

Nicht nachmachen!

Anmerkungen zu den zentralen neuen Arbeitszeit-Regelungen im Tarifvertrag zwischen Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) und Marburger Bund (MB)

Am 22. Mai 2019 haben sich VKA und MB auf neue tarifvertragliche Regelungen für die Ärzte/innen in kommunalen Krankenhäusern unter anderem zu Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst geeinigt. Diese werden, wie ich nachfolgend zeige, erhebliche und für beide (!) Seiten überwiegend negative Auswirkungen auf die Gestaltung der ärztlichen Arbeitszeitsysteme haben, die wahrscheinlich nicht ausreichend bedacht worden sind – und zwar **bereits ab dem 1. Juli 2019 (!)**. Auch wenn das Statement des VKA-Verhandlungsführers Dr. Dirk Tenzer (laut VKA-Pressemitteilung vom 22.05.19) sicherlich zutrifft – wenn man die positive Anmutung von „innovativ“ vernachlässigt –, dass „die kommunalen Krankenhäuser ... damit jetzt ein innovatives Arbeitsmodell (haben), was sie deutlich von allen anderen Krankenhausträgern in Deutschland abhebt“: Von einer Nachahmung rate ich dringend ab.

Doch nun zu den einzelnen Punkten:

1. Freizeitausgleich von Bereitschaftsdienst (BD) ist nicht mehr möglich – und zwar bereits ab dem 01.07.2019 (!).

Damit entfällt die aus meiner Sicht für Arbeitgeber wie Ärzte/innen beste Methode der BD-Abrechnung: die Arbeitszeitkonto-Neutralität, bei der durch Dienste außerhalb des Regeldienstes grundsätzlich weder Plus- noch Minusstunden aufgebaut werden. Künftig entstehen demgegenüber jedenfalls durch Übernachtendienste mit BD SO-DO in aller Regel Minusstunden, denen folglich in anderen Diensten Plusstunden gegenüberstehen müssen. Bei diesen sollte es sich jedoch ausschließlich um planmäßige Plusstunden handeln und nicht um Überziehungen von planmäßigen Dienstzeiten (siehe hierzu unten Punkt **6.**), weil durch die letzteren sowohl der effiziente Einsatz der Vertragsarbeitszeiten als auch die Einhaltung der gesetzlichen und tarifvertraglichen Bestimmungen gefährdet wird.

Eine erste wichtige Folge hiervon ist, dass in der künftigen Dienstplanung bei Einsatz von BD Minus- und Plus-Dienste auf die einzelnen Ärzte/innen zumindest so gleichmäßig verteilt werden müssen, dass sich in den individuellen Arbeitszeitkonten keine nicht mehr ausgleichbaren Minussalden aufbauen, die bei den betreffenden Ärzt/innen wegen Annahmeverzugs des Arbeitgebers spätestens bei ihrem Ausscheiden ohne Entgeltabzug verfallen. Damit können individuelle Wünsche hinsichtlich der

DR. HOFF ARBEITSZEITSYSTEME

Dienste-Verteilung (z.B. lieber SA- also SO-Dienste, lieber Dienste am Wochenende als unter der Woche, lieber normal lange als verlängerte Dienste, etc.) künftig wesentlich schlechter berücksichtigt werden als bei Arbeitszeitkonto-neutraler Dienste-Abrechnung – und das bei der angesichts der bekannten Arbeitsmarktlage dringend erforderlichen Individualisierung der betrieblichen Arbeitszeitsysteme...

