäftigten sollten über die Hintergründe der Vorgaben und Empfehlungen informiert und für deren Umsetzung sensibilisiert werden. Das gilt ebenso für die Vorgaben des ArbZG wie die betreffenden tarifvertraglichen Regelungen. Verhaltensorientierte Maßnahmen können eine entsprechende Information der Beschäftigten als auch Gespräche mit ihnen beinhalten und sollten möglicherweise auch ergänzend zu Dienstzeiten- und Dienstplanänderungen erfolgen.

4.10 Einholen von Genehmigungen

Liegt kein Tarifvertrag zu den möglichen Abweichungen von den Vorgaben des ArbZG vor, so kann die Aufsichtsbehörde für bestimmte Bereiche (Kontischichtbetriebe, Baustellen) tägliche Arbeitszeiten über 10 Stunden hinaus bewilligen (§ 15 Abs. 1). Dabei werden in der Regel Notwendigkeit und Vertretbarkeit geprüft und im weiteren Verlauf Kontrollen durchgeführt, um Gefährdungen auszuschließen. Die Behörden können Nachweise über Arbeitszeiten oder auch Belastungsanalysen verlangen.

5 Checkliste „Arbeitszeit“ mit Maßnahmen

In der Checkliste „Arbeitszeit“ mit Maßnahmen sind alle Fragen und Antwortmöglichkeiten der Checkliste „Arbeitszeit“ aufgeführt zusammen mit den jeweiligen Beurteilungsebenen „gelb“ und „rot“. Hierzu sind jeweils die entsprechenden Maßnahmen eingetragen, die detailliert in Abschnitt 4 beschrieben werden. Sind keine Kommentare unter dem gelben oder roten Bereich eingetragen, so liegt mit dieser Antwort keine Gefährdung vor, es gilt also der „grüne Bereich“.³

Somit liegen eindeutige Hilfestellungen vor, indem bei „gelb“ Hinweise und Empfehlungen und bei „rot“ Maßnahmen vorzufinden sind. Hier können für jede Frage der Checkliste eindeutig die Einschätzungen zugeordnet werden, inwieweit sie unproblematisch, leicht problematisch oder gefährdend sind. Bei einzelnen Aspekten werden diese Empfehlungen und Maßnahmen durch spezielle Hinweise ergänzt, die kursiv hervor gehoben sind.

		GELB (Hinweise und Empfehlungen)	ROT (Maßnahmen)
1	Wie hoch ist die tariflich vereinbarte durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit (WAZ)?		
	_____ Std.		
2	Wurde diese durchschnittliche WAZ in der Praxis überschritten?		
	Nein		
	Ja, bis zu 48 Std.	Ausgleich gewährleisten	
	Ja, über 48 Std.		Belastungsanalysen Tätigkeitsanalysen
3	Liegt eine opt-out-Regelung vor?		
	Nein		
	Ja, für _____ Std.		Belastungsanalysen Tätigkeitsanalysen
4	Gibt es Regeldienste, die nach dem Dienstplan länger als 8 Std. sind?		
	Nein		
	Ja, bis 10 Std.	Ausgleich gewährleisten	
	Ja, über 10 Std.		Betriebsinterne Analysen Belastungsanalysen Tätigkeitsanalysen Ausgleich gewährleisten

³ Die Fragen 1, 26 und 45 sind Informationsabfragen, denen kein Bereich zugeordnet ist.

		GELB (Hinweise und Empfehlungen)	ROT (Maßnahmen)
5	Kam es in der Praxis vor, dass die geplanten täglichen Dienstzeiten überschritten wurden?		
	Nein		
	Ja	Ausgleich gewährleisten	
6	Sieht der Dienstplan Arbeitszeiten zwischen 23 und 6 Uhr vor?		
	Nein		
	Ja	Arbeitswissenschaftliche Empfehlungen beachten	
7	Sind nach dem Dienstplan die Pausen in den Regeldiensten, die mehr als 6 und bis zu 9 Stunden dauern, mind. 30 Minuten lang?		
	Ja		
	Nein		Dienstplangestaltung
8	Sind nach dem Dienstplan die Pausen in den Regeldiensten, die mehr 9 Stunden dauern, mind. 45 Minuten lang?		
	Ja		
	Nein		Dienstplangestaltung
	Trifft nicht zu, es gibt keine Dienste länger als 9 Std.		
9	Konnten diese Pausenzeiten in der Praxis ohne Verkürzung eingehalten werden?		
	Ja		
	Nein	Tätigkeitsanalyse Verhaltensorientierte Maßnahmen	
10	Kam es vor, dass Pausen ganz entfallen sind?		
	Nein		
	Ja		Tätigkeitsanalyse Verhaltensorientierte Maßnahmen

		GELB (Hinweise und Empfehlungen)	ROT (Maßnahmen)
11	Werden die Gesamtpausenzeiten in Kurzpausen von mind. 15 Minuten aufgeteilt?		
	Nein, Pausen länger		
	Ja, Pausen mind. 15 Minuten	<i>Auf ausreichende Pausenzeiten achten</i>	
	Nein, Pausen kürzer		Betriebsinterne Analysen Verhaltensorientierte Maßnahmen Tätigkeitsanalysen
12	Ist nach dem Dienstplan die kürzeste Ruhezeit zwischen zwei Diensten (Regeldienst - Regeldienst/Bereitschaftsdienst – Regeldienst) mindestens 11 Std. lang ?		
	Ja		
	Nein	Ausgleich gewährleisten	
12.1	Wenn nein, wie lang ist die Ruhezeit vereinbart ?		
	mind. 10 Stunden	Ausgleich gewährleisten	
	mind. 9 Stunden		Ausgleich gewährleisten Dienstplangestaltung Belastungsanalysen
	Noch kürzer		Ausgleich gewährleisten Dienstplangestaltung Belastungsanalysen
13	Ergaben sich in der Praxis (weitere) Verkürzungen bei den geplanten Ruhezeiten?		
	Nein		
	Ja		Ausgleich gewährleisten Dienstplangestaltung
14	Ist nach dem Dienstplan die maximale zusammenhängende wöchentliche Ruhezeit mind. 35 Std. lang?		
	Ja		
	Nein, 34-32 Std.	Ausgleich gewährleisten	
	Nein, kürzer als 32 Std.		Ausgleich gewährleisten Dienstplangestaltung Belastungsanalysen

		GELB (Hinweise und Empfehlungen)	ROT (Maßnahmen)
15	Konnte diese zusammenhängende wöchentliche Ruhezeit innerhalb der letzten 3 Monate eingehalten werden?		
	Ja		
	Nein		Tätigkeitsanalysen Verhaltensorientierte Maßnahmen
16	Wird nach dem Dienstplan regelmäßig an Sonntagen gearbeitet?		
	Nein		
	Ja	Ausgleich gewährleisten <i>Ersatzruhetage einplanen</i>	
16.1	Wenn ja, wurden für den Einsatz an Sonntagen jeweils Ersatzruhetage nach den gesetzlichen Bestimmungen (innerhalb von 14 Tagen) gewährt?		
	Ja		
	Nein		Dienstplangestaltung <i>Ersatzruhetage einplanen</i> Verhaltensorientierte Maßnahmen
17	Sind nach dem Dienstplan jährlich mind. 15 Sonntage (ohne Berücksichtigung von Urlaub) frei?		
	Ja		
	Nein, tarifvertraglich mögliche Reduktion auf 10 Sonntage wird genutzt	<i>Auf zusätzliche Ausgleichstage achten</i>	
	Nein, darunter		Tätigkeitsanalysen Betriebsinterne Analysen Verhaltensorientierte Maßnahmen
18	Wird nach dem Dienstplan an Feiertagen, die auf einen Werktag fallen, gearbeitet?		
	Nein		
	Ja	Ausgleich gewährleisten	

		GELB (Hinweise und Empfehlungen)	ROT (Maßnahmen)
18.1	Wenn ja, wurden für den Einsatz an diesen Feiertagen Ersatzruhetage gewährt?		
	Ja		
	Nein		Dienstplangestaltung
	Nein, tarifvertraglich Verzicht auf Ersatzruhetag vereinbart	Belastungsanalysen	
18.2	Wenn ja, wurden die Ersatzruhetage nach den gesetzlichen Bestimmungen (innerhalb von 8 Wochen) oder tariflichen Bestimmungen (z. B. 3 Monate) gewährt?		
	Ja		
	Nein		Dienstplangestaltung
	Nein, tariflichvertraglich Verzicht auf Ersatzruhetag vereinbart	Belastungsanalysen	
19	Beträgt der gesamte Anteil an Vollarbeit im gesamten Dienst vor und/oder nach BD (z.B. Regeldienste, Übergaben) maximal 8 Stunden?		
	Ja		
	Nein, länger		Dienstplangestaltung Tätigkeitsanalysen
20	Sind in den Bereitschaftsdiensten, sofern sie länger als 9 Std. betragen (inkl. Regeldienstanteile), mind. 45 Minuten Pausen eingeplant?		
	Ja		
	Nein		Dienstplangestaltung
20.1	Wenn ja, konnten diese Pausen in der Praxis ohne Verkürzung eingehalten werden?		
	Ja		
	Nein		Betriebsinterne Analysen Tätigkeitsanalysen

