



Abschlussbericht



Innovative Krankenhaus-Arbeitszeitmodelle für die Krankenhäuser des Landes Bremen

Dipl. Ges. oec. Clemens Platzkoster

Dr. med. Christian Roßbach

September 2006

GEBERA

Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH

*Schwannstr. 6, *40476 Düsseldorf; * www.gebera.de, *Tel. 0211-87723671

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
Abkürzungsverzeichnis	II
1 Vorwort	1
2 Hintergrund und Zielsetzung.....	1
3 Projektprofil	2
4 Rahmenbedingungen der Arbeitszeitorganisation	4
5 Projektdurchführung.....	11
6 Ergebnisse	14
6.1 Modellhafte Vorgehensweise.....	14
6.1.1 Modul 1: Erhebung des Status quo	15
6.1.2 Modul 2: Erhebung der hausindividuellen Zielsetzung	22
6.1.3 Modul 3: Personalbedarfsanalyse.....	24
6.1.4 Modul 4: Konzeptionierung der Arbeitszeitmodelle.....	25
6.1.5 Modul 5: Implementierung.....	29
6.2 Mitarbeiterbefragung.....	29
6.3 Arbeitszeitmodelle und Umsetzung	34
6.4 Problemfelder und Lösungswege	39
7 Projektevaluation.....	43

Abkürzungsverzeichnis

AA	Assistenzarzt
Abs.	Absatz
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
BAT	Bundesangestelltentarif
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
DKG	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhaus Institut
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
ggf.	gegebenenfalls
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
inkam	Innovative Krankenhaus-Arbeitszeitmodelle
Kap.	Kapitel
KIS	Krankenhaus Informations-System
max.	maximal
OA	Oberarzt
o.g.	oben genannt
OP	Operation
SPSS	Statistical Product and Service Solution
TVöD	Tarifvertrag öffentlicher Dienst
z. B	zum Beispiel

Anmerkung:

Ausschließlich aus Gründen der Lesbarkeit wurde in diesem Abschlussbericht grammatikalisch grundsätzlich die männliche Form verwendet.

1 Vorwort

In dem nachfolgenden Abschlussbericht werden die Ergebnisse und Erfahrungen bei der Neugestaltung der Arbeitszeiten und der Personaleinsatzplanung im ärztlichen Dienst im Rahmen des zweijährigen Modell-Projektes „Innovative Krankenhausarbeitszeitmodelle – inkam-Bremen“ dargelegt.

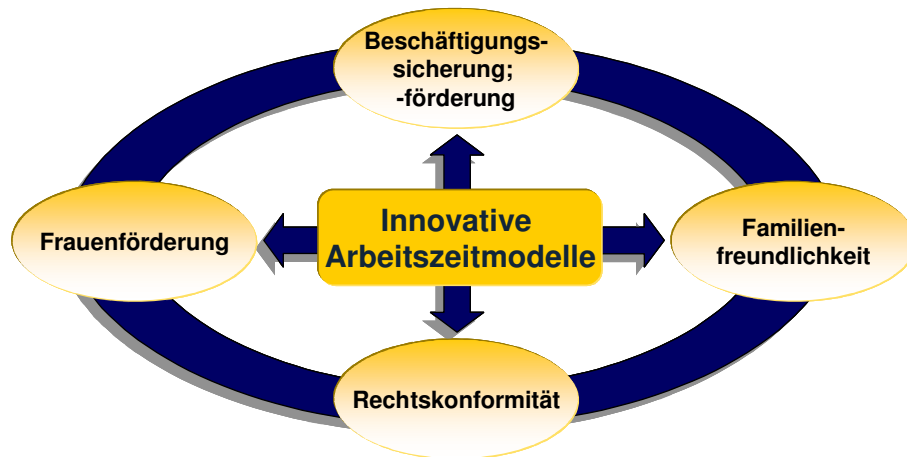
An dieser Stelle möchte sich das Projektteam der GEBERA bei den Mitarbeitenden der beteiligten Krankenhäusern und Institutionen für die kooperative und vertrauensvolle Zusammenarbeit während des Projektverlaufes herzlich bedanken.

2 Hintergrund und Zielsetzung

Schon seit einigen Jahren stehen neue Anforderungen an Arbeitszeitflexibilisierung branchenübergreifend im Fokus der Arbeitsmarktpolitik des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in Bremen. Flexible Arbeitszeitmodelle können sowohl einen Beitrag zur Schaffung und Sicherung von Arbeitsplätzen leisten als auch neue Möglichkeiten der Zeitautonomie für Beschäftigte eröffnen. Work-Life-Balance und bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind in diesem Zusammenhang wichtige Stichworte. Bei der Diskussion um neue Arbeitszeitmodelle stehen zurzeit - nicht nur in Bremen - die Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern im Mittelpunkt einer kritischen Betrachtung. Als unzumutbar lang empfundene Arbeitszeiten sind zu korrigieren. Vor allem aber erfordern die Vorgaben des Europäischen Gerichtshofes, zur Anerkennung der Bereitschaftszeiten als Arbeitszeit und deren Umsetzung in nationales Recht, erhebliche Anpassungen bei der Organisation der ärztlichen Dienste.

Aufgrund dieser Problemlage hat das Land Bremen mit dem Projekt „Innovative Krankenhausarbeitszeitmodelle – inkam-Bremen“ einen aktuellen Schwerpunkt seiner Arbeitszeitpolitik auf die Gestaltung der ärztlichen Dienste in Krankenhäusern gesetzt.

Für das Gesamtprojekt lassen sich folgende übergeordnete Ziele ableiten:



Wichtig war dabei, dass ökonomische Anforderungen, Qualität der Patientenversorgung, Arbeitszeitinteressen der Ärztinnen und Ärzte, Familienfreundlichkeit und das Interesse an der Sicherung und Schaffung von Arbeitsplätzen gleichermaßen berücksichtigt werden. Es sollten Arbeitszeitmodelle entwickelt werden, die den unterschiedlichen Erfordernissen der beteiligten Abteilungen angepasst sind und deren Grundzüge, aber vor allem deren Entwicklungsmethoden über die beteiligten Häuser hinaus genutzt werden können. Dies alles sollte beteiligungsorientiert, unter Einbeziehung von Verwaltungsleitungen, ärztlichen Direktionen, MitarbeiterInnen, Betriebsräten/Mitarbeitervertretungen und Gleichstellungsbeauftragten erfolgen.

Nur mit einer konsequenten Beteiligungsorientierung ist nach Auffassung des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und der GEBERA die Einführung neuer Arbeitszeiten erfolgreich zu bewältigen.

Im Rahmen des Projektes inkam-Bremen hat die mit der Projektdurchführung beauftragte Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH – GEBERA, Düsseldorf, eine strukturierte Vorgehensweise zur Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle für den ärztlichen Dienst in Krankenhäusern entwickelt, die nachfolgend näher erläutert wird.

3 Projektprofil

Auftraggeber des Projektes ist der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Hansestadt Bremen; die Projektkoordinierung erfolgte durch Frau Ute Görzel als Vertreterin des Referates "Arbeitsmarktpolitik". Die Projektfinanzierung erfolgte durch das Land Bremen und den Europäischen Sozialfonds; die teilnehmenden Einrichtungen wurden an der Finanzierung durch die Erbringung von Eigenleistungen beteiligt.

Mit der Projektdurchführung wurde die Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung – GEBERA GmbH, Düsseldorf, betraut.

Das Projekt startete im Frühjahr 2004 mit einer Gesamtdauer von 2 Jahren.

Beteiligt waren folgende Akutkrankenhäuser Bremens und Bremerhavens:

- Krankenhaus Bremerhaven Reinkenheide, Bremerhaven
- DRK-Krankenhäuser Bürgerpark/Seepark, Bremerhaven
- Ameos Klinik Dr. Heines, Bremen
- Klinikum Bremen Ost, Bremen
- Rotes Kreuz Krankenhaus, Bremen

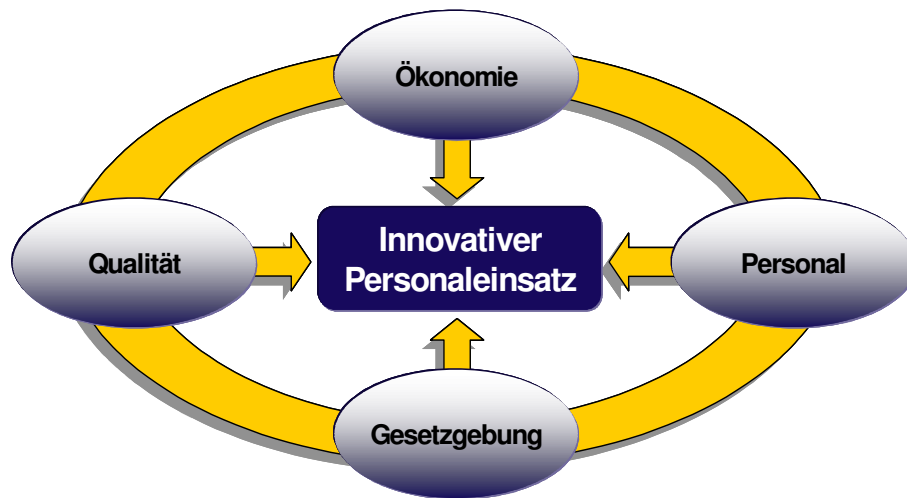
Im Rahmen des Projektes wurden Arbeitszeitmodelle sowohl für konservative als auch operative Fachabteilungen entwickelt:

Fachabteilungen folgender verschiedener Fachgebiete nahmen an dem Projekt teil:

- Innere Medizin
- Pneumologie
- Chirurgie
- Kinderheilkunde (Pädiatrie)
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO)
- Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Urologie
- Psychiatrie
- Neurologie
- Rheumachirurgie
- Gefäßchirurgie
- Zentrum für Lungenmedizin
- Psychiatrischer Kriseninterventionsdienst

4 Rahmenbedingungen der Arbeitszeitorganisation

Grundlage für die Entwicklung innovativer Arbeitszeitmodelle und einer umfassenden Personaleinsatzplanung im Rahmen von inkam-Bremen war die Berücksichtigung der folgenden korrelierenden Dimensionen:



Professionelle Personaleinsatzplanung muss diese Dimensionen regelkreisähnlich berücksichtigen und dabei in besonderem Maße auf die Wirkungsverflechtung untereinander eingehen. Erst auf diese Weise kann die Entwicklung trag- und zukunftsfähiger Einsatz- und Arbeitszeitmodelle gewährleistet werden. Keine der Perspektiven kann überbetont werden, ohne dass Defizite im Bereich der anderen Dimensionen auftreten.

Die Gewährleistung oder Verbesserung der **Arbeitsqualität**, insbesondere einer hohen medizinischen Qualität, muss besonders im Fokus der klinischen Personaleinsatzplanung stehen. Die Erfordernisse der Leistungserstellung, die sich von Einrichtung zu Einrichtung und von Abteilung zu Abteilung deutlich unterscheiden können, waren daher zu erarbeiten und zur Grundlage der Einsatzplanung zu machen. Hauptsäule der Personaleinsatzplanung hat daher das medizinische Leistungsaufkommen zu sein. Hierbei ist das beeinflussbare (z. B. Betriebszeiten in Funktionsabteilungen) von dem nicht beeinflussbaren Leistungsaufkommen (z. B. ambulantes Notfallaufkommen) zu unterscheiden und in den weiteren Projektverlauf einzubeziehen.

Ein weiterer Aspekt der Arbeitsqualität ist die Qualifikation bzw. der Ausbildungsstand innerhalb des Ärztlichen Dienstes. Hierbei sind in Bezug auf das abteilungsindividuelle Leistungsaufkommen die Fragen zu klären, zu welchen Zeiten welche Qualifikationen in welcher Besetzung vorzuhalten sind.

Die Organisation der fachärztlichen Weiterbildung und geordneter betriebsinterner Fortbildungen sind im Rahmen einer Neuordnung des Personaleinsatzes auch vor dem Hintergrund der medizinischen Qualität zu berücksichtigen.

Das Thema der medizinischen Qualität erhielt vor dem Hintergrund der im Projektverlauf notwendigen Veränderungen der Arbeitsorganisation einen ganz besonderen Stellenwert. Der Veränderungsprozess wurde dabei oftmals als Bedrohung der bisherigen Qualität empfunden. Gleichzeitig muss aber erwähnt werden, dass die bisher erzielte Ergebnisqualität kaum eindeutig auf die Arbeitsorganisation zurück zu führen war, sondern der Qualitätsanspruch sich vielmehr auf eine nachgewiesene bzw. empfundene Prozessqualität bezog.

In diesem Zusammenhang ist auch das Spannungsfeld zu sehen, dass sich aus dem ärztlichen Anspruch auf eine möglichst optimale Versorgung der Patienten und der gesetzlichen Forderung nach einer ausreichenden und zweckmäßigen Behandlung ergibt.

Die **ökonomischen Rahmenbedingungen** sind von besonderer Bedeutung und zwingen dazu, den tatsächlich für die Leistungserstellung notwendigen Personalbedarf und -einsatz zu organisieren. Falls erforderlich, hat professionelle Personaleinsatzplanung dabei die Aufgabe, notwendige Kosteneinsparungen so zu realisieren, dass der oben aufgezeigte Kreis der Wechselwirkungen möglichst wenig gestört wird, sodass zum Beispiel die Qualität der medizinischen Leistungserstellung nicht beeinträchtigt wird.

Die ökonomische Situation erwies sich im Projektverlauf als die zentrale Determinante bei der Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle. Neben den Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems haben hier insbesondere die Personalkostensteigerungen, z. B. aufgrund von Tarifabschlüssen, den ökonomischen Druck während der Projektlaufzeit erhöht. Gleichzeitig wird hierin aber auch die Bedeutung eines leistungsadäquaten und innovativen Personaleinsatzes in den Krankenhäusern deutlich.

In besonderem Maße ist die Einbeziehung des **Personals** in die Entwicklung neuer Einsatzplanungen von Bedeutung. Dies soll gewährleisten, dass nicht an den tatsächlichen Bedürfnissen oder Vorstellungen der Beschäftigten vorbei geplant wird, sondern von Beginn an eine entsprechende Rückkopplung sichergestellt ist.

Die jeweiligen Arbeitszeitregelungen im Rahmen der Personaleinsatzplanung sind unmittelbarer Bestandteil des persönlichen Lebens aller Krankenhausangestellten. Die individuelle Zufriedenheit ist in besonderem Maße abhängig von der Kompatibilität der zu leistenden Arbeitszeit mit der persönlichen Lebensplanung und ist gleichzeitig ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Arbeitsqualität.

Fallen im Rahmen der Neuorganisation der Arbeitszeiten eine Anzahl zusätzlich vergüteter Dienste für die einzelnen Mitarbeitenden weg, führt dies zu entsprechenden Verdienstaussfällen. Hier sollten ebenfalls die Präferenzen des Einzelnen hinsichtlich zusätzlicher Freizeit oder zusätzlichen Verdienstes im Rahmen der Personaleinsatzorganisation so weit wie möglich berücksichtigt werden.