Die bei Einsatz von BD künftig erforderlichen Plus-Dienste können, was Vollzeitbeschäftigte anbetrifft, ausschließlich wie folgt entwickelt werden:

- durch Verlängerung des Regeldienstes an Werktagen MO-FR über 8h hinaus – was eine entsprechende Verringerung der Arbeitszeit-Flexibilität bis zur gesetzlichen Tages-Höchst Arbeitszeit von 10h sowie die sicherheitshalber vorzunehmende Ausweitung der gesetzlichen Pausenzeit auf 45min mit sich bringt, also zugleich keineswegs familienfreundlich ist; und/oder
- durch die Einrichtung zusätzlicher über 8h hinaus verlängerter Tag- oder versetzter Dienste an Werktagen MO-FR, wobei Arbeitszeitdauern von mehr als 10h pro Dienst (die weiterhin nur bei Schichtarbeit im Sinne des Tarifvertrags zulässig sind) durch den ab 2020 tarifvertraglich erforderlichen Abstand von mindestens 72h zwischen solchen Diensten und BD erschwert werden; und/oder
- durch die Einrichtung von Diensten mit Vollarbeit an SA/SO/Feiertagen.

Besteht für all dies kein oder nur ein zum Gesamt-Ausgleich der Minus-Dienste nicht ausreichender Bedarf, muss – was nun wirklich überhaupt nicht nachvollziehbar ist – Arbeit in Zeiten außerhalb des Regeldienstes verlagert werden, was im Extrem zur Einführung des von der Ärzteschaft normalerweise aus gut nachvollziehbaren Gründen abgelehnten 24/7-Betriebs ganz ohne BD führen kann. Dafür bieten sich zur Vermeidung von Zuschlägen in erster Linie der frühe Abend MO-FR sowie der SA-Vormittag an, was Beides nicht sonderlich sozialverträglich ist. – BD ist im Übrigen durch den aktuellen Tarifabschluss so verteuert worden, dass eine solche Strategie auch wirtschaftlich Sinn machen kann.

Darüber hinaus werden durch den nunmehr ausgeschlossenen BD-Freizeitenausgleich die von vielen Kliniken wie Ärzt/inn/en wegen der dadurch gewährleisteten langen Anwesenheit im (besonders ausbildungsrelevanten) Regeldienst und der geringeren Zahl zu arbeitender Wochenend- und Feiertage bevorzugten „24h-Dienste“ zumindest deutlich erschwert. Nehmen wir als Beispiel einen klassischen Regel-/Bereitchaftsdienst MO-FR mit 8h Arbeitszeit und 15,5h BD. Die letzteren 15,5h sind nunmehr zu vergüten, so dass Vollzeitbeschäftigte ohne Opt-out nur noch 2 solcher Dienste pro Monat leisten können, weil sie hiermit bereits – hier in vereinfachter Darstellung ohne Berücksichtigung von Ausfallzeiten und eventuellem Arbeitszeitkonto-Aufbau – auf eine Gesamtarbeitszeit von durchschnittlich $[40h/w + 2 \times 15,5h : 4,35$ (Wochen pro Monat) $=] 47,13h/w$ kommen. Bei Wochenend- und Feiertagsdiensten mit mehr als 15,5h BD ist dies noch dramatischer.

Eine Klinik, in der kein/e Diensthabende/r dem Opt-out zustimmt, braucht vor diesem Hintergrund für 24h-Dienste mindestens 15 Diensthabenden-Stellen. Solche Dienste kommen aber arbeitszeitschutzrechtlich wegen der hier geringeren Inanspruchnahme vor allem für kleinere Kliniken in Frage, die damit folglich unter besonderem Druck sind, Arbeiten auf Zeiten außerhalb des Regeldienstes zu verlagern, um so Dienste mit weniger BD zu schaffen.

Dies halte ich für eine Art Sterbehilfe für kleine Kliniken, von der ich mir nicht vorstellen kann, dass sie von VKA und/oder MB so beabsichtigt war. Darüber hinaus könnte es verstärkt zu fachübergreifenden Diensten kommen, bei denen die Patientensicherheit nicht an erster Stelle steht und erfahrungsgemäß auch die Arbeitszufriedenheit leidet.

2. Die Zahl der von dem/der einzelnen Arzt/Ärztin zu leistenden Bereitschaftsdienste ist ab 2020 auf grundsätzlich 4 pro Monat im Durchschnitt eines Kalenderhalbjahrs begrenzt.