		GELB (Hinweise und Empfehlungen)	ROT (Maßnahmen)
21	Gibt es 24-Stunden-Bereitschaftsdienste?		
	Nein		
	Ja, es gibt BD von 24 Stunden		Belastungsanalysen Tätigkeitsanalysen Dienstplangestaltung
	Ja, es gibt BD von über 24 Stunden		Dienstplangestaltung
22	Gab es in der Praxis Überschreitungen von der geplanten Dauer der Bereitschaftsdienste?		
	Nein		
	Ja		Dienstplangestaltung Betriebsinterne Analysen Verhaltensorientierte Maßnahmen
23	Konnten die sogenannten „inaktiven Zeiten“ in den BD (entsprechend der Auslastungsstufe) innerhalb der letzten 6 Monate eingehalten werden?		
	Ja		
	Nein		Tätigkeitsanalysen Dienstplangestaltung
24	Ist in den BD immer mehr als 1 Arzt vor Ort anwesend?		
	Ja		
	Nein	Betriebsinterne Analysen <i>Vertretungsregelungen festlegen</i> <i>Fachliche Unterstützung gewährleisten</i>	
25	Wie viele Bereitschaftsdienste, die in den Nachtstunden liegen und mind. 13 Stunden lang sind, werden nach dem Dienstplan in Folge abgeleistet?		
	Jeweils nur 1		
	2 bis 3	Belastungsanalyse Tätigkeitsanalyse	
	Mehr als 3		Belastungsanalyse Tätigkeitsanalyse Dienstplangestaltung

		GELB (Hinweise und Empfehlungen)	ROT (Maßnahmen)
26	Wie viele Bereitschaftsdienste werden nach Dienstplan pro Monat pro Arzt geleistet?		
	_____ Dienste		
27	Kommt es vor, dass Ärzte in der Praxis mehr BD leisten?		
	Nein		
	Ja	Dienstplangestaltung Betriebsinterne Analysen	
28	Gibt es bereichs- bzw. abteilungsübergreifende Bereitschaftsdienste?		
	Nein		
	Ja	Betriebsinterne Analysen <i>Übereinstimmung der Fachgebiete abklären</i> <i>Vertretungsregelungen festlegen</i> <i>Fachliche Unterstützung gewährleisten</i>	
29	Ist die Ruhezeit nach Nacht-Bereitschaftsdiensten, die länger als 12 Std. dauern, mind. 11 Std. lang ?		
	Ja		
	Nein		Dienstplangestaltung
30	Ist die Ruhezeit nach mehreren aufeinanderfolgenden Nacht-Bereitschaftsdiensten , die länger als 12 Std. dauern, mind. 24 Std. lang ?		
	Ja		
	Nein		Dienstplangestaltung
31	Sieht das Schichtsystem Nachtarbeit vor?		
	Nein		
	Ja	Arbeitswissenschaftliche Empfehlungen beachten <i>Weitere Vorgaben nach § 6 ArbZG beachten</i>	

		GELB (Hinweise und Empfehlungen)	ROT (Maßnahmen)
32	Sieht das Schichtsystem Sonntagsarbeit vor?		
	Nein		
	Ja	Ausgleich gewähren <i>Ersatzruhetag beachten</i> Dienstplangestaltung	
33	Gibt es Schichten, die länger als 10 Stunden sind?		
	Nein		
	Ja		Ausgleich gewähren Belastungsanalyse
34	Wurde innerhalb der letzten 3 Monate in den einzelnen Schichten länger als nach dem Plan gearbeitet?		
	Nein		
	Ja	Betriebsinterne Analyse Tätigkeitsanalyse	
35	Erfolgte innerhalb von 4 Wochen ein Ausgleich auf durchschnittlich 8 Std.?		
	Ja		
	Nein		Tätigkeitsanalyse Dienstplangestaltung Verhaltensorientierte Maßnahmen
36	Wann beginnt die Frühschicht?		
	6 Uhr und später		
	Vor 6 Uhr	Dienstplangestaltung	
37	Wie viele Nachtschichten kommen maximal in Folge vor?		
	1 bis 3		
	Mehr als 3		Dienstplangestaltung Verhaltensorientierte Maßnahmen
38	Kommt Dauernachtarbeit vor?		
	Nein		
	Ja		Dienstplangestaltung Verhaltensorientierte Maßnahmen

		GELB (Hinweise und Empfehlungen)	ROT (Maßnahmen)
39	Wie lang ist die Ruhezeit nach einer Folge von mehreren Nachtschichten?		
	24 Std. und länger		
	Kürzer als 24 Std.		Dienstplangestaltung Verhaltensorientierte Maßnahmen
40	Werden regelmäßige arbeitsmedizinische Untersuchungen für Nachtarbeiter gewährleistet?		
	Ja		
	Nein	Verhaltensorientierte Maßnahmen <i>Untersuchungen anregen</i>	
41	Sind nach dem Dienstplan mindestens zwei komplette Wochenenden (Sa und So) innerhalb von 4 Wochen frei?		
	Ja		
	Nein	Dienstplangestaltung	
42	Waren diese geplanten freien Wochenenden innerhalb der letzten 3 Monate tatsächlich frei?		
	Ja		
	Nein	Betriebsinterne Analyse Personalbedarfsanalyse	
43	Wie viele Urlaubstage werden grundsätzlich im Jahr gewährt?		
	Mind. 20 Tage		
	Weniger als 20 Tage		20 Tage jährlich sind nach dem Bundesurlaubsgesetz zu gewähren
44	Konnte dieser Urlaub im letzten Kalenderjahr von allen Beschäftigten genommen werden?		
	Ja		
	Nein	Betriebsinterne Analyse	
45	Gibt es Arbeitszeitkonten?		
	Nein		
	Ja		

		GELB (Hinweise und Empfehlungen)	ROT (Maßnahmen)
46	Wurde die Anzahl der vereinbarten Plusstunden innerhalb des vereinbarten Ausgleichszeitraums überschritten?		
	Nein		
	Ja	Betriebsinterne Analysen <i>Mehrarbeit kontrollieren</i> <i>Rahmenbedingungen nachprüfen</i> <i>Möglichkeiten für Abbau schaffen</i> <i>Personelle und organisatorische Maßnahmen ergreifen</i> Tätigkeitsanalysen	
47	Konnten überzählige Plusstunden innerhalb des Ausgleichszeitraums abgebaut werden?		
	Ja		
	Nein	Betriebsinterne Analysen <i>Mehrarbeit kontrollieren</i> <i>Rahmenbedingungen nachprüfen</i> <i>Möglichkeiten für Abbau schaffen</i> <i>Personelle und organisatorische Maßnahmen ergreifen</i> Tätigkeitsanalysen	
48	Können die Beschäftigten auf das Arbeitszeitkonto zugreifen?		
	Ja		
	Nein	Betriebsinterne Analysen <i>Rahmenbedingungen anpassen</i> <i>Ggf. Betriebs-/Dienstvereinbarung ändern</i>	
49	Können Dienste getauscht werden?		
	Ja		
	Nein	Betriebsinterne Analysen <i>Rahmenbedingungen anpassen</i> Verhaltensorientierte Maßnahmen	

		GELB (Hinweise und Empfehlungen)	ROT (Maßnahmen)
50	Kommen kurzfristige Änderungen des Dienstbeginns oder des Dienstendes vor (weniger als 2 Tage zuvor)?		
	Nein		
	Ja	Betriebsinterne Analyse Personalbedarfsplanung	
51	Liegen bei den beschäftigten Ärzten Überstunden vor?		
	Nein		
	Ja	Betriebsinterne Analyse Personalbedarfsplanung Tätigkeitsanalyse	
52	Gab bzw. gibt es einen Ausgleich für die Überstunden?		
	Ja, in Form von Freizeit		
	Ja, in Form von Geld	<i>Ausgleich in Form von Freizeit bevorzugen</i>	
	Nein		Ausgleich gewährleisten
53	Sind Nebentätigkeiten genehmigt?		
	Nein		
	Ja	Belastungsanalyse Tätigkeitsanalyse Verhaltensorientierte Maßnahmen	

6 Tätigkeitsanalyse

Neben der Notwendigkeit von Dienstplangestaltung und Belastungsanalysen wird verstärkt auf Tätigkeitsanalysen in Form von Aufzeichnungen verwiesen. Da Arbeitszeit nie losgelöst von Arbeitsorganisation und Tätigkeitsstrukturen gesehen werden kann, sollten über eine Tätigkeitsanalyse die Anteile sowie Dauer und Lage der spezifisch ärztlichen Tätigkeiten erfasst werden. Darauf basierend können z. B. Tätigkeitsabläufe hinterfragt und neu gestaltet werden. Flankierend zu diesen Veränderungen können evtl. neue Dienstzeiten oder -abfolgen auf die jeweilige Abteilung zugeschnitten erstellt werden. Auf dieser Grundlage können sowohl verhältnisorientierte Maßnahmen zu organisatorischen, strukturellen und personellen Aspekten als auch verhaltensorientierte Maßnahmen zu Aufklärung und Unterstützung der Beschäftigten abgeleitet werden, die auf Wirksamkeit und Nachhaltigkeit überprüft werden und somit einen Beitrag zur dauerhaften Gefährdungsbekämpfung leisten.

Gerade Krankenhäuser haben traditionell gewachsene Strukturen, personell eng bemessene Rahmenbedingungen und aufwändige Schnittstellenproblematiken zwischen verschiedenen Bereichen, wie z. B. zum Pflege- oder Funktionsbereich. Daher müssen zukunftssträchtige, gesundheits- und sozialverträgliche Strukturen entwickelt und umgesetzt werden, die die Einführung neuer Arbeitszeitregelungen unterstützen.

Tätigkeitsaufzeichnungen geben in nachgewiesener Weise Hinweise und zeigen auf, an welchen Stellen Optimierungsmöglichkeiten bestehen und durchführbar sind. Sie dienen im positiven Sinne der Prozessoptimierung. Diese Form der IST-Analyse erleichtert in erheblichem Maße das bestehende Personal effektiver einzusetzen und organisatorische Veränderungsmöglichkeiten im Arbeitsablauf aufzudecken und diese auch umzusetzen. Gerade diese Aspekte können durch eine mögliche Verknüpfung mit dem im Hause eingesetzten Qualitätsmanagement bearbeitet werden.