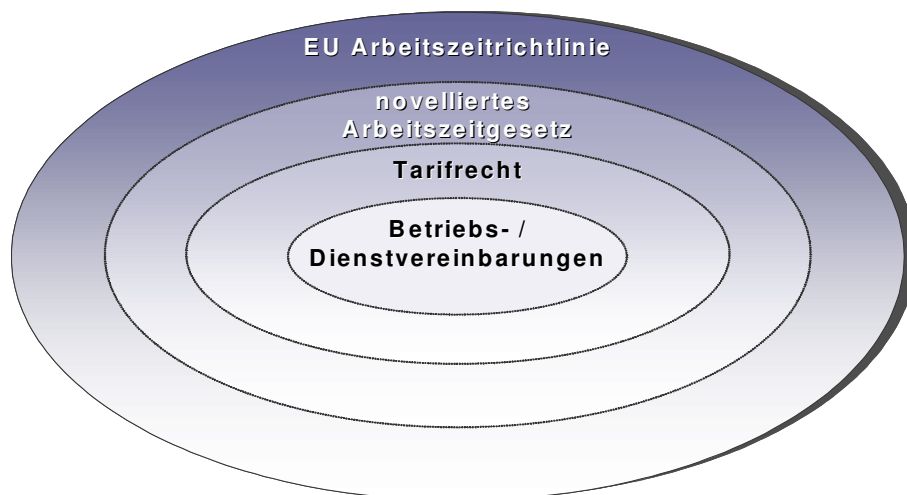
Für den assistenzärztlichen Dienst ist weiterhin eine geordnete Gestaltung der fachärztlichen Weiterbildung von besonderer Bedeutung im Rahmen der persönlichen Lebensplanung, so dass im Dienstplan begründete Verlängerungen der Weiterbildungszeiten oftmals nicht akzeptiert werden.

Neben den mitarbeiterindividuellen Ansprüchen sind auch die übergeordneten Aspekte der Personalperspektive in die Projektgestaltung einzubeziehen. Die derzeitige Arbeitsmarktsituation führt zu einer deutlich erschwerten Besetzung von Arztstellen im Krankenhaus mit geeignetem Personal. Dies ist natürlich von Region zu Region unterschiedlich stark ausgeprägt und führt dazu, dass Einrichtungen in weniger attraktiven Gebieten andere Maßnahmen der Personaleinsatzplanung ergreifen müssen, um dennoch erfolgreich gutes ärztliches Personal rekrutieren zu können. Eine solche Maßnahme kann bspw. eine besonders attraktive Gestaltung der individuellen Arbeitszeiten sein.

Grundsätzlich sind die Interessensvertretungen (Betriebsrat, Mitarbeitervertretung etc.) der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Entwicklung neuer Arbeitszeitregelungen konsequent einzubeziehen.

Die Umsetzung der aktuellen **Gesetzgebung** bzw. des anzuwendenden **Tarifrechts** zur Arbeitszeitgestaltung bedeutet in vielen Leistungsbereichen eine große organisatorische Herausforderung, die immer auch Auswirkungen auf die gesamte Einrichtung haben wird.

Grundsätzlich können die folgenden Einflussebenen differenziert werden:



Arbeitszeitrichtlinie der Europäischen Union

Nach langjährigen Auseinandersetzungen über die Arbeitszeitregelungen innerhalb der Europäischen Union erfolgte eine vorläufig abschließende Festlegung in der EU-Arbeitszeitrichtlinie und der Rechtssprechung durch den Europäischen Gerichtshof (1993, 2000, 2003). Als zentraler Punkt der EU-Bestimmungen erfolgt die Definition, dass Bereitschaftsdienst in vollem Umfang als Arbeitszeit

im Hinblick auf den Arbeitnehmerschutz zu werten ist. Damit ist die gesamte Dauer des Bereitschaftsdienstes auf die tägliche Höchstarbeitszeit und die durchschnittliche wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden anzurechnen. Gleichzeitig werden Abweichungsmöglichkeiten von den Höchstarbeitszeiten unter der Voraussetzung nationaler Gesetzgebung und bei individueller Zustimmung des Arbeitnehmers und Wahrung des Gesundheitsschutzes (Opt-Out-Regelungen) eingeräumt. Auf der Grundlage der EU-Arbeitszeitrichtlinie sind die nationalen Gesetzgeber verpflichtet, die europäischen Bestimmungen in nationales Recht umzusetzen.

Novelliertes Arbeitszeitgesetz

Die deutsche Bundesregierung hat auf diese Verpflichtung mit der Novellierung des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) mit Wirkung zum 1. Januar 2004 reagiert. Auch hier ist die Kernaussage die zukünftige Definition der Arbeitszeit inklusive der gesamten Bereitschaftsdienstzeit (§ 2 ArbZG). Nachfolgend werden die wesentlichen Regelungen vorgestellt:

- Arbeitszeit im Sinne dieses Gesetzes ist die Zeit vom Beginn bis zum Ende der Arbeit ohne die Ruhepausen; Arbeitszeiten bei mehreren Arbeitgebern sind zusammenzurechnen. (...)
- Zur Arbeitszeit zählen demnach: Regeldienst, Bereitschaftsdienst, Arbeitsbereitschaft, Inanspruchnahme während des Rufdienstes (Aktivzeit)
- Bereitschaftsdienstzeiten sind Ruhepausenpflichtig
- Die werktägliche Höchstarbeitszeit darf 10 Stunden/Tag nicht überschreiten
- Die wöchentliche Höchstarbeitszeit darf im 6 Monatszeitraum 48 Stunden nicht überschreiten
- Ruhezeit mindestens 11 Stunden nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit
- Verkürzung der Ruhezeit auf 10 Stunden möglich, wenn diese innerhalb eines Kalendermonats durch Verlängerung einer anderen Ruhezeit ausgeglichen wird
- Kürzung der Ruhezeit bei Rufbereitschaftsdiensten auf die Hälfte (5,5 Stunden) möglich, wenn diese zu anderen Zeiten ausgeglichen wird

Tarifrechtliche Regelungen zur Arbeitszeitgestaltung

Zu diesen grundsätzlichen Regelungen ermöglicht das Arbeitszeitgesetz weitergehende tarifrechtliche Rahmenvereinbarungen (§ 7 ArbZG) unter folgenden Voraussetzungen:

- Verlängerung der werktäglichen Arbeitszeit über 10 Stunden bei Vorliegen von Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst (nicht für ausschließliche Vollarbeitszeit) in erheblichem Umfang
- Regelmäßig Arbeitsbereitschaft bzw. Bereitschaftsdienst

- Mindestens 25 % der Gesamtarbeitszeit ist Bereitschaftsdienst
- 10 Stunden Vollarbeitszeit dürfen nicht überschritten werden
- Höchstgrenze aufgrund der täglichen Ruhezeitvorschriften: 24-Stunden-Dienste
- Verschiebung der neuen Ruhezeit möglich, dann aber Begrenzung der neuen Schicht auf 13 Stunden (Begrenzung durch den neuen Werktag)
- Verlängerung der werktäglichen Höchstarbeitszeit über 10 Stunden hinaus, aufgrund der Inanspruchnahme im Rufdienst
- Verlängerung des Ausgleichszeitraums der durchschnittlichen wöchentlichen Höchstarbeitszeit möglich auf maximal 12 Kalendermonate

Als erläuterndes Beispiel für solche tarifrechtlichen Regelungen werden nachfolgend die Regelungen des Tarifvertrags öffentlicher Dienst (TVöD) vorgestellt. Im Rahmen des Modellprojektes inkam-Bremen hatten die teilnehmenden Einrichtungen die Arbeitszeitbausteine der Sonderregelungen für Krankenhäuser des TVöD anzuwenden bzw. sich auf diesen zu beziehen. Der Tarifvertrag wurde nach mehrmonatigen Verhandlungen im September 2005 mit Gültigkeit ab 2006 verabschiedet. Die Auseinandersetzungen in den Tarifverhandlungen fanden während des Projektverlaufes statt und haben diesen natürlich beeinflusst.

Die Sonderregelungen zum Bereitschaftsdienst und zur Rufbereitschaft haben dabei grundsätzlich zu einem erweiterten Spielraum der Arbeitszeitgestaltung gegenüber der Rechtslage nach den vorherigen gerichtlichen und gesetzlichen Einschränkungen geführt. Es wurde keine konstitutive Regelung in den Tarifvertrag aufgenommen, wonach Bereitschaftsdienst arbeitschutzrechtlich Arbeitszeit wäre. Vielmehr sichert ein Sonderkündigungsrecht für diesen Bereich des Tarifvertrages die Teilhabe an Veränderungen des ArbZG.

Grundsätzlich sind die Sonderregelungen zur täglichen Höchstarbeitszeit und zur durchschnittlichen wöchentlichen Höchstarbeitszeit in einem Grundmodell mit unmittelbarer Geltung und einem Öffnungsmodell geregelt. Für die Inanspruchnahme und Umsetzung des Öffnungsmodells müssen Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen und entsprechende landestarifvertragliche Regelungen vorliegen.

Das unmittelbar im Rahmen des TVöD wirksame Grundmodell sieht zulässige Abweichung von den Regelungen des ArbZG hinsichtlich der täglichen Höchstarbeitszeit vor. In Verbindung mit Bereitschaftsdienst der verschiedenen Belastungsstufen A bis D sind folgende Grenzen der täglichen Höchstarbeitszeit definiert:

- Stufen A und B: 16 Stunden einschließlich max. 8 h Vollarbeitszeit
- Stufen C und D: 13 Stunden einschließlich max. 8 h Vollarbeitszeit

Die tägliche Höchstarbeitszeit kann weiterhin im Öffnungsmodell des TVöD über die Grenzen des Grundmodells bis auf 24 Stunden täglich erweitert werden.

Ebenfalls ist eine höhere durchschnittliche Wochenarbeitszeit – in Abhängigkeit von der Belastungsstufe der zu leistenden Bereitschaftsdienste – über die im ArbZG festgelegten 48 Stunden gem. § 7 Abs. 2a ArbZG möglich. Die wesentlichen Regelungen im Einzelnen lauten:

- Bereitschaftsdienststufen A+B bis durchschnittlich 58 Stunden/Woche
- Bereitschaftsdienststufen C+D bis durchschnittlich 54 Stunden/Woche

Die Ausgleichszeiträume bei 24-Stunden-Diensten sollen sich an diesen Grenzen zur wöchentlichen Höchstarbeitszeit orientieren.

Der Ausgleichszeitraum für die Berechnung der durchschnittlichen wöchentlichen Höchstarbeitszeit wird auf 52 Wochen verlängert.

Allerdings ist das Öffnungsmodell im Rahmen der Sonderregelungen für Krankenhäuser an die Erfüllung einer Reihe von Voraussetzungen gebunden. Mit diesen Vorgaben soll sichergestellt werden, dass die Auflagen des Arbeitszeitgesetzes zum Schutz der Arbeitnehmer angemessen berücksichtigt sind.

- Prüfung alternativer Arbeitszeitmodelle
- Belastungsanalyse (§ 5 ArbSchG)
- ggf. Maßnahmen zum Gesundheitsschutz
- Besondere Regelungen zur Vermeidung der Gefährdung der Gesundheit der Arbeitnehmer (§ 7 Abs. 2a ArbZG)
- Schriftliche Einwilligung der Arbeitnehmer (§ 7 Abs. 7 ArbZG)
- Information der Landesbezirksebene der Tarifparteien

Diese Einschränkungen führen dazu, dass die weitergehenden Regelungen (Opt-Out-Regelungen) im Rahmen des Öffnungsmodells zur täglichen und wöchentlichen Höchstarbeitszeit nur in Ausnahmefällen Anwendung finden können, bzw. von der individuellen Zustimmung der einzelnen Mitarbeiter, der Mitarbeitervertretung und der Aufsichtsbehörden abhängig sind.

Der Rufbereitschaftsdienst ist in unveränderter Definition aus den bisherigen BAT-Regelungen übernommen worden, d. h., dass der Arbeitgeber Rufbereitschaft nur anordnen darf, wenn erfahrungsgemäß lediglich in Ausnahmefällen Arbeit anfällt. Die inaktive Zeit des Rufdienstes wird weder im ArbZG noch im TVöD als Arbeitszeit gewertet. Aufgrund des Ausnahmecharakters des Arbeitsanfalls ist im Rahmen des TVöD eine Überschreitung der täglichen Höchstarbeitszeit durch Inanspruchnahme während der Rufbereitschaft über die 10-Stunden-Grenze des ArbZG hinaus

zulässig. Die Zeiten der Inanspruchnahme sind aber auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit anzurechnen.

Für den Projektverlauf waren die Ergebnisse des im August 2006 erfolgten Tarifabschlusses der kommunalen Arbeitgeber mit der Ärztegewerkschaft Marburger Bund nicht relevant. Die hier abgeschlossenen Vereinbarungen sehen aber ähnliche, teilweise weitergehende Ausnahmeregelungen wie der TVöD vor.

Betriebs- und Dienstvereinbarungen

Grundsätzlich wird auch die Übernahme tarifvertraglicher Regelungen durch eine Betriebs- oder Dienstvereinbarung in nicht tarifgebundenen Unternehmen eingeräumt. Voraussetzung dafür ist, dass der Betrieb sich im Geltungsbereich des Tarifvertrages befindet. Das heißt, der angestrebte Tarifvertrag wäre fachlich und räumlich auf den nicht tarifgebundenen Betrieb übertragbar, wenn eine Tarifbindung bestünde. Existiert kein Betriebs- oder Personalrat, können entsprechende Regelungen durch schriftliche Vereinbarung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber getroffen werden. Strittig und nicht abschließend richterlich geklärt ist allerdings, wann ein Betrieb diese Regelung für sich in Anspruch nehmen kann.

Betriebs- und Dienstvereinbarungen sind auch bei der Inanspruchnahme von tarifrechtlichen Regelungen zum Arbeitszeitgesetz als Voraussetzungen zu beachten, wie z. B. im Rahmen des Öffnungsmodells im TVöD.

Dokumentation der Arbeitszeit

Die Regelungen des ArbZG durch die Definition „Bereitschaftsdienst gleich Arbeitszeit“ führen zu einer veränderten Dokumentationspflicht der Krankenhäuser:

- Dokumentation der Gesamtarbeitszeit nach ArbZG
- Verzeichnis der betroffenen Arbeitnehmer bei Verlängerung der wöchentlichen Arbeitszeit über 48 Stunden hinaus auf Grundlage eines Tarifvertrages

Insbesondere bei tarifvertraglichen Abweichungen vom ArbZG ist mit verschärften Kontrollen der Aufsichtsbehörden zu rechnen, z. B. hinsichtlich des Nachweises über den Grad der tatsächlichen Inanspruchnahme im Bereitschaftsdienst.