Auch dies ist für kleine Kliniken ungünstig, weil diese Grenze ohne Opt-out nur bei sehr kurzen BD-Zeiten (von durchschnittlich knapp 8h pro Dienst) eingehalten werden kann. Hierzu trägt auch noch, wenngleich in relativ geringem Maß, die ab dem 01.07.2019 geltende Reduzierung der höchstzulässigen Gesamtarbeitszeit von bisher 58h/w auf 56h/w (jeweils im Durchschnitt von 6 Monaten) bei. Überschreitungen dieser BD-Zahl sind nur bei drohender Gefährdung der Patientensicherheit zulässig und führen darüber hinaus zu erhöhten BD-Vergütungen. Der unter 1. aufgezeigte „Sterbehilfe“-Effekt der neuen Arbeitszeit-Regelungen wird hierdurch folglich noch verstärkt.

3. Die auslastungsgerechte Aufteilung der Vollarbeit in Diensten mit BD wird ab 2020 deutlich erschwert.

Kurze Dienste mit BD gibt es vor allem in Form so genannter Nacht-/Bereitschaftsdienste, die bei bis 13h Gesamtdauer verblockt werden können, was ihre Minus-Lastigkeit deutlich reduzieren und im Extrem sogar eliminieren kann, und in Form von Wochenend-Tag- bzw. Nacht-/Bereitschaftsdiensten maximal dieser Dauer, die ebenfalls verblockt werden können, was die Zahl der zu arbeitenden Wochenenden reduziert. In diesen Diensten wurden die (auch weiterhin) höchstzulässigen 8h Vollarbeit bisher vielfach auslastungsgerecht aufgeteilt – z.B. so, dass nachts nur von 00:00-06:00 BD angesetzt wird oder in einem Wochenend-Tag-/Bereitschaftsdienst nur die Zeiten von 12:00-14:00 und von 16:00-19:00.

Dies wird durch die neue, dem klassischen 24h-Dienst verpflichtete Regel deutlich erschwert oder sogar verunmöglicht, wonach (a) Vollarbeit nur nach dem Ende des

eigentlichen BD zulässig ist und hier zudem (b) maximal 60min dauern darf. Diesem Leitbild folgt auch die – aus meiner Sicht allerdings unzulässige – Regelung, dass Übergaben künftig in den BD fallen dürfen.

4. Dienstpläne müssen längerfristiger erstellt werden, kurzfristige Dienstplan-Änderungen „kosten“ (jeweils ab 2020).

Künftig müssen Dienstpläne spätestens 1 Monat vor Beginn des jeweiligen Planungszeitraums aufgestellt werden – was gemäß VKA-Pressemitteilung (siehe oben) offenbar einen Beitrag zur „Verlässlichkeit der Dienstplangestaltung“ liefern soll; geschieht dies nicht, steigen die BD- und Rufdienst-Vergütungen. Allerdings weiß jede/r Praktiker/in zum einen, dass Dienstpläne mit langem zeitlichem Vorlauf weniger verlässlich sind als solche mit weniger langem Vorlauf, und sind zum anderen insbesondere Änderungen zulässig, „die auf nicht vorhersehbaren Umständen beruhen“. Und solche Änderungen sind auch kurzfristig möglich, kosten aber zusätzliche Zuschläge auf die BD- bzw. Rufdienst-Vergütung, wenn zwischen der Dienstplanänderung und dem Antritt des Dienstes weniger als 3 Tage liegen; letzteres gilt im Übrigen auch dann, wenn die Gründe der Dienstplanänderung „in der Person eines Beschäftigten begründet sind“. Man darf sich daher fragen, ob es künftig noch Dienstplanänderungen mit z.B. 4 Tagen Vorlauf geben wird (weil es hierfür ja nichts extra gibt – das muss man sich als Dienstplanverantwortliche/r erst einmal trauen) und kurzfristige Mitarbeiterwünsche trotz der damit verbundenen Zusatzkosten überhaupt noch umgesetzt werden.

5. Bei Anordnung von BD oder Rufbereitschaft hat jede/r Arzt/Ärztin ab 2020 grundsätzlich Anspruch auf durchschnittlich zwei freie Wochenenden (FR 21:00 – MO 05:00) pro Kalenderhalbjahr.