6.1 Literaturrecherche zu Kategorien ärztlicher Tätigkeiten

Die bisherige Praxis sah eine Dokumentation der Inanspruchnahmen in Bereitschaftsdiensten in der Regel nach den Kategorien „Notfälle“ vs. „Routinetätigkeiten“ vor. Diese wurden mit den Zeitpunkten von Beginn und Ende bzw. der Dauer aufgeführt. Zur Einschätzung der Auslastungsstufen wurden jeweils nur die „Notfälle“ berücksichtigt, die in den Bereitschaftsdiensten ausgeführten Routinetätigkeiten wurden für die Berechnung der Auslastung bzw. der entsprechenden Vergütung nicht hinzugezogen. Die entsprechenden Vereinbarungen werden zumeist krankenhausintern getroffen. Um entsprechende Maßnahmen im Hinblick auf organisatorische, personelle und arbeitszeitliche Aspekte formulieren zu können, sollten jedoch mehr als 2 Tätigkeitskategorien vorliegen.

Um später eine handhabbare Anzahl von allgemein gültigen Tätigkeitskategorien für Tätigkeitsanalysen einsetzen zu können, wurde zum einen eine *Literaturrecherche* zu ärztlichen Tätigkeiten und deren Belastung und Beanspruchung durchgeführt, zum anderen die *Ergebnisse von umfangreichen Tätigkeitsaufzeichnungen* von über 200 Ärzten über mehrere Wochen aus unterschiedlichsten Krankenhäusern zugrun-

de gelegt sowie letztendlich per *Expertenurteil* eine optimierte Zusammenstellung von relevanten Tätigkeitskategorien aufgestellt.

Das ärztliche Aufgabenfeld umfasst je nach Autor oder Untersuchungsziel unterschiedliche Kategorien. So unterscheidet Hafner (1983; nach Wadsack und Mühlbauer 1999; S. 12) 5 große Bereiche: Diagnose, Therapie, Stationsdienst, Ärztliche Besprechungen sowie Organisation und Führung. Tabelle 6.1 zeigt, welche Tätigkeiten unter diese Oberbegriffe fallen. Diese Aufstellung eines weit gefächerten ärztlichen Einsatzbereiches diene vor allem der Beschreibung der ärztlichen Tätigkeiten im Leistungsprozess des Krankenhauses sowie im verfügbaren Arbeitszeitbudget. Wadsack und Mühlbauer (1999) betonen, dass die Anforderungen in diesen Kategorien sich nach den verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen richten, jedoch vergleichbare Strukturen und Verteilungen im Verlauf des Tages aufzeigen.

Tab. 6.1 Ärztliches Aufgabenfeld nach Hafner (1983)

Diagnose	Untersuchungen in Stations- und Spezialuntersuchungsräumen Instituts- und Labordienste
Therapie	Behandlungen in Operations- und sonstigen Behandlungsräumen der med. Fachrichtungen, Institute und ärztlichen Hilfsdienste
Stationsdienst	Visiten, Krankenüberwachung, med. Verwaltung (Krankengeschichten, Gutachten, Berichte, ärztl. Schriftverkehr)
Ärztliche Besprechungen	Oberärzte, Stationsärzte, Fachärzte, Demonstrationen Konsilien und Wissenschaft
Organisation und Führung	Planung, Ordnung, Koordination, Kontrolle, Information, Kommunikation Besprechungen mit Pflege, Verwaltung, Krankenhausträger, sonstigen, Fortbildung

In einem Vortrag zu neuen Berufsbildern im Krankenhaus unterscheidet Weber (2007) delegationsfähige und nicht delegationsfähige ärztliche Tätigkeiten. Aus den delegationsfähigen Tätigkeiten können sich neue Berufsbilder und damit eine Entlastung der Ärzte ergeben. Die Vorschläge beziehen sich in der Hauptsache auf Stationsarbeiten, Assistenz bei Operationen und Verwaltung.

Ausgehend von der Feststellung, dass in der letzten Zeit sogenannte „nicht-ärztliche Tätigkeiten“ stark zunehmen und sich die Arbeitssysteme schnell verändern, spricht sich Kaufmann (2007) zum Zweck einer Reorganisation des Arbeitssystems Krankenhaus für eine Erfassung von unabdingbar ärztlichen Tätigkeiten aus. Dazu wurden per Selbstaufschreibungen zunächst der Anteil an Aufgabenblöcken (Makro) erfasst, die anschließend jeweils einer Mikroanalyse unterzogen werden können. Tabelle 6.2 zeigt 10 Tätigkeitsblöcke für Assistenzärzte der Inneren Medizin sowie beispielhaft die Mikroebene für den ersten Block F01 „Rein ärztliche Tätigkeit“. Danach kann zum Beispiel für die Unterkategorie „Befunde auswerten“ eine Detailanalyse erfolgen, deren Ergebnisse Schwierigkeiten erkennbar machen und gezielte Maßnahmen nahe legen können.

Tab. 6.2 Tätigkeitsblöcke nach Weber (2007)

F01	Rein ärztliche Tätigkeit	Blutabnahme/ZVK Anlagen etc. Untersuchungen ohne Med. Techn. Gerät Therapien Punktionen Sonographien Befunde auswerten Notfallintervention Ärztlich erforderliche Patientenbegleitung
F02	Ärztliche Dokumentation	
F03	Besprechung und Patientenübergabe	
F04	Nicht ärztliche Organisation	
F05	Visite	
F06	Bildschirmtätigkeit	
F07	Angehörigengespräch/Hausarztkontakt	
F08	Patientenaufnahme (Anamnese) und -entlassung	
F09	Aufklärungsgespräche	
F10	Arztbriefe	

In einer Untersuchung von Arbeitszeiten und Arbeitsinhalten in 14 Krankenhäusern im Kanton Bern (Spycher et al., 1999) standen die Dauer und Verwendung der Arbeitszeit im Mittelpunkt. Differenziert nach unterschiedlichen Dienstarten, führten insgesamt 322 Assistenz- und Oberärzte an 7 Tagen über jeweils 24 Stunden im 15-Minuten-Raster Buch über ihre Tätigkeiten. Tabelle 6.3 zeigt eine Aufstellung aus dem Bericht mit 11 Tätigkeitskategorien aus den vier Bereichen Ärztliche Tätigkeiten, Weiterbildung und Forschung, Ruhezeiten, sonstige Tätigkeiten.

Tab. 6.3 Tätigkeitskategorien nach Spycher et al. (1999)

Tätigkeiten mit direktem Patientenkontakt
Operationen
Patientenbezogene Tätigkeiten
Administration
Explizite Weiterbildung
Forschung/Lehre
Dissertation/Habilitation
Zwischenzeiten
Pause im Bereitschaftsdienst
Schlaf im Bereitschaftsdienst
Sonstiges

In einer großen Studie zu Belastungen und Beanspruchungen von Ärzten in Bereitschaftsdiensten haben Richter et al. (2005) die prozentualen Anteile von Tätigkeiten erfasst. Abbildung 6.1 zeigt ein Beispiel für die 19 Kategorien einer Chirurgischen Klinik und deren prozentuale Anteile an der Gesamtaktivzeit in einem Bereitschaftsdienst zwischen 15:30 Uhr und 7:00 Uhr. Hier wird deutlich, dass die Tätigkeitskategorien für das chirurgische Fachgebiet maßgeschneidert sind.

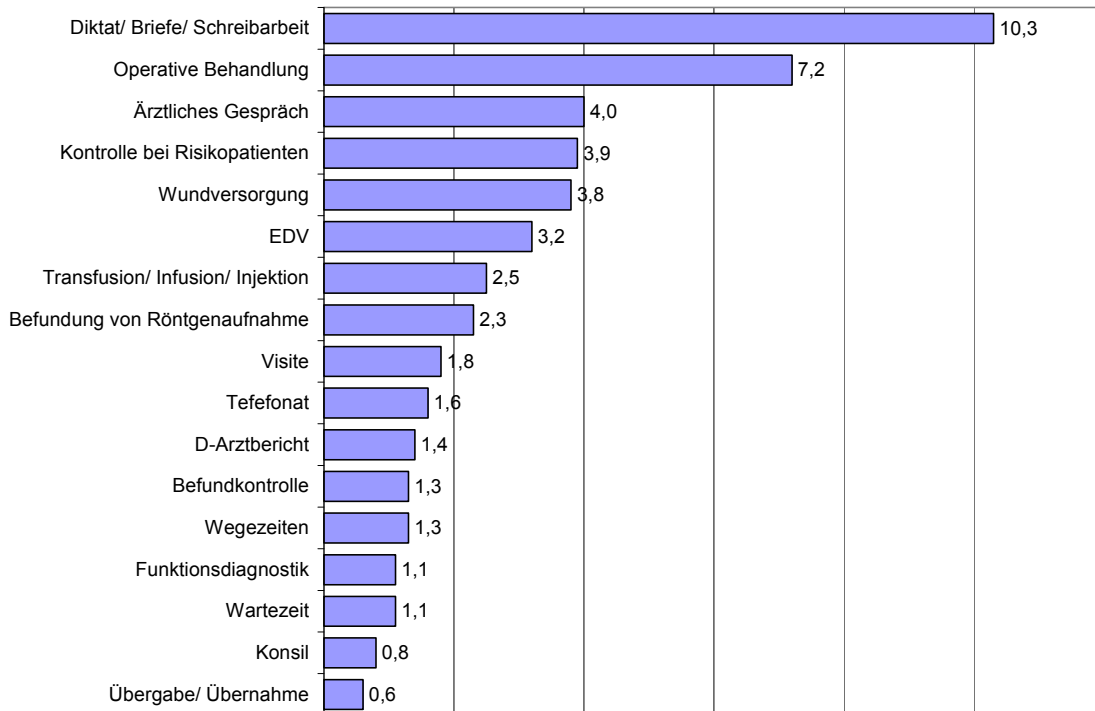


Abb. 6.1 Beispiel für prozentuale Anteile der Gesamtaktivitäten einer Chirurgischen Klinik nach Richter et al. (2005)

Richter et al. (2005) setzten zudem ein Belastungstagebuch ein, in dem Ärzte an jeweils 2 Arbeitstagen mit Bereitschaftsdienst Schlaf- und Ruhezeiten, außergewöhnliche Belastungen, Eigenzustände und momentane Anstrengung (Eilers et al., 1986) eintrugen. Zudem wurde über 24 Stunden eingetragen, welche Tätigkeiten von wann bis wann ausgeführt wurden. In diesem Tagebuch waren die Tätigkeitskategorien jedoch weit zusammengefasst (Tabelle 6.4).