Fazit Rahmenbedingungen

Die hier vorgestellten Rahmenbedingungen waren bei der Durchführung des Projektes inkam-Bremen im Zusammenhang mit den einrichtungsindividuellen Rahmenvorgaben der teilnehmenden Krankenhäuser zu beachten. Insbesondere die während der gesamten Projektlaufzeit bestehende Diskussion der Auswirkungen und Übergangsregelungen des Arbeitszeitgesetzes sowie die verschiedenen Tarifaueinandersetzungen im öffentlichen Dienst und mit dem? Marburger Bund

haben jedoch die Festlegung der Arbeitszeitgrenzen und damit der Gestaltungsspielräume verzögert. Sind diese geklärt, stehen die Bausteine für die Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle zur Verfügung und kann eine zügige Projektdurchführung gewährleistet werden.

5 Projektdurchführung

Die Durchführung des Projektes inkam-Bremen erfolgte in drei Hauptphasen mit folgenden einzelnen Projektschritten:

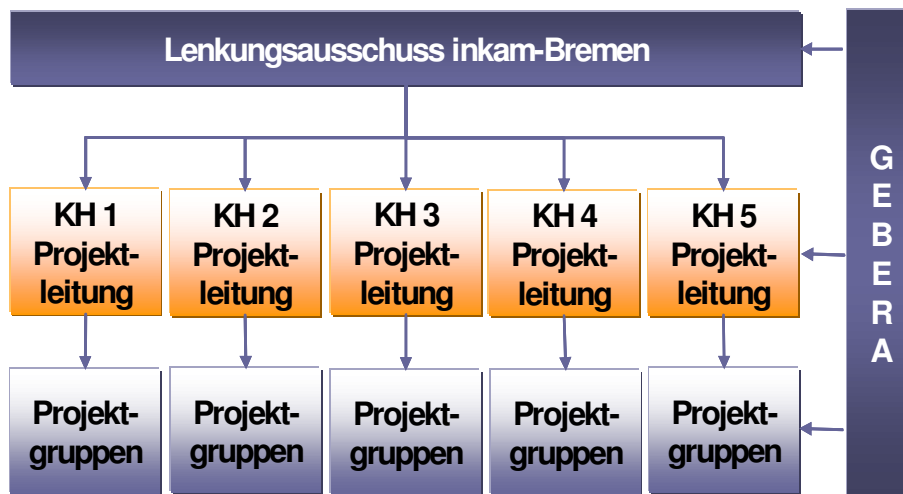


In der Vorbereitungsphase des Projektes standen die Auswahl der teilnehmenden Krankenhäuser und die detaillierte übergeordnete Projektplanung im Vordergrund. Hierzu zählte insbesondere auch die Definition der übergeordneten Zielkriterien für inkam-Bremen.

Die Umsetzungsphase fand in den teilnehmenden Krankenhäusern statt. Die einzelnen Projektschritte sind im Kapitel 6.1 beschrieben. Die auf dieser Grundlage entwickelten Arbeitszeitmodelle wurden - so weit möglich - in einer Testphase implementiert und überprüft. Auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der Umsetzungsphase wurde die Vorgehensweise zur Entwicklung der Arbeitszeitmodelle in der Transferphase auf weitere Abteilungen übertragen. Dieser Abschlussbericht ist neben der noch ausstehenden Projektevaluation nach Implementierung der Arbeitszeitmodelle Bestandteil der Gesamtdokumentation des Projektes. Wegen der im Projektverlauf aufgetretenen Unklarheiten bzgl. der gesetzlichen und tariflichen Rahmenbedingungen und der darin begründeten Implementierungsverzögerungen findet die inhaltliche Evaluation zum Ende des Jahres 2006 statt und orientiert sich an den bereits dargelegten Zielkriterien. Im Rahmen einer erneuten Mitarbeiterbefragung geht man hier insbesondere auf die Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit den neuen Arbeitszeitregelungen ein und überprüft außerdem die Auswirkungen auf die Ablauforganisation.

Übergeordnete Projektorganisation

Das folgende Schaubild zeigt die übergeordnete Organisation des Projektes inkam-Bremen:



Als zentrales übergeordnetes Projektgremium wurde ein Lenkungsausschuss etabliert, in dem folgende Organisationen vertreten waren:

- Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales
 - Abteilung Arbeit
 - Abteilung Gesundheit
- Krankenhausgesellschaft Bremen
- Verdi
- Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau
- Projektleitungen der teilnehmenden Krankenhäuser
- GEBERA GmbH

Aufgaben des Lenkungsausschusses waren die Kontrolle der Projektdurchführung und die Abstimmung von Entscheidungen zum weiteren Projektverlauf. Insgesamt trat das Gremium in der Projektzeit viermal zusammen.

Für die externe und interne Projektkommunikation wurde eine Internetpräsenz www.inkam-bremen.de geschaffen. Die hier abrufbaren Informationen zu dem Projekt, den Initiatoren und den teilnehmenden Einrichtungen wurden bis Projektende von über 13.000 Internetbenutzern in Anspruch genommen. Die monatlichen Raten lagen zwischen 500 und 720 Zugriffen.

Fachtagung zur Arbeitszeitorganisation „Ärztlicher Dienst“

Ergänzend zu der Projektgesamtdokumentation wurden die Ergebnisse des Projektes inkam-Bremen auf einer Fachtagung Vertretern der Ärzteschaft, der Krankenhausleitung und weiteren am Projekt beteiligten und sonstigen interessierten Institutionen vorgestellt. Die Tagung fand im Juni 2006 statt. Neben den direkt auf das Projekt bezogenen Ergebnissen wurde die zukünftige Entwicklung der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie durch die Vertreterin des Landes Bremen bei der Europäischen Kommission in Brüssel vorgestellt. Weiteres Thema war die Vorstellung eines Best-Practice-Beispiels zur umfassenden Personaleinsatzplanung und Arbeitszeitgestaltung.

Darüber hinaus wurden die Erfahrungen von Seiten der Teilnehmer (Geschäftsführungen, Mitarbeitende etc) zum Projekt sowie den erarbeiteten und umgesetzten Arbeitszeitmodellen vorgestellt.

Projektorganisation in den teilnehmenden Einrichtungen

Die Projektorganisation und –durchführung wurde in Kooperationsverträgen zwischen den teilnehmenden Krankenhäusern und der GEBERA konkretisiert. Die Krankenhäuser hatten jeweils eine interne Projektleitung zu benennen. Hauptaufgaben der Projektleitung waren sowohl die regelmäßige externe Abstimmung und Harmonisierung der Aktivitäten und Arbeitsschritte, als auch die Koordination der hausinternen Aktivitäten. Die Projektleitungen berichteten in regelmäßigen Abständen dem Lenkungsausschuss über den Fortgang der Projektarbeiten. Die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen, Aufgaben und Kompetenzen der Projektleitung wurden im Vorfeld des Projektes in Form von Stellenbeschreibungen definiert.

Weiterhin bildete jede Einrichtung je teilnehmender Fachabteilung eine Projektgruppe. Die Projektgruppe bestand jeweils aus (mindestens) vier Mitgliedern. Es sollte je ein Mitglied aus dem ärztlichen Dienst, Pflegedienst, ggf. Funktionsdienst und Verwaltungsdienst – Personalabteilung – sowie aus dem Betriebsrat beteiligt sein. Die Leitung der Projektgruppen erfolgte durch die Projektleitung des Krankenhauses. Es wurde grundsätzlich empfohlen, die Gleichstellungsbeauftragte der Einrichtung in die Arbeit der Projektgruppen einzubeziehen.

Die Projektgruppen tagten – abhängig von den jeweiligen unterschiedlichen Problemstellungen in den Fachabteilungen und Einrichtungen – unterschiedlich häufig im Laufe des Gesamtprojektes. Im Durchschnitt fanden fünf Sitzungen statt.

6 Ergebnisse

Ziele des Projektes waren

- Erarbeitung einer zielführenden modellhaften Vorgehensweise (Kapitel 6.1)
- Praktische Anwendung und ggf. Modifikation dieser Vorgehensweise
- Erarbeitung von Arbeitszeitmodellen für die beteiligten Fachabteilungen (Kapitel 6.3/6.4)

Die Vorgehensweise sowie die erarbeiteten Arbeitszeitmodelle werden im Folgenden vorgestellt.

6.1 Modellhafte Vorgehensweise

Betrachtet man die einzelnen Zielgrößen des Zielkreises (Kap 3), wird deutlich, dass die Entwicklung von innovativen Arbeitszeitmodellen die hausindividuellen Gegebenheiten in besonderem Maße zu berücksichtigen hat. Fachabteilungs- und einrichtungsspezifische Differenzen ergeben sich in besonderem Maße bezüglich der Mitarbeiterinteressen sowie beim Leistungsgeschehen.

Eine strukturierte Vorgehensweise sollte folgende Aspekte abdecken:

- Analyse der Personalsituation im Ist
- Abgleich der Personalsituation im Ist mit dem Leistungsgeschehen
- Berücksichtigung der gesetzlichen / tariflichen Rahmenbedingungen
- Berücksichtigung der strategischen Überlegungen der Einrichtungen/Abteilungen
- Berücksichtigung des einrichtungs- und abteilungsindividuellen Leistungsgeschehens
- Berücksichtigung des Leistungserstellungsprozesses
- Erhebung der Mitarbeiterpräferenzen im Vorfeld
- Akzeptanz der Analysegrundlagen/Analyseergebnisse durch die Betroffenen
- Konsequente Einbeziehung der „Betroffenen“ in den Entwicklungsprozess

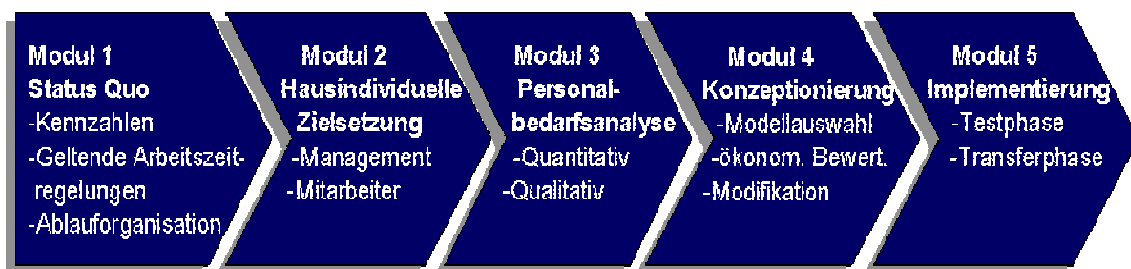
Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Aspekte teilweise voneinander abhängig sind und zusätzlich die Brisanz des Themas eine enge Abstimmung insbesondere der Datenanalysen mit den betroffenen Dienstgruppen erfordert.

Eines der vorrangigen Ziele von inkam-Bremen war es daher, eine strukturierte Vorgehensweise zur Erarbeitung einer individuellen Einsatzplanung des ärztlichen Dienstes zu entwickeln, die die obigen

Aspekte ausreichend berücksichtigt. Die modellhafte mehrstufige Vorgehensweise der GEBERA umfasst folgende Arbeitsschritte/Module (siehe Abbildung):

- Modul 1: Erhebung Status Quo (Datenanalyse)
- Modul 2: Erhebung der hausindividuellen Zielsetzung
- Modul 3: Personalbedarfsanalyse
- Modul 4: Konzeptionierung der Arbeitszeitmodelle
- Modul 5: Implementierung

Die einzelnen Arbeitsschritte sind sequentiell abzuarbeiten (siehe Abbildung).



Die Module werden im Folgenden ausführlich dargestellt.

6.1.1 Modul 1: Erhebung des Status quo

Grundlage für eine weit reichende Neuorganisation des Personaleinsatzes ist die Aufnahme der aktuellen Gegebenheiten hinsichtlich

- Geltender gesetzlicher, tariflicher, betrieblicher Regelungen
- Personalstrukturen (Menge, Alter, Qualifikationen, Ausfallzeiten etc.)
- Organisationsstruktur, Tätigkeiten, Arbeitsabläufen
- Leistungsgeschehen, qualitativ und quantitativ
- Infrastruktur und anderer externer Einflussgrößen
- Zukünftiger Planungen (z. B. Standorterweiterung, Änderung des Leistungsspektrums)

Die Erhebung der notwendigen Informationen erfolgt zum einen mithilfe einer standardisierten Datenanforderung bei den entsprechenden Bereichen (Controlling, Personalabteilung etc.), zum anderen in Form von Interviews mit den betroffenen Bereichen und weiteren relevanten Personen.

Grundsätzlich sollten beide Formen der Datenerhebung verfolgt werden. Zum einen umfasst die standardisierte Datenerhebung insbesondere des Leistungsgeschehens häufig nicht alle

Leistungsbereiche. Zum anderen können hierüber die Informationen gegeneinander abgeglichen bzw. validiert werden. Gründe für Abweichungen sind insbesondere:

- fehlende Erfassung von Leistungsbereichen
- unvollständige/fehlerhafte Leistungserfassung
- Subjektive „Fehleinschätzung“ hinsichtlich der Leistungserbringung.

Arbeitszeitregelungen

Die in den einzelnen Einrichtungen geltenden arbeits- und tarifrechtlichen Regelungen stellen den starren Rahmen dar, innerhalb dessen die Konzeptionierung von neuen Arbeitszeitregelungen erfolgen kann. Im Rahmen der Erhebung sind insbesondere Informationen zu möglichen hausspezifischen Ausnahmeregelungen und Sondervereinbarungen zu eruieren (Betriebsvereinbarungen zur Pausenregelung, Vergütung von Sonderdiensten etc.).

Die bisherigen Arbeitszeitregelungen werden umfassend analysiert und hinsichtlich ihrer inhaltlichen und ökonomischen Relevanz bewertet. Von besonderer Bedeutung ist die Identifizierung der Bereiche, in denen aufgrund der geänderten Rechtslage oder tarifrechtlicher Auflagen die bisherige Arbeitszeitgestaltung neu organisiert werden muss. Besonders zu beachten sind z. B. werktägliche und wöchentliche Höchstarbeitszeiten, Pausen- und Ruhezeiten etc. In einem weiteren Schritt erfolgt die Berechnung der bisherigen Personalbindung durch die zu besetzenden Sonderdienste. Hierbei sind z. B. die vergüteten Bereitschaftsdienststunden von den Freizeitausgleichen zu unterscheiden. Die Ergebnisse sind die Bewertungsgrundlage für die neu zu entwickelnden Arbeitszeitmodelle und ermöglichen die Ermittlung der ökonomischen Konsequenzen. Sie bilden somit die Grundlage für die anschließende Entwicklung neuer Arbeitszeitregelungen.