Bei Abwesenheit von BD und Rufbereitschaft gilt dies folglich nicht – ein weiterer Beitrag zur Etablierung des 24/7-Betriebs?!?

Diese Regel kann in kleinen Kliniken dazu führen, dass eine dem Patientenwohl entsprechende Wochenend-Besetzung nicht erreicht werden kann und/oder die Mitarbeiter/innen an ihren Arbeits-Wochenenden lange bzw. viele sowie, falls auch der erstgenannte Punkt zutrifft, entsprechend belastende Dienste leisten müssen. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch, dass Teilzeitbeschäftigte nicht zu überproportionaler Wochenend-Arbeitszeit verpflichtet werden können. Klassisch scheint hier wieder das Muster „24h-Dienste FR+SO“ durch, während es bei geteilten Wochenend-Diensten vermehrt zur belastenden Nachtdienstfolge FR-SO kommen kann.

6. Ab dem 01.07.2019 gilt grundsätzlich „Anwesenheitszeit = Arbeitszeit“.

Spätestens ab diesem Zeitpunkt muss die gesamte Anwesenheitszeit am Arbeitsplatz genau dokumentiert werden und gilt diese abzüglich der tatsächlich gewährten Pausen als Arbeitszeit.

Im ärztlichen Dienst wird allerdings bekanntlich weit überwiegend auf Basis von Diensten gearbeitet, was mir im Sinne eines sowohl bedarfsgerechten als auch wirtschaftlichen Einsatzes der ärztlichen Arbeitszeiten auch künftig sinnvoll zu sein scheint. Vor diesem Hintergrund kann diese Tarifregelung meines Erachtens nur wie folgt umgesetzt werden:

- Der jeweilige Dienst beginnt und endet zu den planmäßigen Zeiten in Arbeitskleidung am Arbeitsplatz. Ein eigenverantwortlicher vorzeitiger Arbeitsbeginn wird somit ebenso wenig toleriert wie eigenverantwortliches Arbeiten über das planmäßig Dienstende hinaus. Sollte – wovon ich im Übrigen wegen Aufwand und Ungenauigkeit abrate – elektronische Anwesenheitszeiterfassung zum Einsatz kommen, darf sich der/die Arzt/Ärztin daher regelmäßig nicht abweichend hiervon ein- bzw. ausbuchen, wobei eventuelle Wegezeiten zum/vom Arbeitsplatz natürlich abgezogen werden dürfen.
- Die Einhaltung der dienstplanmäßigen Pausenzeit ist zwingend sicherzustellen. Bei Bedarf müssen dazu sämtliche Pausen und sonstigen Arbeitsunterbrechungen (z.B. für Rauchen) erfasst werden.
- Abweichungen von den planmäßigen Dienst- und Pausenzeiten bedürfen der vorherigen Abstimmung mit der Führungskraft und sind jeweils genau zu dokumentieren – bei Bedarf (insbesondere bei Unterschreitung der jeweiligen gesetzlichen Mindestpausenzeit und bei Überschreitung der gesetzlichen Tages-Höchstarbeitszeit) mit einer den Anforderungen von § 14 ArbZG genügenden Begründung.

Dies dürfte zwar – wie vom MB angestrebt – dazu führen, dass weniger unbezahlte Mehrarbeit geleistet wird. Ob der dafür zu zahlende Preis – weniger Flexibilität, mehr Bürokratie – angemessen ist, mag jede/r für sich selbst entscheiden.

Fazit

Insgesamt gefährdet dieser Tarifabschluss damit (ungewollt?!?) die Existenz kleiner Kliniken – insbesondere durch die neuen Einsatzbeschränkungen für den hier besonders nötigen und auch angemessenen BD sowie, nachrangig, durch dessen Verteuerung. Darüber hinaus könnten vor diesem Hintergrund größere Kliniken verstärkt auf Schicht- und Wechselschichtarbeit setzen (müssen). Was daran zukunftsfruchtig sein soll, erschließt sich mir nicht.