Tab. 6.4 Tätigkeitskategorien im Belastungstagebuch (Richter et al., 2005)

Patientenbetreuung
Patientendokumentation
EDV/Computerarbeit
Konferenzen/Mitarbeitergespräche
Weiterbildung
Nebenberufliche Tätigkeit
Pausen/Freizeit
Schlaf/Ruhezeit
Sonstiges

Peter und Ulich (2003) berichten über Erfahrungen aus zwei Projekten zur Analyse der Arbeitssituation von Assistenz- und Oberärzten in der Schweiz. Eines der Ziele dieser Prozessanalysen war es, durch eine Optimierung der Arbeitsabläufe direkt die Arbeitszeiten der Ärzte zu verringern. Neben Fragebögen und Interviews wurden stichprobenartig auch quantitative Tätigkeitsbeobachtungen über komplette Dienste

sowohl von Assistenz- als auch von Oberärzten durchgeführt, indem Lage und Dauer einzelner Tätigkeiten erfasst wurden. Die Beobachtungshauptkategorien sind in Tabelle 6.5 aufgeführt. Die Ergebnisse zeigen allgemein, dass die beobachteten Tätigkeitsanteile über die Zeit der Dienste hinweg häufig wechseln und die Ärzte einen beträchtlichen Anteil „nicht-ärztlicher“ Tätigkeiten zu erledigen haben. Die Ergebnisse wurden gemeinsam mit den anderen Daten auf Redundanzen überprüft, um so Anhaltspunkte für eine Optimierung der Arbeitsabläufe zu erhalten.

Tab. 6.5 Tätigkeitskategorien nach Peter & Ulich (2003)

Medizinische Maßnahmen
Dienstleistungsrelevante Administration
Institutsbezogene Tätigkeiten/Administration
Projektarbeit
Persönliche Weiterbildung
Ausbildung und Lehre
Forschung
Wege und Transporte
Arbeitsablaufbedingte Unterbrechungen und Wartezeiten
Pausen und Regenerationszeit
Sonstige Tätigkeiten

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in den verschiedenen Veröffentlichungen zum Thema „Belastung und Beanspruchung ärztlicher Tätigkeiten“ die Berücksichtigung einzelner Tätigkeiten selten das Thema ist, sondern dass Belastungsanalysen immer eher arbeitsplatzbezogen sind. Außerdem wurde das ärztliche Aufgabengebiet stets in Kategorien aufgeteilt, die sich von Untersuchung zu Untersuchung unterschieden. Im Resümee kann gesagt werden, dass durch die Literaturrecherche die hier vorliegende Fragestellung nach einer Vereinheitlichung von Kategorien nicht ausreichend unterstützt wird.

6.2 Ergebnisse von Tätigkeitsaufzeichnungen in Krankenhäusern

In den Jahren 2000 bis 2005 wurden von AWiS-consult (Grzech-Sukalo & Hänecke, 2005; 2007) in mehreren Krankenhäusern Tätigkeitsaufzeichnungen von Ärzten, die Bereitschaftsdienste leisten (das waren in der Regel Assistenzärzte), durchgeführt. Der Zeitraum umfasste jeweils 4 Wochen mit allen Regel- und Bereitschaftsdiensten in der Woche und am Wochenende. Die hier dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf 6 Abteilungen; dabei handelt es sich um 3 Kliniken der Inneren Medizin, 2 chirurgische Abteilungen und 1 Urologie. Die Tätigkeitskategorien wurden in jedem Krankenhaus zusammen mit einer Arbeitsgruppe für die betroffene Abteilung individuell zugeschnitten. Das war zu dem Zeitpunkt notwendig, um in den konkreten Prozessen detaillierte Ergebnisse zu erhalten und eventuelle Maßnahmen im organisatorischen, personellen und arbeitszeitlichen Bereich ganz speziell auf die jeweilige Abteilung zuzuschneiden. So konnten ursprünglich ca. 60 einzelne Kategorien identifiziert werden, die sich natürlich nach der Fachrichtung und damit der Aufgabenstruktur der jeweiligen Abteilung (z. B. Chirurgie vs. Innere Medizin), aber auch nach der konkreten Fragestellung bzw. Zielsetzung der Intervention (z. B. Beseitigung von Engpässen oder Problemen in unterschiedlichen Bereichen) unterschieden. Die Auswertungen zeigten häufig, dass bestimmte Tätigkeiten von den Ärzten als sehr relevant für die Aufzeichnungen angesehen wurden, die im Ergebnis aber dann nur einen geringen Prozentsatz ausmachten. Zusätzlich war die Zuordnung einzelner Tätigkeiten zu den Kategorien nicht einheitlich.

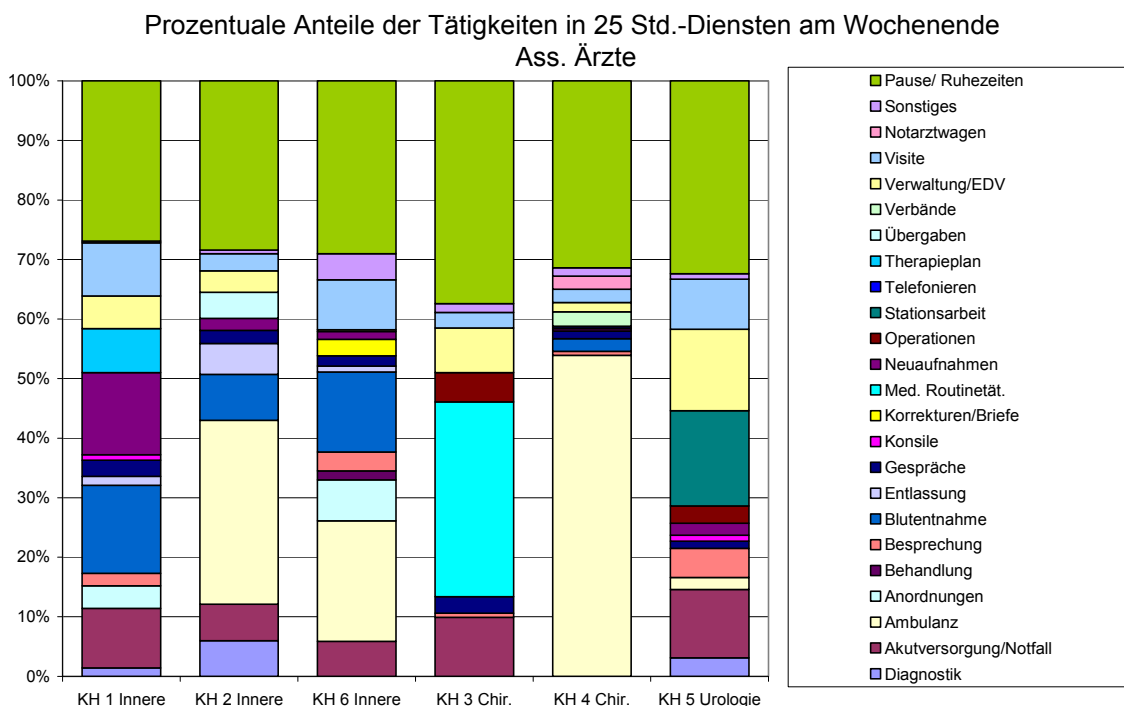


Abb. 6.2 Beispiel von prozentualen Anteilen verschiedener Tätigkeiten für Wochenenddienste

Abbildung 6.2 zeigt beispielhaft die Prozentanteile der verschiedenen Tätigkeiten für 25-Stunden-Dienste am Wochenende (Ass. Ärzte) aus 6 Abteilungen. Der Anteil der

Pausen bzw. Ruhezeit beträgt zwischen 26,9 % und 37,4 %, was für den Zeitraum von 25 Stunden einer Zeit von 6,7 bzw. 9,4 Stunden entspricht. Vor allem aber wird deutlich, dass die Anteile der verschiedenen Tätigkeiten sehr unterschiedlich ausgeprägt sind, auch wenn diese hier schon auf insgesamt 23 Kategorien zusammengefasst wurden.

6.3 Expertenurteil zur Bildung von Tätigkeitskategorien

Daher wurden auf der Grundlage der bisherigen Tätigkeitsaufzeichnungen in einem Expertenurteil insgesamt 15 neue Kategorien entwickelt, die nun unabhängig von individuellen Zielsetzungen eines Interventionsprozesses sind. In Tabelle 6.6 sind sie zusammen mit den zugeordneten Einzeltätigkeiten aufgeführt.