Personalkennzahlen

Um einen Überblick über die einzelnen Bereiche zu erhalten, sind Daten zur Personalsituation über einen Zeitraum von mehreren Jahren zu erheben. Hierzu gehören Quantität, Qualifikation, Alterstruktur, Teilzeitquote, Fehlzeiten etc. Die Daten werden mit den Leistungszahlen der Abteilungen in Beziehung gesetzt. So entstehen Personalkennzahlen, die eine orientierende Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Abteilung erlauben. Die Kennzahlen dienen als Grundlage für die folgenden Interviews mit den Beteiligten der Fachbereiche und werden durch die Informationen der Interviews sowie eine Personalbedarfsberechnung (Modul 3) komplettiert.

Leistungsgeschehen

Bei der Entwicklung von Arbeitszeitmodellen kommt der Erhebung und Analyse des Leistungsgeschehens eine besondere Bedeutung zu. Von besonderer Bedeutung sind quantitative und qualitative Aspekte, insbesondere:

- Menge des Leistungsgeschehens (Anzahl Fälle, Operationen etc.)
- Ort der Leistungserbringung (Station, Ambulanz etc.)
- Organisation der Leistungserbringung
- Zeitpunkt der Leistungserbringung
- Beeinflussbarkeit der Leistungsgeschehens (Elektiv- /Notfalleistung)

Anhand der verfügbaren KIS-Leistungsdokumentation werden Arbeitsbelastungsprofile im Jahres-, Wochen- und Tagesverlauf erstellt. Einbezogen werden alle verfügbaren Leistungsbereiche, z. B. stationäres Aufnahmegeschehen, ambulante Kontakte und das Operationsgeschehen. In Ergänzung hierzu können, falls erforderlich, weitere Arbeitsaufzeichnungen (z. B. während der Bereitschaftsdienste) durchgeführt und berücksichtigt werden

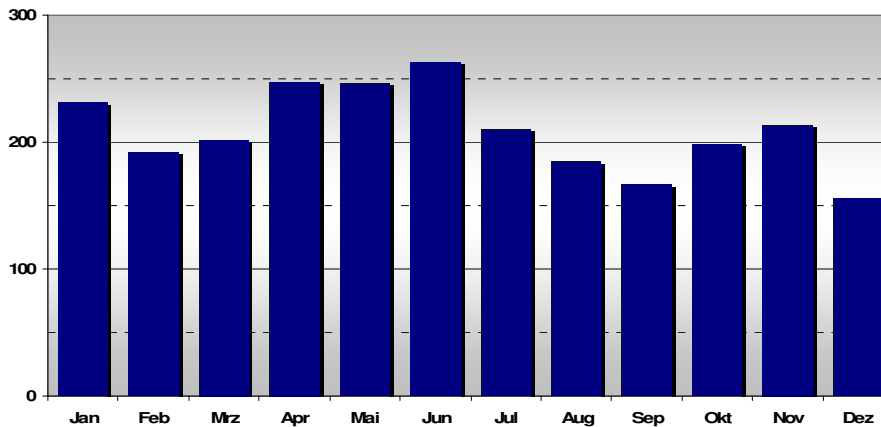
Während die Menge an erbrachten Leistungen - abhängig von der Organisation der Leistungserbringung - in besonderem Maße die Höhe des Personalbedarfes determiniert, erlaubt die Analyse des zeitraumbezogenen Leistungsgeschehens Aussagen über die Intensität des Leistungsaufkommens. Dabei ist natürlich das gesamte Leistungsgeschehen, also Aufnahmen, ambulante Kontakte, Operationsleistungen, Diagnostik usw. in die Analysen einzubeziehen.

Die nachfolgenden Beispiele sollen die Relevanz dieser Auswertungen für die zukünftige Arbeitszeitgestaltung verdeutlichen. Die Gesamtzahl der Leistungen bezieht sich dabei jeweils auf Jahresleistungen. Die Beispiele beziehen sich nicht durchgehend auf eine Abteilung oder Einrichtung.

Leistungsaufkommen im Jahresverlauf

Bei der Analyse des Leistungsaufkommens im Jahresverlauf können saisonale Schwankungen des Leistungsaufkommens identifiziert werden. Ursachen können z. B. in einem tatsächlich saisonal schwankenden Leistungsaufkommen, durch die Abwesenheit von Leistungsträgern (z. B. Urlaub des hauptsächlich operierenden Chefarztes) etc. entstehen. Für die Personaleinsatzplanung ist zu klären, ob evtl. auftretende regelmäßige Schwankungen entsprechend berücksichtigt werden.

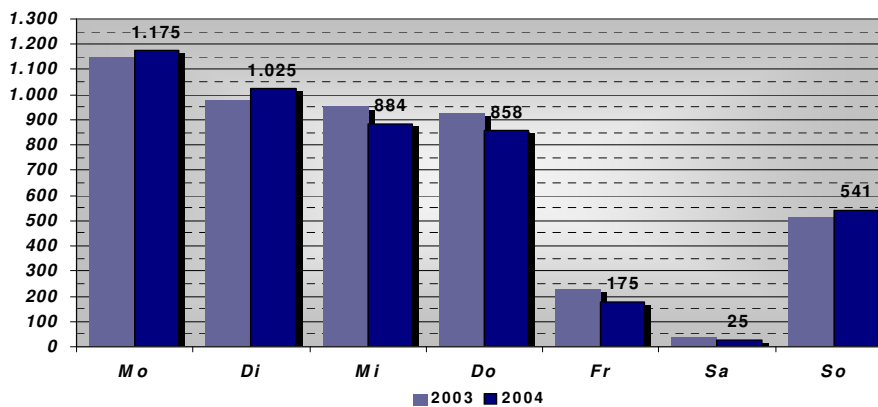
Konsequenz dieser Analyse könnte z. B. die Abstimmung der Urlaubsplanung zwischen den von einander abhängigen Dienstgruppen z. B. Ärztlichem Dienst und Funktionsdiensten im OP-Bereich sein.



Leistungsaufkommen im Wochenverlauf

Für die Gestaltung des wochentagsbezogenen Personaleinsatzes und ggf. auch der täglichen Arbeitszeitregelungen sind die Analysen des Leistungsaufkommens im Wochenverlauf von Bedeutung.

Stationäre Aufnahmen im Wochenverlauf

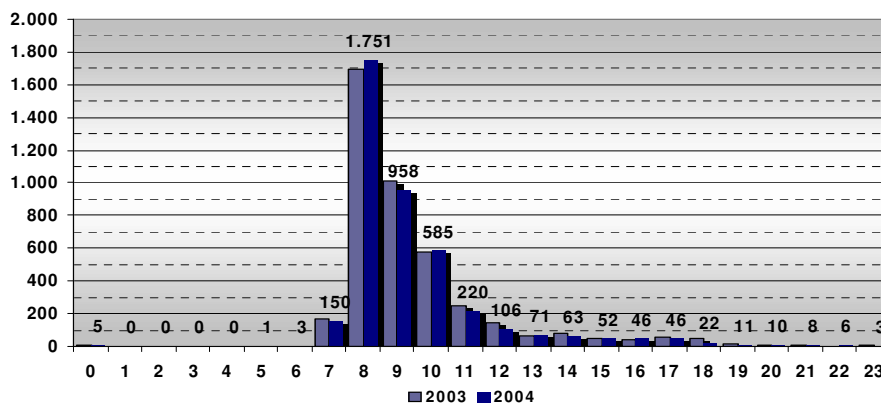


Das Beispiel zeigt (vereinfachend anhand des Leistungsparameters „Stationäre Aufnahmen“) eine Abteilung mit einer deutlichen Leistungsverdichtung zum Wochenanfang und einem deutlichen Leistungsabfall am Freitag. Hier ist zum einen zu klären, ob die Verteilung des Leistungsaufkommens so sinnvoll ist oder eine stärkere Egalisierung angestrebt werden sollte. Ist das Leistungsgeschehen unbeeinflussbar, ist über die wochentagsabhängige Anpassung der Personalbesetzung zu diskutieren.

Leistungsaufkommen im Tagesverlauf

Der nächste Analyseschritt untersucht das Leistungsaufkommen im Tagesverlauf. Zunächst ist es wichtig, die Wochentage und das Wochenende zu differenzieren. Als Beispiel ist hier das Leistungsaufkommen „stationäre Aufnahmen“ im Tagesverlauf im Durchschnitt der Werktage gezeigt. Diese Auswertungen sind auch um Analysen der einzelnen Wochentage zu ergänzen.

Stationäre Aufnahmen im Tagesverlauf Mo - Fr



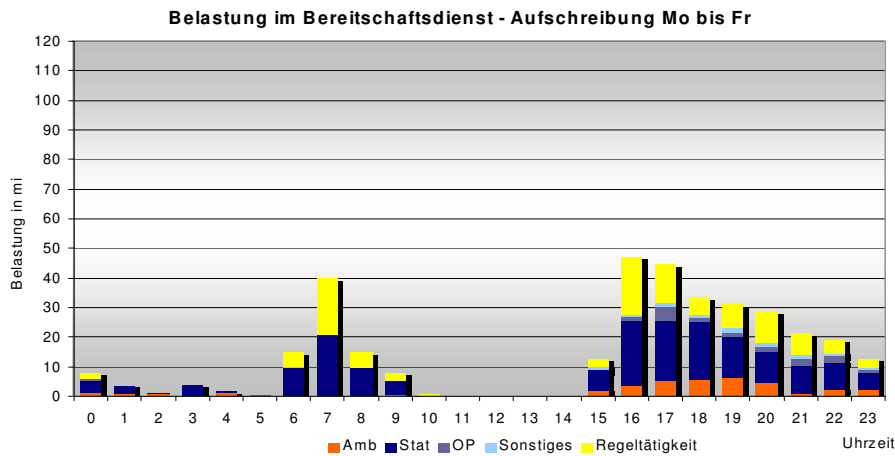
Das Belastungsprofil zeigt eine häufig anzutreffende Abteilungsorganisation, bei der der Großteil der stationären Aufnahmen am frühen Vormittag erfolgt. Die restliche Regeldienstzeit bis 16.00 Uhr wird von stationären Aufnahmen kaum in Anspruch genommen. Hier ist im Rahmen der Arbeitszeitorganisation zu überprüfen, in wie weit elektive Aufnahmen in den Nachmittag verlagert werden können und ob dann die Einführung eines Spätdienstes sinnvoll mit entsprechenden Regeltätigkeiten organisiert werden kann.

Weiterhin zeigt das Beispiel, dass in den späten Abendstunden und nachts kaum stationäre Aufnahmen erfolgen. Zeigt sich bei den analogen Analysen zu den anderen Leistungskomplexen eine ähnlich geringere Belastung, ist nachgewiesen, dass z. B die Einrichtung eines Nachtschichtdienstes nicht durch die bisherigen Leistungen gerechtfertigt ist und wirtschaftlich nur sinnvoll wäre, wenn entsprechende Leistungsverlagerungen aus den bisherigen Regeldiensten erfolgen könnten. Dem sind aber, wenn keine umstrittenen Nachtoperationen oder ähnliches durchgeführt werden sollen, natürlich Grenzen gesetzt.

Mitarbeiteraufzeichnungen zum Leistungsaufkommen

Die nachfolgenden Beispiele zeigen die Analysen von Mitarbeiteraufzeichnungen zur zeitraumbezogenen Arbeitsbelastung. Diese Dokumentation kann mit den sonstigen Leistungsanalysen abgeglichen werden und zur Komplettierung des Gesamtbildes des Leistungsaufkommens herangezogen werden. Die Mitarbeiteraufzeichnungen sollten über einen ausreichend repräsentativen

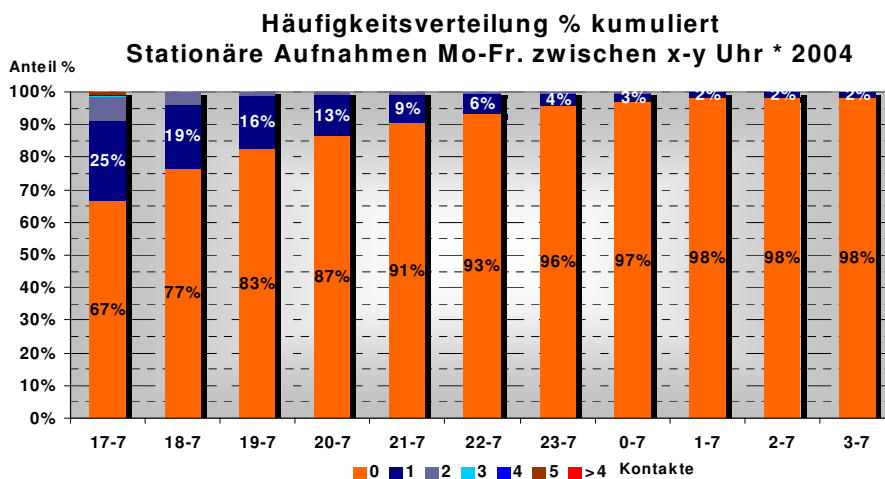
Zeitraum erfolgen. Auch hier sind die einzelnen Werktage und Wochenendtage differenziert zu betrachten.



Häufigkeitsverteilung unterschiedlichen Leistungsaufkommens

Eine weitere hilfreiche Analyse ist die Untersuchung, wie oft welche Belastungen auftreten, d.h. ob hohe oder niedrige Belastungen regelmäßig vorkommen und daher in neuen Arbeitszeitregelungen zu berücksichtigen sind.

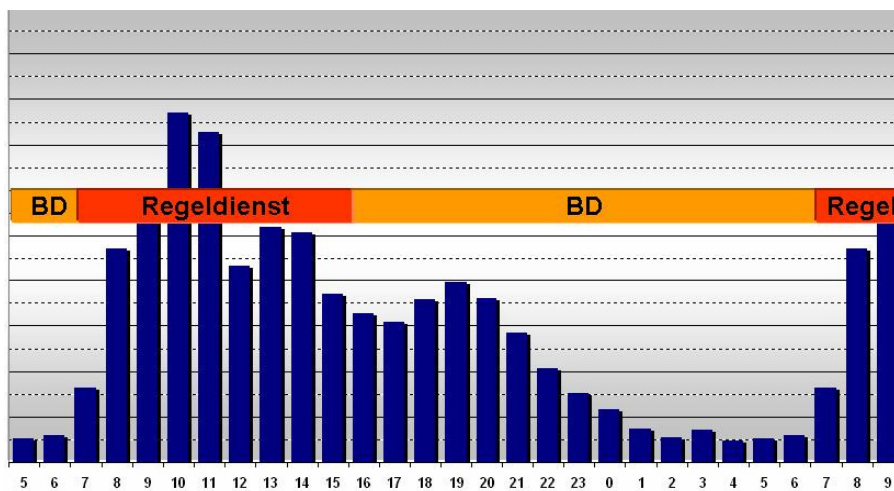
In dem Beispiel zeigt sich, dass im Zeitraum zwischen 17 und 7 Uhr (Bereitschaftsdienst) in 67 % der Werktage keine stationäre Aufnahme vorkam, in 25 % der Tage eine Aufnahme stattfand usw.