Tab. 6.6 Tätigkeitskategorien

	Bezeichnung	einzelne Tätigkeiten
1	Stationstätigkeit	Behandlung außerhalb der Visiten, Verbandswechsel, Medikamentengaben, IV-Therapie, Spritzen, Blutentnahmen etc.
2	Verwaltung/Dokumentation patientenbezogen	Krankenakte, Hausarztkontakt, Angehörigengespräche, Kurzarztbriefe, Briefe, Info an Oberarzt, Telefonate, Befunde sichten, Aufrufen alter Befunde, DRG-Einträge, Briefe kontrollieren, Interaktion mit Pflege und Funktionsbereichen, Kurvenführung
3	Verwaltung/ Dokumentation organisatorisch etc.	Telefonate, EDV, Dienstplan erstellen, Mitarbeitergespräche Materialanforderung, Qualitätssicherung und -management, Telefonate, Post
4	Notfallambulanz	Ambulanzdienst, Anamnese, Körperliche Untersuchungen, ambulante Behandlung, Info an Oberarzt, Sprechstunde, Diagnostik und Befundung (z.B. Echo, Sono, Röntgen, EKG, Ultraschall, Colo ...), Therapiefestlegung
5	Untersuchung (außerhalb Ambulanzdienst) (auch bei Aufnahmen)	Anamnese, Körperliche Untersuchungen, Aufklärungsgespräche, Abschlussuntersuchung bei Entlassung
6	Apparative Diagnostik (außerhalb Ambulanzdienst) (auch bei Aufnahmen)	Diagnostik und Befundung (z.B. Echo, Sono, Röntgen, EKG, Ultraschall, Colo ...), Therapiefestlegung
7	Operationen	längerandauernde Operationstätigkeit im OP-Saal (> 3 Std.)
8	"kleine" Eingriffe	Eingriffe und Operationen von kurzer Dauer im OP-Saal oder in Behandlungsräumen
9	Notfall auf Station	Problempatient, Notfallbehandlung, Akutversorgung
10	Besprechungen	Tagesplanung, Abteilungs-/Stationsbesprechung, Intensivbesprechung, Röntgenbesprechung, Befundung, Therapiefestlegung, Übergaben, Übergaben Pflege, Therapieplan
11	Visiten	Visiten, Chefarztvisiten, patientenbezogene Betreuung während der Visite, Anordnungen, Therapiefestlegung
12	Therapiegespräche Therapietätigkeit	therapeutische Behandlung, Patientengespräch
13	Intensivstation	Patientenkontrolle und -betreuung auf Intensivstation
14	Notarztwagen	Einsatz mit dem Notarztwagen

Die Daten aus den schon erwähnten Tätigkeitsaufzeichnungen wurden den neuen Kategorien zugeordnet. Die Ergebnisse sind in den Abbildungen 6.3 und 6.4 dargestellt und lassen sich wie folgt zusammenfassen: Deutlich kann man die Anteile für Pausen erkennen, die auch die „inaktive Zeit“ in den Bereitschaftsdiensten in Abhängigkeit von der Auslastungsstufe beinhaltet. In der Woche liegen die Werte zwischen 22,1 % und 25,8 %. Da in allen diesen Abteilungen die Auslastungsstufe „D“ (bis zu 49 % Inanspruchnahme) vorlag, sind diese Prozentsätze eindeutig zu niedrig. Eine ergänzende Analyse der Daten zeigt, dass sich diese Anteile bei einem angenommenen Beginn des Bereitschaftsdienstes um 15:30 Uhr nur geringfügig erhöhen. Erst wenn man einen Beginn des Bereitschaftsdienstes um 22:00 Uhr annimmt, nähern

sich die prozentualen Anteile für die inaktive Zeit den vorgesehenen 51 %. Dann haben die Ärzte aber schon etwa 14-Stunden-Regeldienst hinter sich.

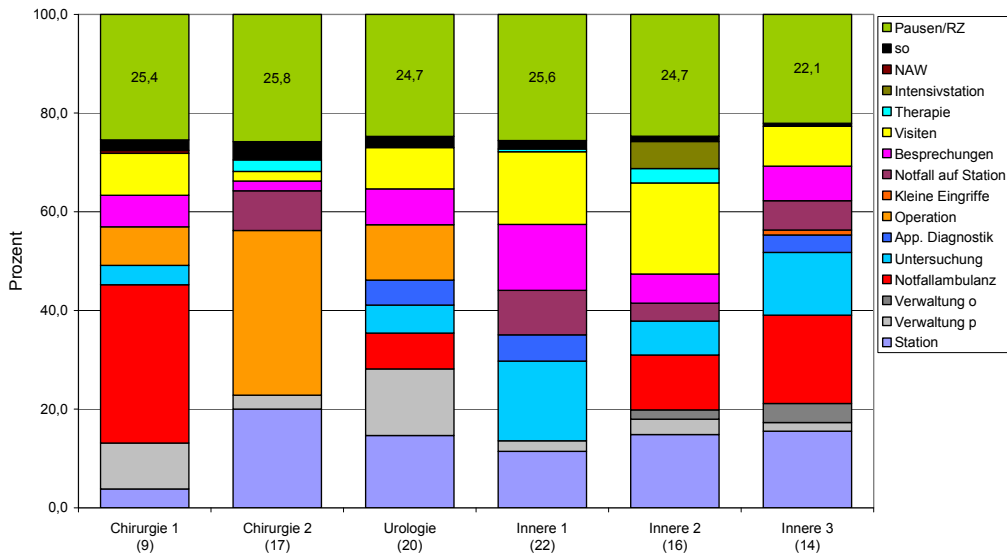


Abb. 6.3 Prozentuale Verteilung von Tätigkeiten in Regel- und Bereitschaftsdiensten in der Woche

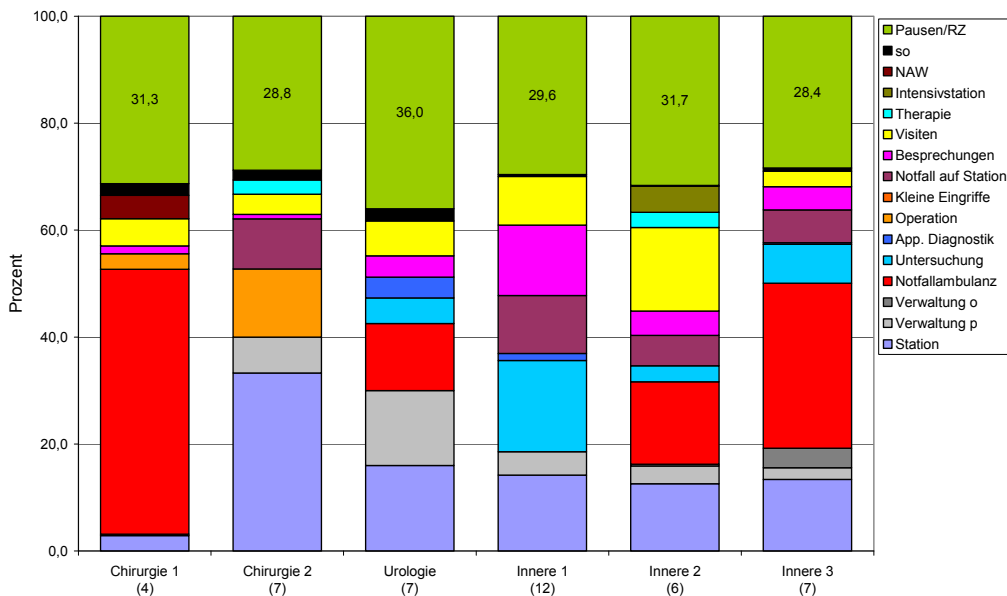


Abb. 6.4 Prozentuale Verteilung von Tätigkeiten in Regel- und Bereitschaftsdiensten am Wochenende

Am Wochenende (Abbildung 6.4) bestehen die Dienste nur aus Bereitschaftsdienstanteilen ohne Regeldienstanteile. Da auch hier die Auslastungsstufe „D“ vorliegt, erweisen sich die Anteile für die inaktiven Zeiten mit Werten zwischen 28,4 % und 36,0 % eindeutig als zu niedrig. Dementsprechend kann an den Tagen des Wochenendes

zu einem nicht unerheblichen Teil von Routinetätigkeiten ausgegangen werden, wie sie in Regeldiensten geleistet werden.

Außerdem geben die Abbildungen Auskunft darüber, in welchem Ausmaß die einzelnen Tätigkeiten ausgeführt werden: So kann man in den Abteilungen der Inneren Medizin davon ausgehen, dass ein Schwerpunkt auf den Visiten liegt, während in den chirurgischen Abteilungen Operationen vorherrschen. Über weitere Auswertungen, z. B. die Lage der Tätigkeiten, können Ansatzpunkte für eine organisatorische und strukturelle Analyse gefunden werden (vgl. Grzech-Sukalo & Hänecke, 2005; Hänecke et al., 2004; Hänecke & Grzech-Sukalo, 2005).

Auffällig ist in diesen Beispielen, dass der berichtete Anteil an Notfällen sehr unterschiedlich war. Das hängt zum Teil mit der abteilungsinternen Definition von Notfällen, aber auch mit der Organisation der Notfallversorgung zusammen. Dieses Problem tritt auch bei anderen Tätigkeitskategorien auf, da es sich hier um eine Sekundäranalyse handelt. Es wird deutlich, dass eine Vereinheitlichung der zugrunde zu legenden Tätigkeitskategorien unabdingbar ist. Dieser Prozess dient ebenso der Entwicklung eines Benchmarking-Ansatzes.

6.4 Befragung zu physischen und psychischen Belastungen

Die in Tabelle 6.5 aufgeführten Tätigkeitskategorien wurden für die Befragung von Ärzten hinsichtlich körperlicher und psychischer Belastung ärztlicher Tätigkeiten zugrunde gelegt. Das Anschreiben sowie der Fragebogen zur Erhebung befinden sich im Anhang.

Diese schriftliche Befragung wurde über das Internet durchgeführt als auch direkt an 3 Krankenhäuser weitergeleitet. Die Rücklaufquote war allerdings sehr gering. 13 Ärzte aus den direkt angeschriebenen Krankenhäusern schickten einen ausgefüllten Fragebogen zurück; über das Internet kam keine Resonanz. In parallel durchgeführten Interviews ergab sich als Ursache der geringen Rücklaufquote die zu diesem Zeitpunkt in Hinblick auf Arbeitszeiten und vor allem der Bezahlung politisch sehr brisante Situation für Ärzte in Krankenhäusern.

Generell zeigen die Ergebnisse (vgl. Abbildung 6.5), dass die körperliche Belastung in der ärztlichen Tätigkeit keine so große Rolle spielt. Hieraus und durch ergänzende Interviews kann der Schluss gezogen werden, dass die Tätigkeiten von Ärzten im Krankenhaus eher Anteile psychischer Belastung als Anteile körperlicher Belastung aufweisen.

Bemerkbar macht sich die psychische Belastung vor allem bei Notfällen, Noteinsätzen und Betreuung von Patienten auf der Intensivstation. Alle weiteren Tätigkeiten liegen in der Einschätzung im mittleren bzw. unteren Bereich. In den Interviews nennen die Ärzte eher übergreifende Aspekte, wie Zeit-, Entscheidungs- und Handlungsdruck als belastend. Auch fehlender Zusammenhalt des Teams und mangelnde Führungsqualitäten des Chefarztes werden als belastend genannt. Diese Punkte erstrecken sich jedoch auf die ärztliche Tätigkeit im Allgemeinen und die Rahmenbedingungen und differenzieren nicht nach einzelnen Tätigkeiten.

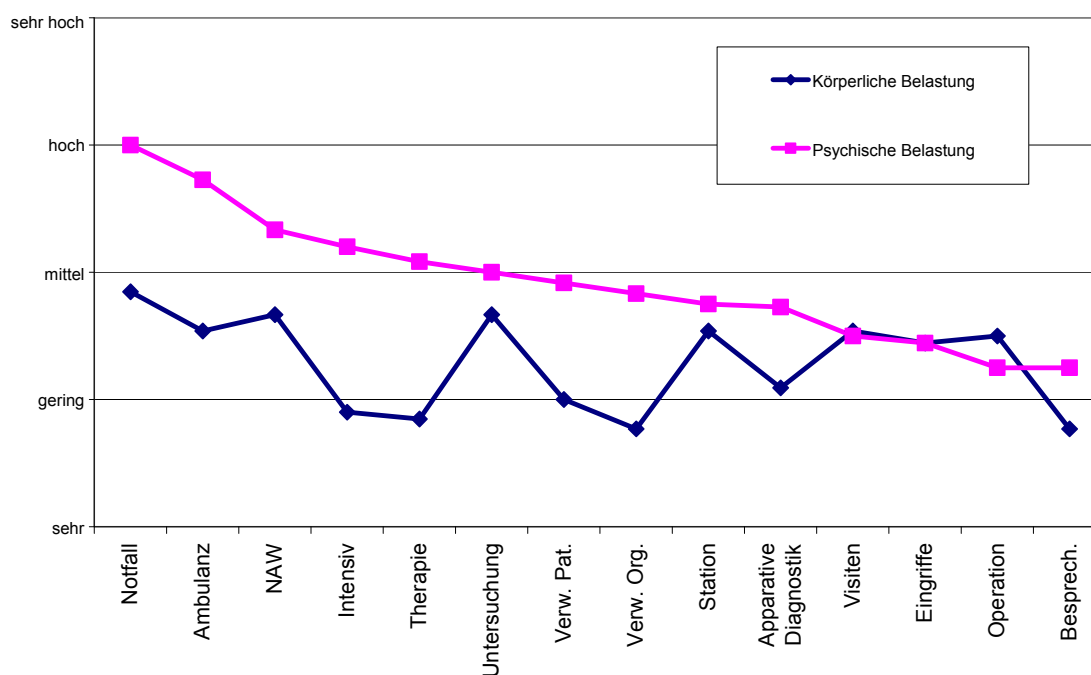


Abb. 6.5 Belastungen absteigend sortiert nach der Höhe der psychischen Belastung

Trennt man die Ergebnisse nach Qualifikation so zeigt sich ein Trend, dass Assistenzärzte im Gegensatz zu Oberärzten generell eine höhere Belastung angeben. Für Unterschiede bei den einzelnen Fachrichtungen ist keine Tendenz auszumachen. Aufgrund der kleinen Stichprobe sind diese Ergebnisse allerdings mit Vorsicht zu betrachten.

Als Fazit daraus als auch aus Gesprächen mit Vertretern des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) sowie der Gewerbeaufsicht und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ergab sich, dass zur einfachen Handhabbarkeit weitere Kategorien zusammengefasst werden und entsprechende Anleitungen und Formulare zu entwickeln sind.

6.5 Entwickelte Tätigkeitskategorien

In Tabelle 6.7 sind die noch verbleibenden und sich als relevant herausgestellten Tätigkeitskategorien aufgeführt. Die Erfassung von Dauer und Lage dieser Tätigkeiten stellt im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung von Arbeitszeiten einen wesentlichen Aspekt in Form einer Maßnahme dar.

Anleitung, Formblatt sowie eine Auswertungshilfe auf Excel-Basis befinden sich im Anhang. Die ausgewerteten Daten lassen Rückschlüsse auf die mit den Tätigkeiten verbundenen Belastungen zu und geben Anhaltspunkte zu geeigneten organisatorischen, personellen und auch arbeitszeitspezifischen Veränderungen.

Tab. 6.7 Endgültige Tätigkeitskategorien

Tätigkeitskategorien			
Nr.	Kürzel	Kategorie	Tätigkeiten
1	N	Notfall/Ambulanz	Notfall/Ambulanz/NAW Einsatz/Notfall auf Station
2	S	Stationsarbeit	Stationsarbeit/Visiten/Besprechungen/Betreuung auf Intensivstation/Untersuchungen/Patientengespräche
3	O	Operation/ Therapie	Operation/Therapeutische Arbeit
4	D	Apparative Diagnostik	Apparative Diagnostik (z. B. Röntgen, EKG)
5	V	Verwaltung	Verwaltung/Briefe/Telefonate
6	SO	Sonstiges	Sonstiges
7	P	Pause/inaktive Zeiten	Pausenzeiten in Regeldiensten/inaktive Zeiten in Bereitschaftsdiensten

7 Ausblick

Das entwickelte und in diesem Bericht vorgestellte Verfahren zur Gefährdungsbeurteilung im Hinblick auf die Arbeitszeit wurde im ersten Schritt für den Krankenhausbereich erstellt. Somit sind hierbei die Besonderheiten von Bereitschaftsdiensten u. a. bedingt durch die im Arbeitszeitgesetz formulierten Öffnungsklauseln besonders behandelt. Es ist anzuraten, dieses Instrument in der Praxis der Krankenhäuser einzusetzen und zu erproben. Durch diese Evaluation können Hinweise für sinnvolle Änderungen gegeben werden.

Generell gelten in diesem Instrument alle Vorgaben und Rahmenbedingungen wie in anderen Branchen allerdings ohne die Besonderheiten, die sich durch Tarifverträge ergeben. Allerdings sind im Krankenhausbereich Einschränkungen vorzufinden, die in anderen Branchen weniger gelten. Da diese Gefährdungsbeurteilung somit für einen rigiden Bereich entwickelt wurde, ist die Übertragbarkeit auf andere Branchen mit zumeist weniger rigiden Vorgaben relativ einfach möglich und sollte genutzt werden, da bisher noch kein Verfahren dieser Art zur Gefährdungsbeurteilung im Hinblick auf Arbeitszeiten vorliegt.

Im Zuge der demographischen Entwicklung mit dem einhergehenden Anstieg des Rentenalters ist dringend so frühzeitig wie möglich auch auf gesunde Arbeitszeiten zu achten im allgemeinen Sinne eines präventiven Gesundheitsschutzes. Deshalb kann dieses Instrument mit wenigen Anpassungsschritten auch auf andere Branchen übertragen werden.

Allerdings ist das derzeitig entwickelte Instrument als eine „Light-Variante“ zu verstehen. Aus Zeitgründen musste darauf verzichtet werden, mögliche Wechselwirkungen, die sich im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung im Hinblick auf Arbeitszeit ergeben können, einzubeziehen. Hierzu gehören sogenannte „Wenn-Dann-Beziehungen“: Wenn z. B. in der vorliegenden Variante eine sogenannte opt-out-Regelung vorliegt und zudem noch Nebentätigkeiten erlaubt sind, ergibt sich durch diese Kombinationswirkung eine besondere Gefährdung. Dies gilt auch für negative Abweichungen von Vorgaben, z. B. der Pausenzeiten. Es bleibt zu hinterfragen, ob sofort nach Überschreitung ein Warnhinweis zu vergeben ist oder ob es zukünftig nicht sinnvoller ist, eine Maßeinheit für Über- oder Unterschreitungen (z. B. Wie viele Minuten wurden die Pausenzeiten durchschnittlich unterschritten?) zu ermitteln und in eine erweiterte Checkliste einzubeziehen. Dadurch könnte dieses Instrument zu Gefährdungsbeurteilung im Hinblick auf Arbeitszeiten noch besser an die Praxis angepasst werden.