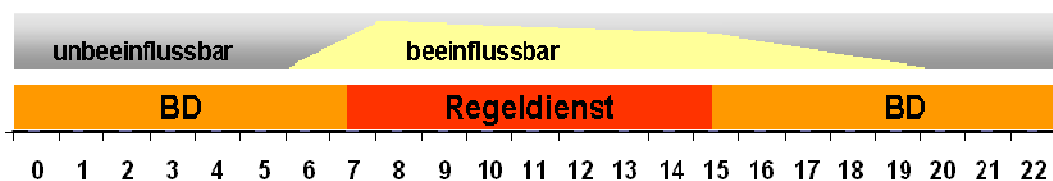
Anhand dieser Häufigkeitsverteilungen lässt sich die „gefühlte“ Dienstbelastung überprüfen. Sie sind insbesondere die Grundlage für fundierte Entscheidungen zur notwendigerweise vorzuhaltenden Dienstform und zur Besetzung dieser Dienste.

Ergebnisverwendung

Die anhand der Zeitraumanalysen gewonnenen Erkenntnisse zum Leistungsaufkommen sind, wie bereits beispielhaft erwähnt, mit den geltenden Arbeitszeitregelungen und Personalbesetzungen abzugleichen. Oftmals finden sich Arbeitszeitregelungen wie in dem nachfolgenden Beispiel, in denen die tatsächliche, zeitlich differierende Arbeitsbelastung nur in geringem Ausmaß Berücksichtigung findet, bei der Arbeitszeitgestaltung und der Personaleinsatzplanung. In dem Beispiel ist die Arbeitsbelastung bis ca. 22 Uhr so hoch, dass z. B die Etablierung eines Spätdienstes sinnvoll sein kann.



Neben der Anpassung des Personaleinsatzes und der Arbeitszeiten an das Leistungsaufkommen ist natürlich gleichermaßen zu überprüfen, inwieweit das Leistungsaufkommen reorganisiert werden kann. Die Entwicklung von Arbeitszeitmodellen unter Berücksichtigung der Zielkriterien im Rahmen des Projektes inkam-Bremen erforderte oftmals auch eine Optimierung des Personaleinsatzes durch entsprechende Reorganisation. In der Regel ist in Akut-Krankenhäusern - anders als bei Industrieunternehmen - ein einrichtungs- und fachabteilungsspezifisch differierender, relevanter Anteil des Leistungsaufkommens nicht planbar. Daher ist eine Differenzierung nach beeinflussbarer und nicht-beinflussbarer Leistung sinnvoll (s. Abb.).



Am Beispiel wird deutlich, dass normalerweise ein hoher Anteil der Leistungserbringung in den bisherigen Arbeitszeitregelungen während der Regeldienstzeit elektiv, d. h. beeinflussbar ist. Dieser Anteil sinkt mit zunehmender Bereitschaftsdienstdauer.

Anhand der gewonnenen Erkenntnisse über das tatsächliche Leistungsgeschehen können Schwachstellen des bisherigen Personaleinsatzes identifiziert und die Eckpfeiler der zukünftigen Arbeitszeitregelungen ermittelt werden. Fragen der notwendigen Besetzungen, der Dienstwechselzeiten oder der Dienstform lassen sich so datengestützt beantworten.

Um Fehlinterpretationen aufgrund von Ausnahmesituationen innerhalb eines Jahres zu vermeiden, ist die Analyse über mehrere Jahre durchzuführen. Ein Zeitraum von 3 Jahren ist in der Regel ausreichend. Hierüber lassen sich auch Einschätzungen zur Leistungsentwicklung der Abteilung (Ausweitung oder Konsolidierung) und resultierende Konsequenzen auf den zukünftig notwendigen Personalbedarf treffen.

Da die erhobenen Daten die Grundlage für weiterführende Analysen und Konzepte darstellen, sind diese in jedem Fall den betroffenen Bereichen zurückzuspiegeln, damit evtl. vorhandene Abweichungen diskutiert und korrigiert werden können.

6.1.2 Modul 2: Erhebung der hausindividuellen Zielsetzung

Arbeitszeitregelungen haben einen unmittelbaren Einfluss auf die persönliche Lebensplanung sowie die finanzielle Situation der Mitarbeiter. Damit ist die Einbindung der Betroffenen ein Schlüsselfaktor für die erfolgreiche Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle.

Darüber hinaus sind Ziele und Anforderungen der Krankenhausführung, der Abteilungsverantwortlichen sowie des Betriebsrates zu berücksichtigen.

Im Rahmen von inkam-Bremen wurden die Bedürfnisse der Beteiligten zum einen schriftlich, in Form einer umfassenden Mitarbeiterbefragung zur Arbeitszeitgestaltung, erhoben. Neben einer Einschätzung der Ist-Situation wurde erhoben, welche Faktoren für die persönliche Zufriedenheit vorrangig sind und welche gestalterischen Elemente von besonderem Interesse sind.

Bereich	Inhalt
A	Angaben zur eigenen Person (Geschlecht, Alter, Familienstand, Kinder, Arbeitsstätte, Entfernung zur Arbeitsstätte, Anreise, Dienstart, Funktion, Einsatzbereich/Abteilung)
B	Aktuelle Arbeitssituation (Pausenzeiten, Mehrarbeit, Arbeitsspitzen, Dienstplanung)
C	Zufriedenheit mit der aktuellen Arbeitssituation
D	Offenheit für alternative Arbeitszeiten (Problembewusstsein und Offenheit gegenüber neuen Arbeitszeitmodellen, Freizeitausgleich, feste Arbeitszeiten, Interesse an ausgewählten AZM)
E	Abhängigkeitsfaktoren der Arbeitszeitzufriedenheit

Die Ergebnisse werden in Kap. 6.2 ausführlich dargestellt.

Zum anderen wurden die Beteiligten im Rahmen von strukturierten Interviews persönlich befragt.

Folgende Gruppen wurden in die Befragungen einbezogen:

- Geschäftsführung/Verwaltungsdirektoren
- Ärztlicher Direktor
- Pflegedirektion
- Personalleitung
- Chef-, Ober- und Assistenzärzte der beteiligten Fachabteilungen
- Pflegedienstleitungen betroffener Fachabteilungen
- Betriebsrat
- ggf. OP-Management

Ein wesentlicher Aspekt der Interviews war die Erhebung der strategischen Ziele. Fehlende Zielvorgaben und Zielkonflikte wurden transparent gemacht und mussten im Rahmen der weiteren Arbeitstreffen gelöst werden.

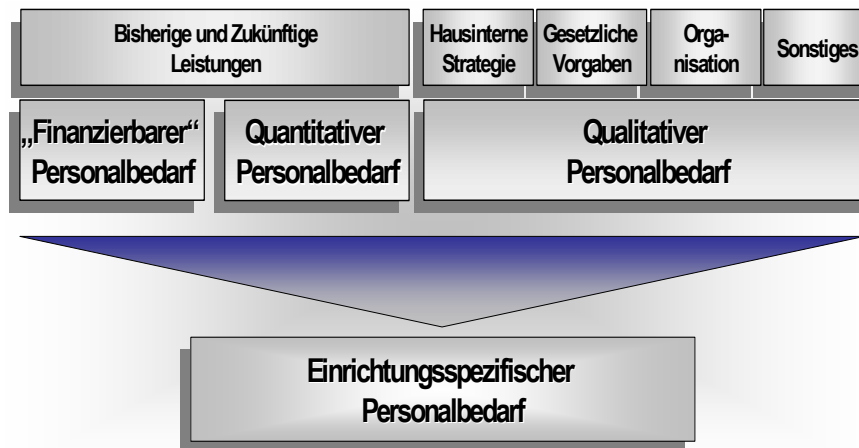
Klar abgestimmte und kommunizierte Vorgaben zur Abteilungsentwicklung (z. B. quantitative und/oder qualitative Leistungsausweitung) haben Auswirkungen auf den vorzuhaltenden Personal- und Ressourcenbedarf sowie den adäquaten Personaleinsatz.

Die persönliche Abstimmung war durch regelmäßige fachabteilungsindividuelle Workshops permanent gegeben.

6.1.3 Modul 3: Personalbedarfsanalyse

Die angemessene Personalmenge ist einer der zentralen Punkte im Rahmen von Personaleinsatzplanungen. Da diese Diskussion in der Regel stark emotional geprägt ist und um den Fokus auf die Personaleinsatzplanung zu lenken, sind grundsätzlich für jede Abteilung Personalbedarfsermittlungen durchzuführen.

Dies erfolgt sinnvollerweise in einem zweigliedrigen Verfahren, bei dem der quantitative vom qualitativen Personalbedarf getrennt erhoben wird.



Ermittlung des quantitativen Personalbedarfs

Grundsätzlich wird hierbei zunächst ausschließlich der leistungsmengenbezogene Personalbedarf ermittelt. Hierzu werden die entsprechenden abgestimmten Leistungsdaten der Abteilung sowie Referenzwerte vergleichbarer Einrichtungen herangezogen. Der ermittelte quantitative Personalbedarf wird der entsprechenden Ist-Personalvorhaltung gegenübergestellt (d. h. ohne Personalbindung für vergütete Sonderdienste etc.). Die sich ergebenden Differenzen zwischen Ist und Soll dienen als Grundlage für Schritt 2.

Schritt 2: Ermittlung des qualitativen Personalbedarfs

Der zusätzliche „qualitative“ Personalbedarf ergibt sich über abteilungsspezifische Besonderheiten der Leistungserbringung z. B. qualitative Standards (Mindestbesetzungen etc.) oder baulich oder organisatorisch begründete Personalbindungen in der jeweiligen Abteilung (Mehrbedarf für Ausbildung, Mehr- /Minderbedarf durch besondere Diagnostik- /Therapieverfahren etc.).

Durch den zuvor ermittelten, referenzierten leistungsmengenbezogenen Personalbedarf werden diese Personalbindungen transparent und können innerhalb der Abteilung den Verantwortlichen zur Diskussion gestellt werden. So können bewusste Entscheidungen darüber herbeigeführt werden, inwieweit die Situationen unabänderlich oder gewollt und als echter Bedarf zu werten sind, oder

welche organisatorischen Defizite zu dem entsprechenden Mehrbedarf führen, die es abzustellen gilt. In der Regel führt dieser Arbeitsschritt zu weitergehenden Prozessanalysen und –erkenntnissen.

Die strikte Trennung der beiden Arbeitsschritte soll vermeiden, dass im Rahmen der Aufnahme des Leistungsgeschehens lediglich der Status quo abgebildet wird oder z. B. ein auf Wunschbesetzungen beruhender Mehrbedarf zustande kommt.

Andererseits wird verhindert, dass aktuell schon vorhandener Mehrbedarf zu Verzerrungen bei der ökonomischen Bewertung der Auswirkungen neuer Arbeitszeitmodelle führt.

Gleichzeitig stellt diese transparente und nachvollziehbare Vorgehensweise ein Höchstmaß an Akzeptanz hinsichtlich der Ergebnisse sicher.

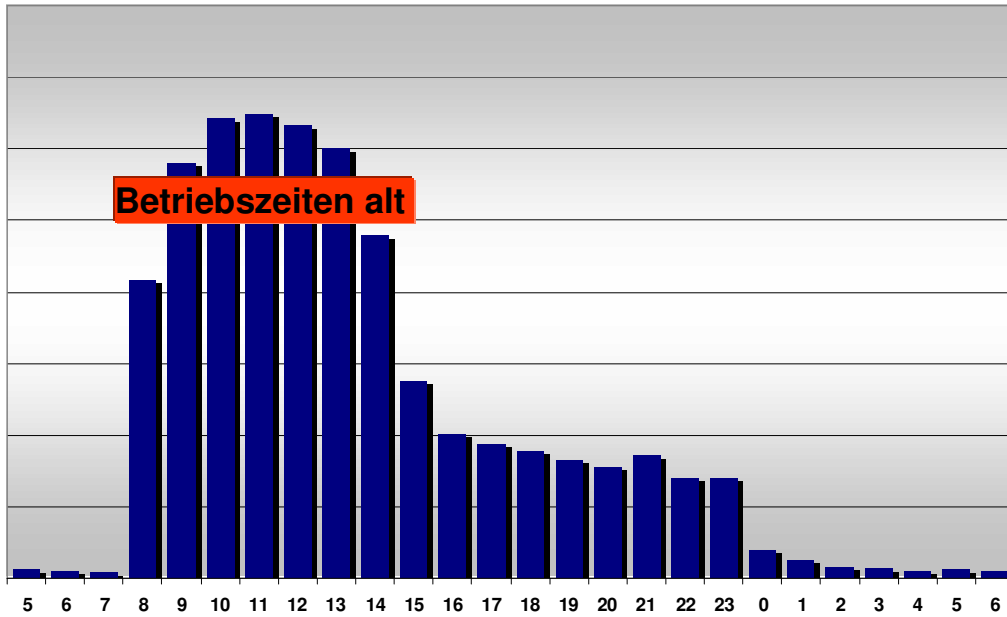
6.1.4 Modul 4: Konzeptionierung der Arbeitszeitmodelle

Auf Grundlage der Ergebnisse aus den vorherigen Arbeitsschritten erfolgt der eigentliche Schritt der Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle mit der Organisation des zukünftigen Personaleinsatzes.

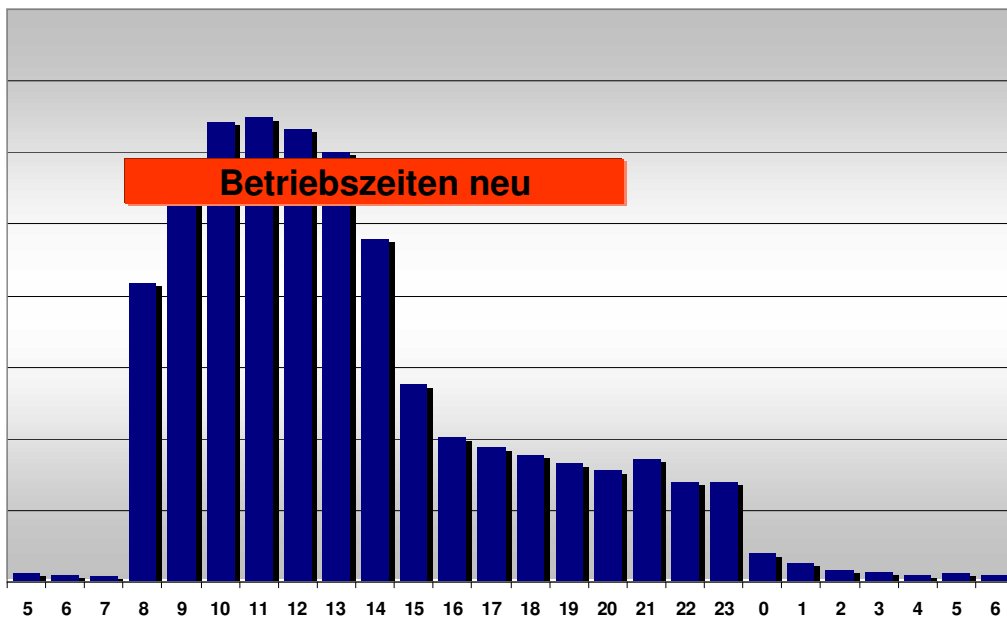
Hauptaufgabe ist zunächst die Überprüfung und gegebenenfalls Optimierung der bisherigen Arbeitsorganisation. Dabei sind immer die erarbeiteten Zielkriterien zu berücksichtigen.