8 Literaturverzeichnis

Anzinger, R.; Koberski, W.: Kommentar zum Arbeitszeitgesetz. 2. überarb. Aufl. Frankfurt/Main: Verlag Recht und Wirtschaft GmbH, 2005

Arbeitsschutzgesetz vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1246), zuletzt geändert durch Artikel 227 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407)

Arbeitszeitgesetz vom 6. Juni 1994 (BGBl. I S. 1170), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3002)

Beermann, B.: Arbeitswissenschaftliche und arbeitsmedizinischen Erkenntnisse zu überlangen Arbeitszeiten. In: Nickel, P.; Hänecke, K.; Schütte, M.; Grzech-Sukalo, H. (Hrsg.): Aspekte der Arbeitspsychologie in Wissenschaft und Praxis. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 181-205, 2004

Beermann, B.: Leitfaden für Einführung und Gestaltung von Nacht- und Schichtarbeit. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) Dortmund 2005

Eilers, K.; Nachreiner, F.; Hänecke, K.: Entwicklung und Überprüfung einer Skala zur Erfassung subjektiv erlebter Anstrengung. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 40, S. 215-224, 1986

Europäische Arbeitszeitregelung, 1. Richtlinie 2003/88/EG vom 4. November 2003

Grzech-Sukalo, H.; Hänecke, K.; Jaeger, C.; Nachreiner, F.: Software-gestützte Arbeitszeitgestaltung in der Praxis. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) Dortmund, 2004

Grzech-Šukalo, H.; Hänecke, K.: Gestaltung der Arbeitszeit – Innovative Ansätze und Modelle -. Qualität der Arbeit im Gesundheitssektor. Frühjahrstagung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 07. und 08. Juni 2004, Tb 142, 2005

Grzech-Sukalo, H.; Hänecke, K.: Alte und neue Arbeitszeiten in Krankenhäusern im Vergleich: Welche Auswirkungen hat das EuGH-Urteil? Vortrag und Veröffentlichung; 14 Workshop Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit „Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit“; Potsdam 21.-23. Mai 2007, S. 207-210, 2007

Hänecke, K.; West, A.; Grzech-Sukalo, H.: Arbeitszeitgestaltung und Organisationsentwicklung im Krankenhaus – Teil 2: Beratungsbeispiel aus der Praxis. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. (GfA); Jahresdokumentation 2004 der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft: Bericht zum 50.Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaften an der ETHZ – Eidgenössische Technische Hochschule Zürich, 24.- 26. März 2004, S. 589-592. Dortmund: GfA-Press, 2004

Hänecke, K.; Albrecht, N.: Transfer von arbeitswissenschaftlichem Know-how in die Praxis – Erfahrungen mit einer internetbasierten Weiterbildung zur ergonomischen Arbeitszeitgestaltung. In: Nickel, P.; Hänecke, K.; Schütte, M.; Grzech-Sukalo, H. (Hrsg.): Aspekte der Arbeitspsychologie in Wissenschaft und Praxis. Lengerich: Pabst Science Publishers S. 207-224, 2004

Hänecke, K.; Grzech-Sukalo, H.: Veränderungen von Organisationsstrukturen in Krankenhäusern. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e.V. (GfA); Jahresdokumentation 2005 der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft: Bericht zum 51. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft an der Universität Heidelberg, 22.- 24.März 2005, S.105-108. Dortmund: GfA-Press, 2005

Hafner, O.: Richtlinien für die Betriebsorganisation des Krankenhauses - Handbuch für die Praxis der Krankenhausverwaltung. Reihe Grundlagen des Krankenhausbetriebes. 2. Aufl. Bd. 2. Köln: Kohlhammer Verlag, 1983

Kaufmann, M.: Kliniken St. Antonius gGmbH. Präsentation, 2007

Knauth, P.; Hornberger, S.: Schichtarbeit und Nachtarbeit. Probleme – Formen – Empfehlungen. 4. Aufl. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) München, 1997

Nachreiner, F.; Grzech-Sukalo, H.; Hänecke, K.; Qin, L.; Dieckmann, P.; Eden, J.; Lochmann, R.: Arbeitszeit ergonomisch gestalten. Eine Software zur Erstellung von Schichtplänen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 837: 2. Aufl.), 2000

Nachreiner, F.; Janßen, D; Schomann, C.: Gesundheitliche Auswirkungen langer Arbeitszeiten. (51. Arbeitswissenschaftlicher Kongress der GfA, ETH Zürich, Schweiz, 24.-26.3.2004) S. 275-278. Dortmund: GfA-Press, 2005

Nachreiner, F.; Schomann, C.; Stapel, W.; Eden, J.; Grzech-Sukalo, H.; Hänecke, K.; Albrecht, N.: Softwaregestützte Arbeitszeitgestaltung und -bewertung mit BASS 4 – Entwicklung von Instrumenten zur Unterstützung betrieblicher Akteure beim Ausbau von Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit und Innovations- und Wandlungsfähigkeit der Unternehmen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 2005

Nübling, M.; Stößel, U.; Hasselhorn, H.-M.; Michaelis, M.; Hofmann, F.: Methoden zur Erfassung psychischer Belastung – Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 1058), 2005

Peter, S.; Ulich, E.: Analyse der Arbeitssituation von Assistenz- und Oberärztinnen und –ärzten: Erfahrungen aus zwei Projekten. In: Ulich, E. (Hrsg.): Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Bern: Verlag Hans Huber, 2003

Ratgeber zur Ermittlung gefährdungsbezogener Arbeitsschutzmaßnahmen im Betrieb – Handbuch für Arbeitsschutzfachleute. 4. aktualisierte Aufl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Dortmund/ Berlin, 2004

Richter, P.; Merkel, S.; Streit, B.; Haeslich, G.; Strakow, I.; Engel, S.: Wie belastet sind Ärzte mit Bereitschaftsdienst? Eine Belastungs-Beanspruchungs-Analyse bei sächsischen Krankenhausärzten. Homepage des Sächsischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Arbeit, 2005

Spycher, S.; Künzi, K.; Baillod, J.: Arbeitszeiten der Assistenz- und Oberärzt/innen im Kanton Bern. VSAO Journal Vol. 18(1), S. 4-8, 1999

Wadsack, R.; Mühlbauer, B. H.: Ärztliche Arbeitszeiten im Krankenhaus – Arbeitspapier 3 „BAZOK“, 1999

Weber, M. A. J.: Strukturen im Wandel: Neue Perspektiven durch neue Berufsbilder im Krankenhaus – Aus der Sicht der Verbände. Präsentation Seminar für Führungskräfte München 22.2.2007

Tarifverträge

TVöD: Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst. Besonderer Teil Krankenhäuser (BT-K) vom 13. September 2005. Änderungstarifvertrag Nr. 1 vom 1. August 2006

AVR Diakonie: Arbeitsvertragsrichtlinien für Einrichtungen der Diakonie. Vom 13. Februar 2007. Zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 12. Oktober 2007

AVR Caritas: Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes. Stand 28. Juni 2007

TV-Ärzte: Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken vom 30. Oktober 2006

TV-Ärzte-VKA: Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitsgeberverbände vom 17. August 2006 in der Fassung vom 22. November 2006

Manteltarifvertrag für Privatkrankenanstalten in Baden-Württemberg vom 13.11.2006

9 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tab. 2.1	Beispiel für Zeiten eines 16-stündigen Dienstes	18
Tab 6.1	Ärztliches Aufgabenfeld nach Hafner (1983)	47
Tab. 6.2	Tätigkeitsblöcke nach Weber (2007)	48
Tab. 6.3	Tätigkeitskategorien nach Spycher et al. (1999)	48
Tab. 6.4	Tätigkeitskategorien im Belastungstagebuch (Richter et al., 2005)	49
Tab. 6.5	Tätigkeitskategorien nach Peter & Ulich (2003)	50
Tab. 6.6	Tätigkeitskategorien	52
Tab. 6.7	Endgültige Tätigkeitskategorien	56
Abb. 2.1	Beispiele für mögliche Anteile von Regeldiensten (auch „Vollarbeitsanteile“ genannt) in einem 24-stündigen Dienst	13
Abb. 6.1	Beispiel für prozentuale Anteile der Gesamtaktivitäten einer Chirurgischen Klinik nach Richter et al. (2005)	49
Abb. 6.2	Beispiel von prozentualen Anteilen verschiedener Tätigkeiten für Wochenenddienste	51
Abb. 6.3	Prozentuale Verteilung von Tätigkeiten in Regel- und Bereitschaftsdiensten in der Woche	53
Abb. 6.4	Prozentuale Verteilung von Tätigkeiten in Regel- und Bereitschaftsdiensten am Wochenende	53
Abb. 6.5	Belastungen absteigend sortiert nach der Höhe der psychischen Belastung	55

Anhang

Befragung zu Belastung

Tätigkeitsanalyse

Excel-Tool zur Datenauswertung der Tätigkeitsaufzeichnungen

Befragung zu Belastung

Anschreiben

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach den neuen Tarifverträgen ist die Einrichtung von **24-Stunden-Diensten** unter der Voraussetzung einer Prüfung alternativer Modelle, einer **Gefährdungsanalyse nach § 5 ArbSchG** (fälschlicherweise in den Tarifverträgen als „Belastungsanalyse“ bezeichnet) sowie sich daraus ergebender Maßnahmen möglich. AWiS-consult hat von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin den Auftrag erhalten, ein solches **praxisorientiertes Instrument zur Gefährdungsbeurteilung** zum Thema Arbeitszeit zu entwickeln.