Wesentliche Fragen sind die Entzerrung bisheriger Leistungsverdichtungen sowie die sinnvolle Bündelung oder Anpassung von Einzelaufgaben und deren Auswirkungen z. B auf Betriebszeiten (z. B OP, Diagnostik) und notwendige Besetzungen. Die Frage nach der notwendigen Besetzung muss mit Menge, Zeitpunkt und Qualitätsanforderung des zu erbringenden Leistungsgeschehens in Einklang stehen.

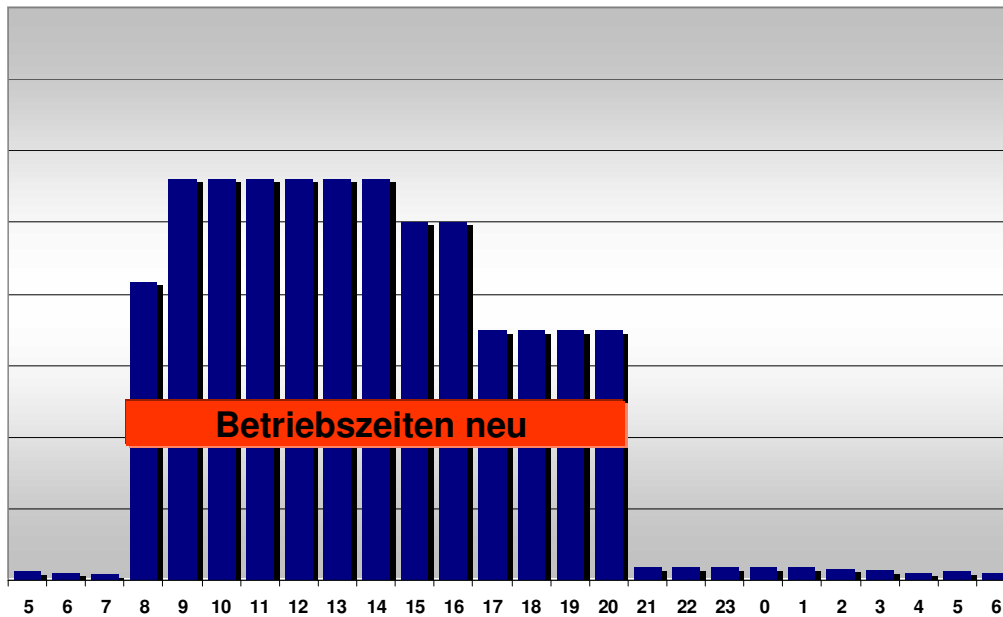
Das nachfolgende Beispiel soll dies anhand der Reorganisation von OP-Betriebszeiten und des beeinflussbaren Leistungsgeschehens verdeutlichen. Die blauen Balken stellen in den Grafiken das operative Leistungsaufkommen im Tagesverlauf (Uhrzeiten) dar.



Die bisherigen Betriebszeiten führen dazu, dass aufgrund Organisationsdefizite und Engpässe ein großer Teil Elektivoperationen außerhalb der regulären OP-Betriebszeiten durchgeführt werden. Dies belastete bisher die Bereitschaftsdienste bzw. führte zu Mehrarbeit der Regeldienste.



In einem ersten Schritt sind die Betriebszeiten moderat verlängert worden, um den OP-Tagesbetrieb zu entzerren. Weiterhin ist eine Überprüfung der bereitgestellten OP-Kapazitäten notwendig. Anhand umfassender OP-Analysen konnte in diesem Beispiel nachgewiesen werden, dass eine Ausweitung der OP-Kapazitäten nicht notwendig ist.



In einem weiteren Schritt sind die Elektiveingriffe innerhalb der neuen Betriebszeiten gebündelt worden. Die Betriebszeitenverlängerung gilt nur für einen Teil der vorgehaltenen Kapazitäten. Das Notfallgeschehen kann aufgrund der Entzerrung in den OP-Ablauf integriert werden. Außerhalb der Betriebszeiten werden im OP nur noch aktuelle Notfallpatienten behandelt.

Für den weiteren Prozess der Entwicklung von Arbeitszeitmodellen sind die gesamten Ergebnisse der zeitraumbezogenen Leistungsanalysen und der Betriebszeitenorganisation in Kombination mit der Personalbedarfsermittlung essentiell. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse über das tatsächliche Leistungsgeschehen können Optimierungspotenziale des bisherigen Personaleinsatzes identifiziert und die Eckpfeiler der zukünftigen Arbeitszeitregelungen ermittelt werden. An diesem Punkt der Diskussion oftmals als medizinisch unabdingbar geforderte Wunschbesetzungen können datengestützt relativiert werden.

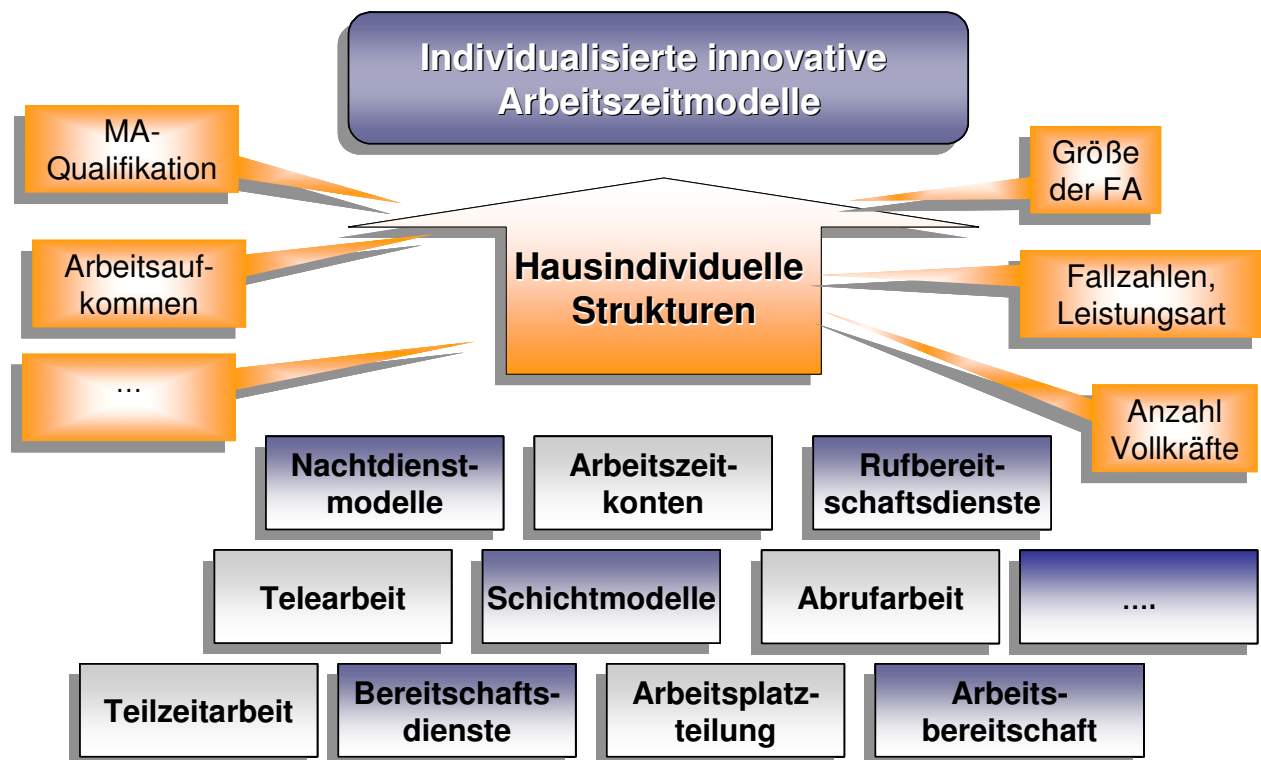
Die in Kapitel 6.1.1 beschriebenen Auswertungen geben im Rahmen einer zukünftigen Einsatzplanung Hinweise auf den geeigneten Zeitpunkt für einen sinnvollen Dienstartwechsel, z. B. Wechsel von Volldienst zu Bereitschaftsdienst sowie die Anzahl notwendig vorzuhaltender Mitarbeiter. Natürlich sind alle betroffenen Leistungsbereiche in die Analysen einzubeziehen.

Die Diskussion der Zusammenhänge mit den betroffenen Mitarbeitern ermöglicht das Verständnis des Zusammenhanges von suboptimaler Ablauforganisation und Personalengpässen.

Darauf aufbauend werden, unter Berücksichtigung der gegebenen Spielräume bei den Rahmenbedingungen, sinnvolle Arbeitszeitregelungen vorgeschlagen und zur Diskussion gestellt. Hierzu sind alle Möglichkeiten, die das Arbeits- bzw. anzuwendende Tarifrecht zulässt, in die Überlegungen einzubeziehen und hinsichtlich ihrer Tauglichkeit und ökonomischen Vertretbarkeit zu

bewerten. Falls inhaltlich sinnvoll, sollten auch bereichsübergreifende Kooperationsmöglichkeiten ermittelt und berücksichtigt werden.

Die individuellen Besonderheiten hinsichtlich der Vorgaben, tariflichen Regelungen, Leistungsanforderungen etc. der Bereiche machen deutlich, dass fertige „Schubladenlösungen“ nicht zum Einsatz kommen können. Vielmehr müssen die zur Verfügung stehenden Bausteine der Arbeitszeitgestaltung vor dem Hintergrund der haus- und bereichsspezifischen Voraussetzungen auf ihre Eignung überprüft und eingesetzt werden. Die nachfolgende Grafik soll diesen Grundsatz der Vorgehensweise weiter verdeutlichen:



Das in diesem Prozess erarbeitete optimale Arbeitszeitmodell (bzw. weitere Alternativen) ist mit der Personalbindung der bisherigen Arbeitszeitregelungen zu vergleichen und umfassend ökonomisch zu bewerten.

Sowohl die Reorganisation der Abläufe als auch die Entwicklung von Arbeitszeitmodellen muss in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der betroffenen Fachabteilungen erfolgen. Nur so ist gewährleistet, dass nicht an den tatsächlichen Bedürfnissen oder Vorstellungen der Beschäftigten vorbei geplant wird.

Werden die Mitarbeitenden konsequent beteiligt, fließen ihre Detailkenntnisse, aber auch ihre persönlichen Präferenzen in den Entwicklungsprozess ein. Dies erhöht die Umsetzbarkeit und Akzeptanz der Neuregelungen entscheidend.

6.1.5 Modul 5: Implementierung

Die neuen Arbeitszeitmodelle werden im Rahmen der Implementierung in einem weiteren Schritt in Probe-Dienstpläne überführt. Diese Probe-Dienstpläne sollten für einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen erstellt werden. So wird ersichtlich, welche Auswirkungen für den einzelnen Mitarbeitenden auftreten werden und welche weiteren personellen Konsequenzen zu ziehen sind. Ggf. können zu diesem Zeitpunkt noch Feinjustierungen oder Modifikationen erfolgen.

Die Implementierung erfolgt im Rahmen einer Testphase über mindestens 3 Monate in einem repräsentativen Zeitraum (keine Urlaubszeiten o.ä.), um die Auswirkungen und ggf. Schwächen der neuen Regelungen zu erkennen.

Es empfiehlt sich, nach einer Testphase eine Evaluation zur Optimierung der neuen Regelungen durchzuführen. In der Regel wird der ärztliche Dienst insbesondere bei der Erstellung detaillierter Dienstpläne unterstützt werden müssen, z. B. von Seiten der Personalabteilung oder des Pflegedienstes, die mit der Dienstplangestaltung entsprechend vertraut sind.

6.2 Mitarbeiterbefragung

Im Rahmen des Projektes inkam-Bremen wurden die MitarbeiterInnen der folgenden Dienstgruppen befragt:

- Ärztlicher Dienst
- Pflegedienst
- Funktionsdienst/medizinisch-technischer Dienst
- Verwaltungsdienst
- Sonstige Dienste

In einer Einrichtung wurden nur der ärztliche und der pflegerische Dienst befragt, da im Vorfeld des Projektes schon eine Erhebung der übrigen Dienstgruppen erfolgt war.

Insgesamt wurden 3.434 Mitarbeiter aller Fachabteilungen in den beteiligten Einrichtungen befragt.

Die Rücklaufquote betrug in den teilnehmenden Krankenhäusern zwischen 32 % und 56 %. Über alle Einrichtungen antworteten rund 38 % aller Befragten.

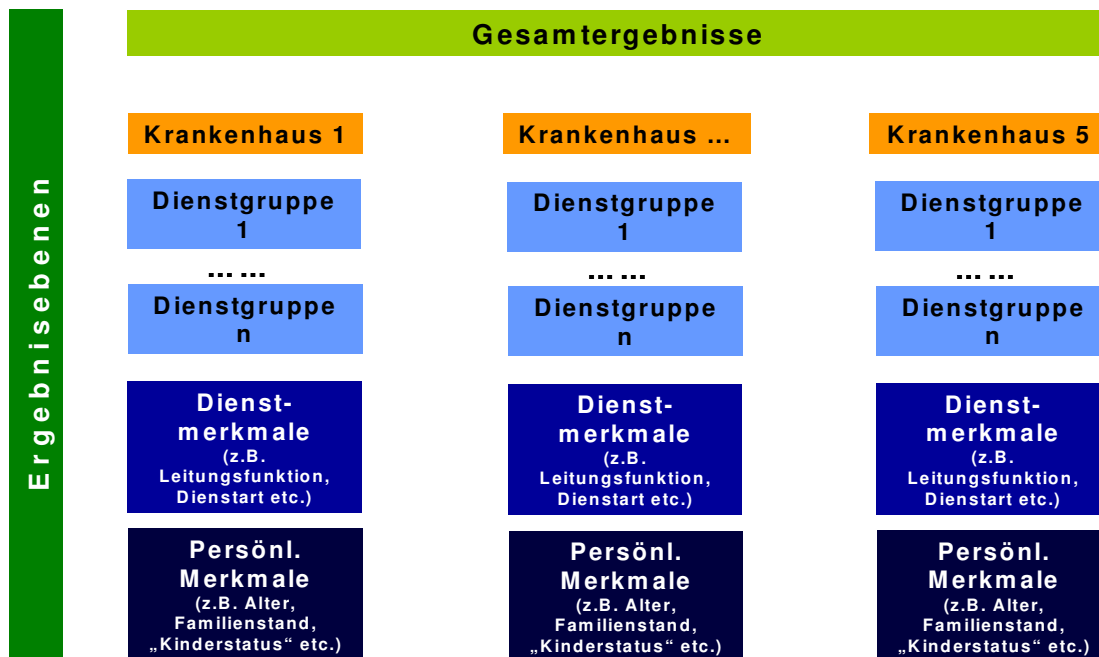
Die Befragung bezog sich auf folgende Dimensionen:

- Angaben zur eigenen Person
- Aktuelle Arbeitszeitsituation

- Zufriedenheit mit der aktuellen Arbeitszeitsituation
- Offenheit für alternative Arbeitszeitmodelle
- Abhängigkeitsfaktoren der Arbeitszeitzufriedenheit

Auswertungsschema

Die Auswertung erfolgte mit Hilfe von SPSS. Es wurden folgende Ergebnisebenen untersucht. Die Ergebnisse wurden durch entsprechende Signifikanztests evaluiert.

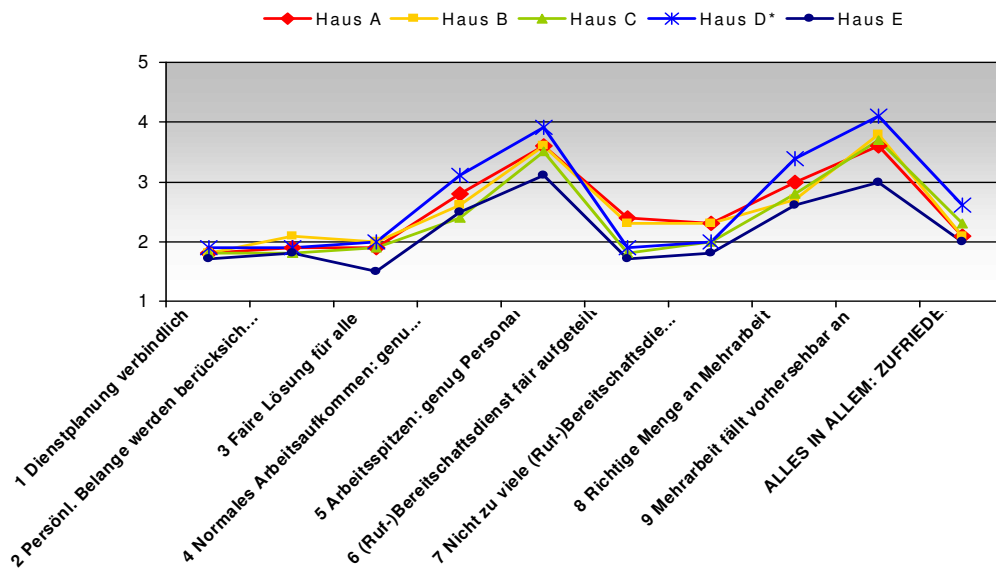


Aufgrund der Komplexität der Befragung waren im Rahmen der Auswertung eine Vielzahl von speziellen Perspektiven und Kombinationen der verschiedenen Ergebnisebenen möglich. Dies wurde in den Einrichtungen unterschiedlich genutzt. Für die senatorische Dienststelle wurde eine umfassende Gesamtauswertung bereitgestellt.

Im Laufe der Projektarbeit wurden die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung in die Modellentwicklung einbezogen. Hilfreich war es, die mögliche Arbeitszeitregelungen mit den Wünschen und Bedürfnissen der Mitarbeiter abzugleichen. Neben einrichtungsspezifischen Ergebnissen waren im Rahmen der Arbeitszeitmodellentwicklungen folgende Auswertungen von besonderer Bedeutung:

Zufriedenheit mit den aktuellen Arbeitszeitregelungen

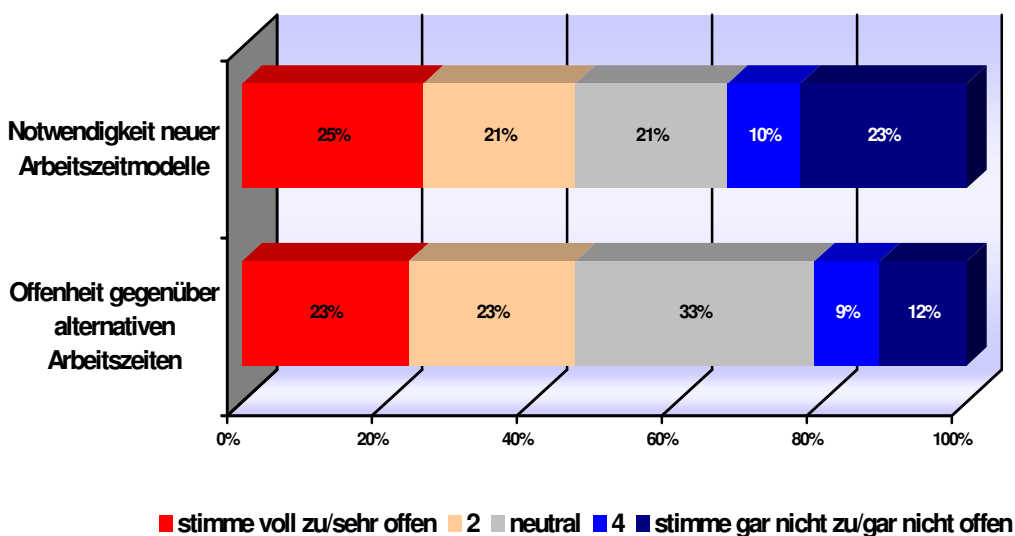
Die Beurteilung folgte der Notenskala des deutschen Schulwesens (1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend).



Grundsätzlich zeigen die Auswertungen, dass in allen Einrichtungen die Tendenz der Beurteilung gleich ist, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau. Insbesondere die Belange der Dienstplanung (Punkte 1-3) wurden von den Mitarbeitern als gut bis sehr gut beurteilt. Dagegen wurden die Situation der Personalbesetzung bei normalem Arbeitsaufkommen und insbesondere bei Arbeitsspitzen sowie der organisatorische Umgang mit Mehrarbeit deutlich kritischer beurteilt. In der Abschlussfrage zu diesem Komplex fanden Beurteilungen im Bewertungsbereich "gut" bis "befriedigend" statt.

Offenheit für neue Arbeitszeitregelungen

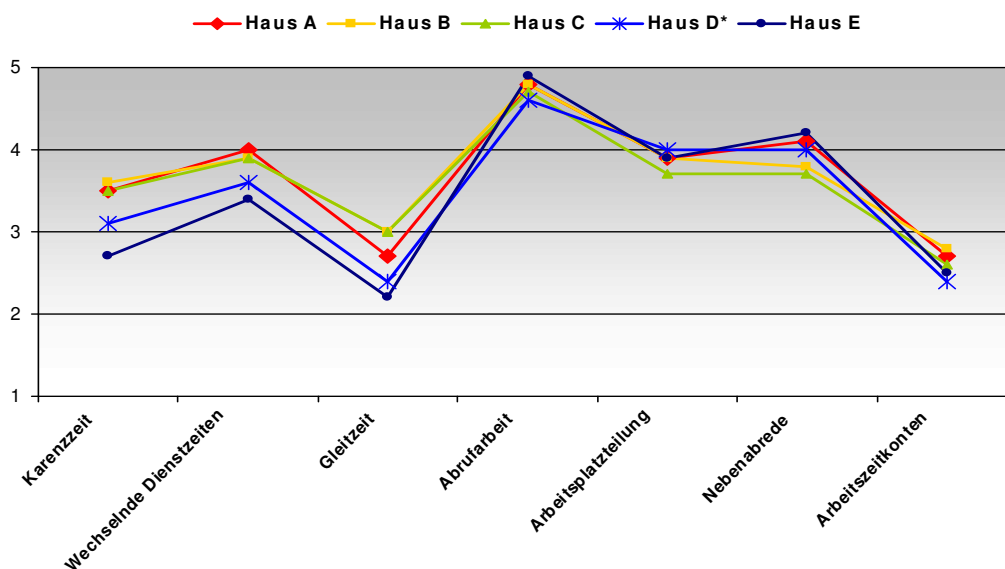
Gefragt wurde, inwieweit nachvollzogen werden kann, dass aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen neue Arbeitszeitregelungen eingeführt werden müssen und wie offen der Mitarbeiter neuen Arbeitszeitmodellen grundsätzlich gegenübersteht.



Die Notwendigkeit neuer Arbeitszeitregelungen wurde von rund einem Viertel der befragten Mitarbeiter gesehen, allerdings ist ebenfalls eine fast gleich große Gruppe hiervon gar nicht überzeugt. Ebenfalls fast ein Viertel der Befragten ist grundsätzlich offen für neue Arbeitszeitregelungen, die ablehnende Gruppe ist hier deutlich kleiner; allerdings hatte eine deutlich größere Anzahl eine indifferente Meinung zu dieser Frage.

Interesse an einzelnen Arbeitszeitregelungen

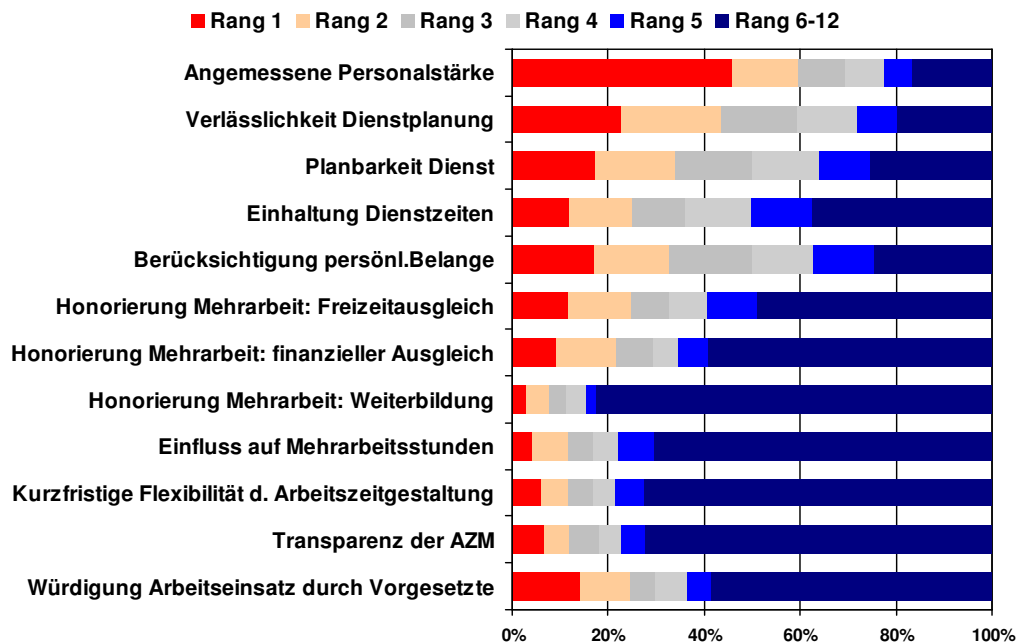
In diesem Fragenkomplex wurden einige Arbeitszeitregelungen vorgestellt und das Interesse der Mitarbeiter an solchen Bausteinen der Arbeitszeitgestaltung abgefragt.



Bemerkenswert ist wiederum, dass in allen Einrichtungen eine einheitliche Tendenz der Beurteilung vorliegt. Wenig Interesse besteht grundsätzlich an Abrufarbeit sowie an der Möglichkeit von Arbeitsplatzteilung und an Nebenabreden zur Arbeitszeit. Auf hohes Interesse stießen Arbeitszeitkonten und das Instrument der Gleitarbeitszeit.

Abhängigkeitsfaktoren der Arbeitszeitzufriedenheit

Zum Abschluss der Befragung wurden die Mitarbeiter gebeten zu beurteilen, welche Faktoren hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Arbeitszeitgestaltung besonders wichtig sind. Hierzu wurden Faktoren vorgegeben und die Möglichkeit eingeräumt, eigene Faktoren aufzuführen. Die Abhängigkeitsfaktoren waren entsprechend ihrer Wichtigkeit in eine Rangfolge zu bringen.

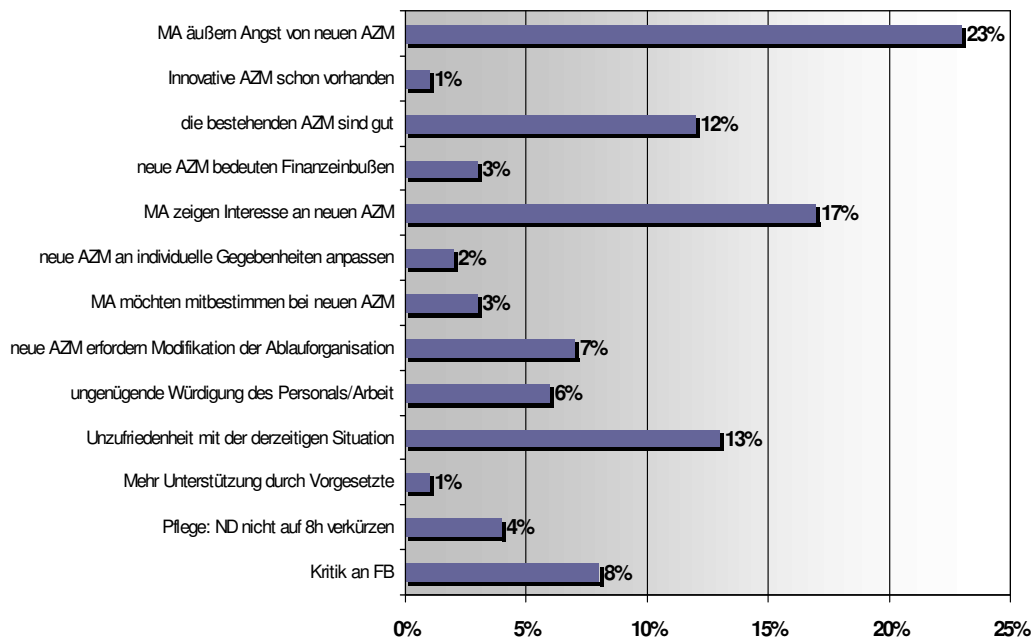


Wichtigster Faktor bei der Frage nach der Arbeitszeitzufriedenheit war die zum Arbeitsaufkommen angemessene Personalstärke. Über 40 % der Befragten setzten diesen Faktor auf Platz 1 der Rangfolge. Auf Platz 2 folgt die Verlässlichkeit der Dienstplanung, anschließend die Berücksichtigung persönlicher Belange bei der Dienstplangestaltung. Diese Faktoren wurden im Status quo bereits als zufrieden stellend bewertet; folglich sollten sie in der Neugestaltung der Arbeitszeitregelungen unbedingt bewahrt werden..

Bei der Präferenz der Honorierung von Mehrarbeit durch Freizeitausgleich bzw. finanziellen Ausgleich wird der Freizeitausgleich etwas deutlicher bevorzugt. In den Dienstgruppenbezogenen Auswertungen zeigt sich jedoch, dass für den ärztlichen Dienst die Gruppen annähernd gleich groß sind. Untersucht man die Präferenzen nach Fachgebieten, zeigt sich, dass Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes in operativen Fachabteilungen eher den finanziellen Ausgleich bevorzugen.