Neben einer detaillierten Dokumentation der Kenndaten der tatsächlichen und geplanten Arbeitszeiten, muss auch die Arbeitsschwere und damit die Belastung der Tätigkeiten berücksichtigt werden. In einem ersten Schritt werden hierzu über ein Expertenranking gemeinsam mit Vertretern der Ärzteschaft in Krankenhäusern relevante Tätigkeitskategorien nach ihrer **körperlichen und psychischen Belastung** eingestuft.

Wir möchten Sie hiermit bitten, Ihre persönliche Einstufung vorzunehmen, wie Sie die Belastung der einzelnen Tätigkeiten einschätzen. Mit dem Teil "Demografie" erheben wir zusätzlich einige Aspekte zu Ihrer Person und Ihrer Arbeit. Kennzeichnen Sie die Bögen **nicht** mit Ihrem Namen. Den Fragebogen können Sie als **pdf-Datei** herunterladen, ausdrucken und handschriftlich ausfüllen. Um absolute Anonymität zu gewährleisten, haben wir die Antwortmöglichkeit per Post gewählt.

!!! Wir versichern, dass nur die Beschäftigten von AWiS-consult Einblick in die ausgefüllten Bögen erhalten. Die Ergebnisse werden nicht individuell, sondern nur in statistisch zusammen gefasster Form weiter verwendet!!!

Bitte senden Sie die ausgefüllten Bögen an
AWiS-consult, Erlenweg 6, 27798 Hude/Oldenburg
zurück.

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit.

Hiltraud Grzech-Sukalo

Dr. Kerstin Hänecke

Fragebogen

Fragebogen Teil 1 _ Demografie

Bitte beantworten Sie uns einige Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Arbeit

Kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an bzw. tragen Sie die Antwort ein.

1 Wie alt sind Sie?

Jahre

2 Sind Sie ...

weiblich männlich

3 Welche Qualifikation haben Sie?

Ass. Arzt Facharzt

Oberarzt sonstiges, und zwar

4 In welcher Fachrichtung arbeiten Sie?

5 Wieviele Jahre arbeiten Sie schon im Krankenhaus?

Jahre

6 Wie groß ist Ihre Abteilung?

Betten Ärzte insgesamt

7 Wieviele Ärzte sind in der **Woche** für Ihre Abteilung im Bereitschaftsdienst anwesend?

Ärzte

8 Wieviele Ärzte sind am **Wochenende** für Ihre Abteilung im Bereitschaftsdienst anwesend?

Ärzte

9 Leisten Sie abteilungsübergreifende Dienste?

ja nein

Fragebogen Teil 2 _ Belastung

	Beurteilen Sie bitte die aufgeführten ärztlichen Tätigkeiten nach ihrer KÖRPERLICHEN Belastung					... nach ihrer PSYCHISCHEN Belastung				
		sehr gering	gering	mittel	hoch	sehr hoch	sehr gering	gering	mittel	hoch	sehr hoch
1	Stationstätigkeit Dazu gehören u.a.: Behandlung außerhalb der Visiten, Verbandswechsel, Medikamentengaben, IV-Therapie, Spritzen, Blutentnahmen etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Verwaltung/Dokumentation - patientenbezogen Dazu gehören: Krankenakte, Hausarztkontakt, Angehörigengespräche, Kurzarztbriefe, Briefe, Info an Oberarzt, Telefonate, Befunde sichten, Aufrufen aller Befunde, DRG-Einträge, Briefe kontrollieren, Interaktion mit Pflege und Funktionsbereichen, Kurvführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Verwaltung/ Dokumentation - organisatorisch etc. Dazu gehören: Telefonate, EDV, Dienstplan erstellen, Mitarbeitergespräche, Materialanforderung, Qualitätssicherung und -management, Telefonate, Post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Notfallambulanz Dazu gehören: Ambulanzdienst, Anamnese, Körperliche Untersuchungen, ambulante Behandlung, Info an Oberarzt, Sprechstunde, Diagnostik und Befundung (z.B. Echo, Sono, Röntgen, EKG, Ultraschall, Colo ...), Therapiefestlegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Untersuchung (außerhalb Ambulanzdienst/ auch bei Aufnahmen) Dazu gehören: Anamnese, Körperliche Untersuchungen, Aufklärungsgespräche, Abschlussuntersuchung bei Entlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Apparative Diagnostik (außerhalb Ambulanzdienst/ auch bei Aufnahmen) Dazu gehören: Diagnostik und Befundung (z.B. Echo, Sono, Röntgen, EKG, Ultraschall, Colo ...), Therapiefestlegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Operationen Dazu gehören: längerandauernde Operationstätigkeit im OP-Saal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	"kleine" Eingriffe Dazu gehören: Eingriffe und Operationen von kurzer Dauer im OP-Saal oder in Behandlungsräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Notfall auf Station Dazu gehören: Problempatient, Notfallbehandlung, Akutversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Besprechungen Dazu gehören: Tagesplanung, Abteilungs-/Stationsbesprechung, Intensivbesprechung, Röntgenbesprechung, Befundung, Therapiefestlegung, Übergaben, Übergaben Pflege, Therapieplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Visiten Dazu gehören: Visiten, Chefarztvisiten, patientenbezogene Betreuung während der Visite, Anordnungen, Therapiefestlegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Therapiegespräche / Therapietätigkeit Dazu gehören: therapeutische Behandlung, Patientengespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Intensivstation Dazu gehören: Patientenkontrolle und -betreuung auf Intensivstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Notarztwagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	weiteres, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	weiteres, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	weiteres, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tätigkeitsanalyse

Einsatz der Protokollbögen

Tätigkeitsaufschreibungen

Ausfüllen der Protokollbögen für Tätigkeitsaufschreibungen im ärztlichen Dienst

Es werden die Tätigkeiten für die Zeiten zwischen 6:00 Uhr am ersten Tag (Beginn des Dienstes) bis um 6:00 Uhr am folgenden Tag in Abschnitten von jeweils 30 Minuten abgefragt.

Für einen Einsatz, der über die Zeit von 6:00 Uhr am folgenden Morgen hinaus geht (z.B. Regeldienst ab 8:00 Uhr und anschließender Bereitschaftsdienst bis 8:00 Uhr am folgenden Morgen), bitte ein zweites Formblatt nehmen.

Bei Dienstbeginn tragen Sie bitte die Angaben in die Kopffelder ein.

Machen Sie bitte für jede halbe Stunde ein Kreuz in der Spalte der Tätigkeitskategorie, die Sie in dieser Zeit vorrangig erledigen. Es sollte in jeder Zeile ein Kreuz stehen, damit alle Zeiten abgedeckt werden.

Vielen Dank.

Tätigkeitskategorien

Nr.	Kürzel	Kategorie	Tätigkeiten
1	N	Notfall / Ambulanz	Notfall / Ambulanz / NAW Einsatz / Notfall auf Station
2	S	Stationsarbeit	Stationsarbeit / Visiten / Besprechungen / Betreuung auf Intensivstation / Untersuchungen / Patientengespräche
3	O	Operation/ Therapie	Operation / Therapeutische Arbeit
4	D	Apparative Diagnostik	Apparative Diagnostik
5	V	Verwaltung	Verwaltung / Briefe / Telefonate
6	SO	sonstiges	sonstiges
7	P	Pause / inaktive Zeiten	Pausenzeiten in Regeldiensten / inaktive Zeiten in Bereitschaftsdiensten

Protokollbogen zur Tätigkeitsaufzeichnung

Abteilung

Oberärztin/ - arzt

Fachärztin/ - arzt

Wochentag
bei Beginn
des Dienstes

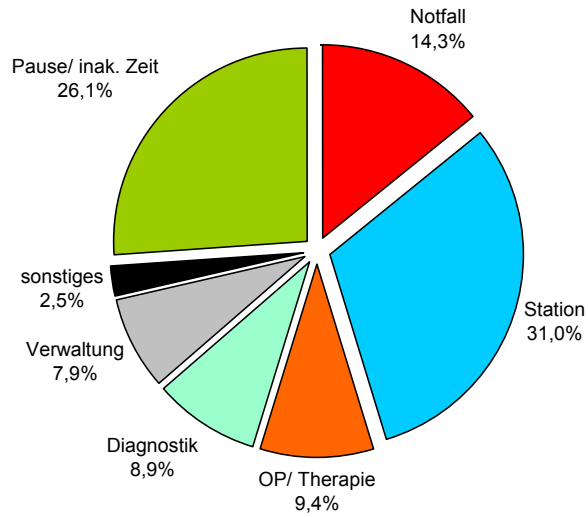
Ass. Ärztin/ Arzt

Bereitschaftsdienst

Uhrzeit	Notfall/ Ambulanz	Stations- arbeit	Operation/ Therapie	Apparative Diagnostik	Verwaltung	sonstiges	Pause/ inaktive Zeit
	N	S	O	D	V	SO	P
06:00							
06:30							
07:00							
07:30							
08:00							
08:30							
09:00							
09:30							
10:00							
10:30							
11:00							
11:30							
12:00							
12:30							
13:00							
13:30							
14:00							
14:30							
15:00							
15:30							
16:00							
16:30							
17:00							
17:30							
18:00							
18:30							
19:00							
19:30							
20:00							
20:30							
21:00							
21:30							
22:00							
22:30							
23:00							
23:30							
00:00							
00:30							
01:00							
01:30							
02:00							
02:30							
03:00							
03:30							
04:00							
04:30							
05:00							
05:30							

Beispiele für Auswertungen

Prozentuale Verteilung der Tätigkeiten



Verlauf der Tätigkeiten über die Dienstzeit