Freie Nennungen

Abschließend hatten die Mitarbeiter Raum, freie Nennungen zur Arbeitszeitgestaltung mitzuteilen. Diese wurden in den Prozess der Modellentwicklung einbezogen. Eine zusammenfassende Auswertung zeigt folgendes Bild:



6.3 Arbeitszeitmodelle und Umsetzung

Die nachfolgenden Modelle zeigen schematisch die im Projektverlauf erarbeiteten Lösungen. Oftmals stand die Verringerung der bisherigen Bereitschaftsdienstzeit an der Gesamtarbeitszeit im Vordergrund der Modellentwicklung.

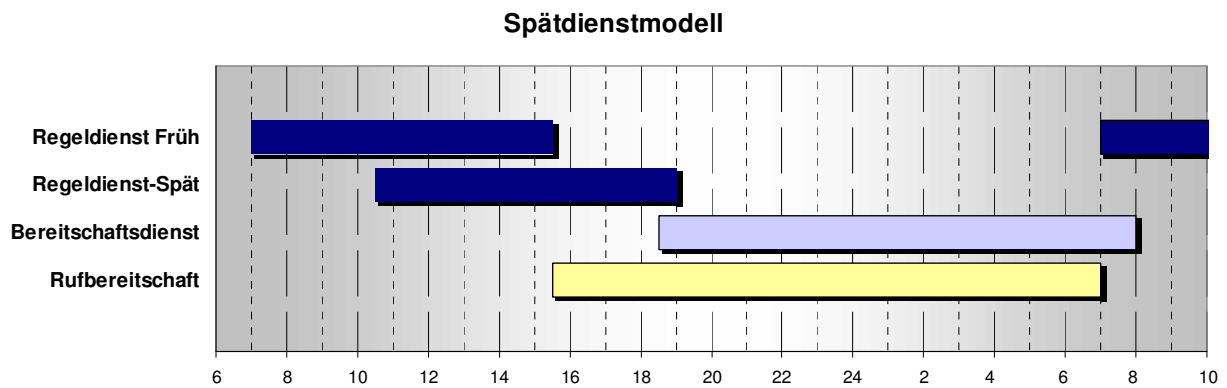
Eine eindeutige Zuordnung, welches Modell zu welcher Fachabteilung optimal passt, konnte im Projektverlauf nicht erarbeitet werden. Die Modellwahl ist insbesondere abhängig von den einrichtungs- und abteilungsindividuellen Gegebenheiten und Voraussetzungen (vgl. Kapitel 6.1.4). Hauptaufgabe im Rahmen der Arbeitszeitgestaltung war es, diese Grundlagen der Arbeitsorganisation zu erheben, transparent zu machen und in die Arbeitszeitgestaltung einfließen zu lassen.

Darauf aufbauend ist ein weiterer Schwerpunkt der individuellen Arbeitszeitgestaltung die Feinjustierung der Dienstzeiten und die jeweilige Besetzung der einzelnen Dienste.

Die Modellgrafiken zeigen die grundsätzliche Dienstgestaltung im Tagesverlauf. Die Rufbereitschaft (Hintergrunddienste, Rufdienste) stellen die oberärztliche bzw. fachärztliche Versorgung sicher.

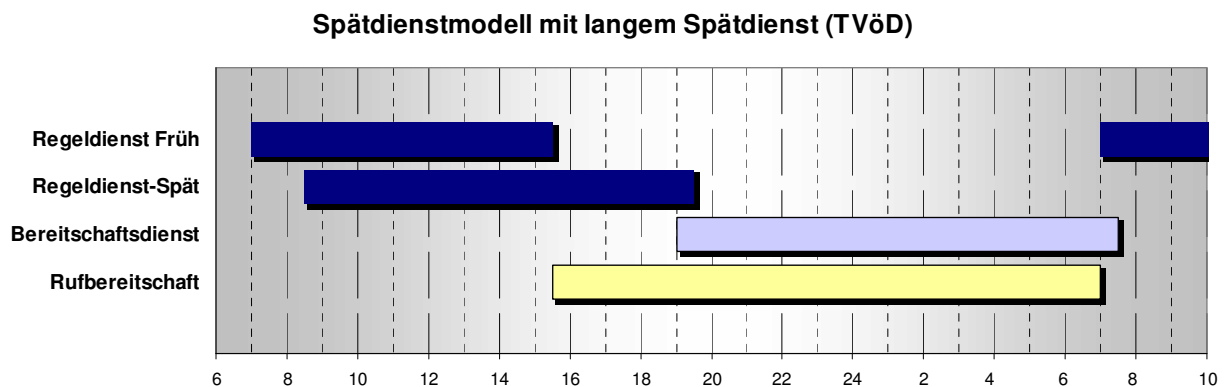
Spätdienstmodelle

Grundsätzlich kann dies durch die Einführung von versetzten Diensten (z. B. Spätdienste, verkürzte Dienste etc.), erreicht werden. Zu überprüfen ist auch, inwieweit solche Sonderdienste von Teilzeitkräften abgedeckt werden könnten.



Langdienst-Modelle

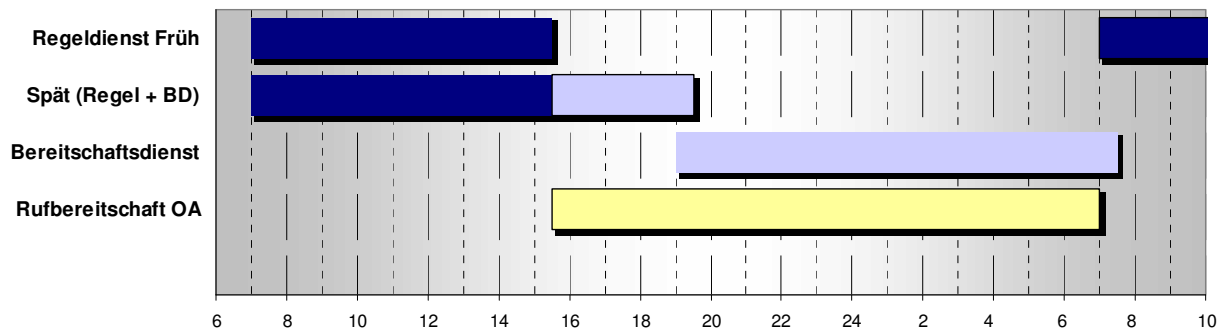
Eine weitere Option sind Langdienste von max. 10 Stunden reiner Arbeitszeit. Solch ein Langdienst könnte beispielsweise (inkl. Pausenzeiten) um 9.30 Uhr beginnen und bis 20.15 Uhr organisiert sein. Der Bereitschaftsdienst kann dann ab 19.45 Uhr bis z. B. 8.00 Uhr am nächsten Tag organisiert werden. Die zusätzliche Ausfallzeit bis 9.30 Uhr ist arbeitsorganisatorisch zu kompensieren.



Kombinationsmodell Regel-Bereitschaftsdienst mit anschließend verkürzten Bereitschaftsdiensten

Kombinationen von 8-stündigen Regeldiensten mit einem anschließenden maximal 5-stündigen Bereitschaftsdienst sind möglich, falls die TVöD-Arbeitszeitregelungen angewendet werden können und das Arbeitsaufkommen in den frühen Abendstunden Bereitschaftsdienste zulässt. Grundsätzlich ist aber auch bei diesem Modell eine Neuorganisation der Arbeitsabläufe durch z. B. Verlängerung von Service-Zeiten, Verlagerungen von Sprechstunden notwendig. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass oftmals die Belastung im anschließenden verkürzten Nacht-Bereitschaftsdienst sinkt.

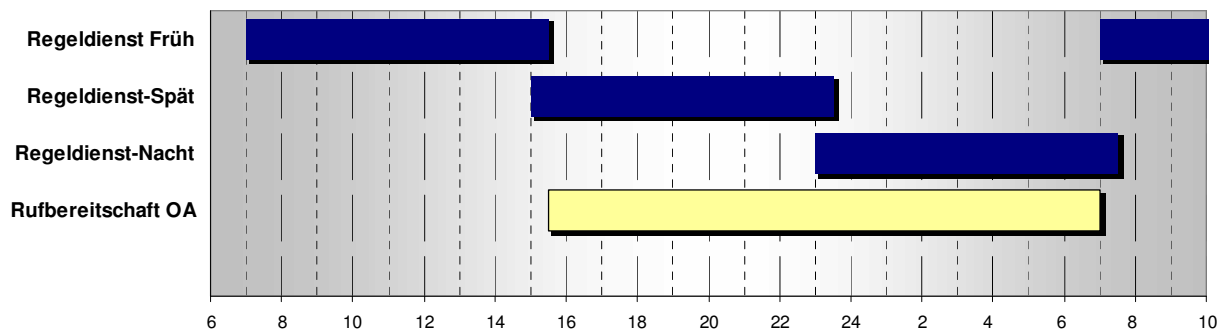
Regel-/Bereitschaftsdienstmodell (TVöD)



Schichtdienstmodell

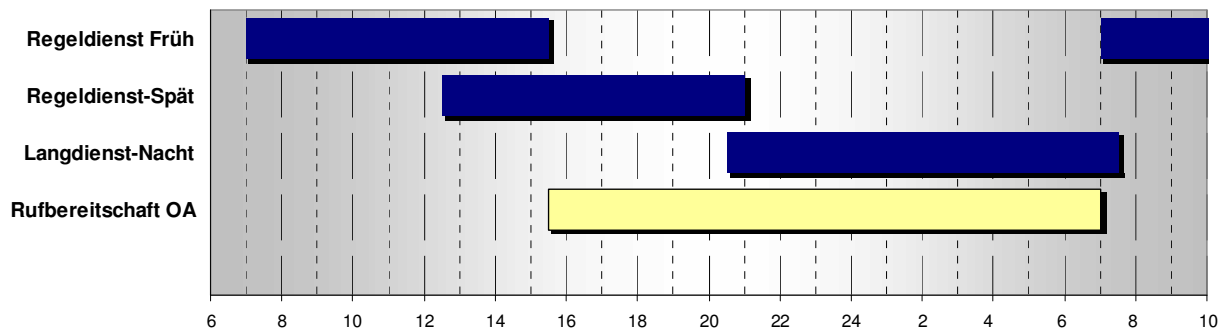
Bei nachweislich hoher Arbeitsbelastung ist natürlich auch die Umwandlung bisheriger Bereitschaftsdienstzeiten in Regeldienst (Schichtdienst-Modelle) sinnvoll. Hierbei ist von besonderer Bedeutung, dass der Arbeitszeit-Nutzungsgrad beachtlich steigen kann. Bei einer Umwandlung der TVöD-Bereitschaftsdienststufe D in Schichtdienst erkaufte man z. B. für 20 % mehr Vergütung 50 % zusätzliche Arbeitsleistung. Finden sinnvolle Verlagerungen von Tätigkeiten oder Leistungen für andere Bereiche in diese neuen Schichtdienste statt, können Schichtdienstmodelle in geeigneten Abteilungen interessante Lösungsmodelle sein. Eine Opt-Out-Regelung mit weiterhin 24-Stunden-Diensten ist wegen der damit verbundenen Auflagen nur in Ausnahmefällen empfehlenswert.

Drei-Schichtmodell



Eine weitere Alternative ist die Gestaltung eines Drei-Schicht-Modells mit einem verlängerten Nachtschichtdienst. Dieses Modell kann insbesondere dann sinnvoll sein, wenn der Personalausfall im Tagdienst verringert werden soll.

Drei-Schichtmodell mit Langdienst (TVöD)

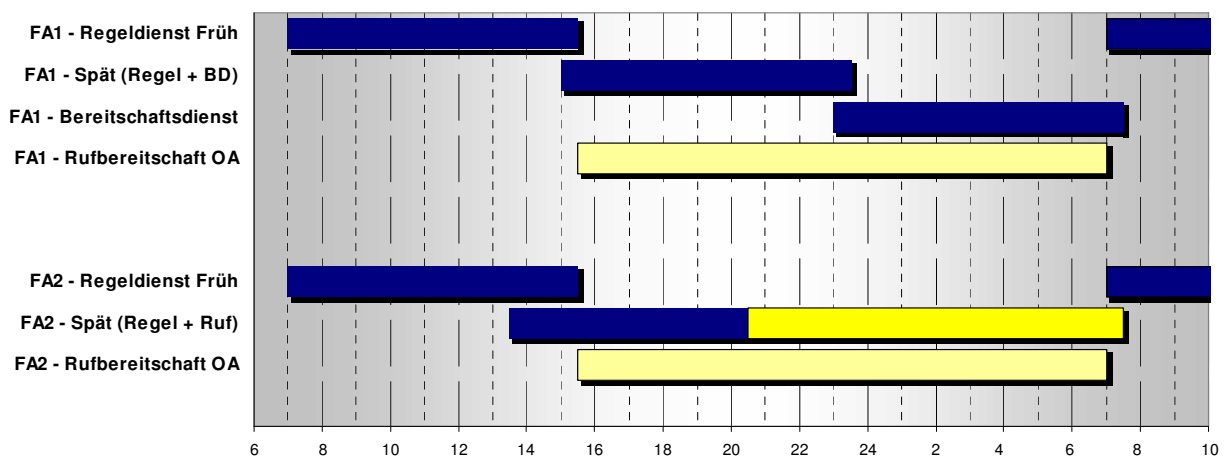


Kooperationsmodell Rufdienst – Schichtdienst/Bereitschaftsdienst (interdisziplinäre Kooperation)

Schichtdienstregelungen können auch geeignet sein, wenn aufgrund von Leistungsübernahmen in anderen Abteilungen bisherige Bereitschaftsdienste in Rufdienste umgewandelt werden können. Da die inaktive Rufdienstzeit nicht als Arbeitszeit nach dem Arbeitszeitgesetz zu werten ist, sind z. B. Spätdienste mit anschließender Rufbereitschaft möglich. Die Rufdienstlösung kann auch ein sinnvolles Modell für bisher doppelt besetzte Bereitschaftsdienste sein, insbesondere dann, wenn die Doppelbesetzung aufgrund der maximal zulässigen Arbeitsbelastung von 49 % der Bereitschaftsdienstzeit notwendig war.

Hierbei wird in der Regel so vorgegangen, dass die Abdeckung der allgemeinen medizinischen Erstversorgung in der Zeit des Rufdienstes durch die kooperierende FA (Bereitschaftsdienst oder Schichtdienst) sichergestellt wird. Eine Inanspruchnahme des Rufdienstes erfolgt erst bei fachspezifischen Fragestellungen. Grundsätzlich ist dieses Modell nur in den Fachabteilungen geeignet, in denen das medizinische Leistungsaufkommen in den Rufdienstzeiten eine Vertretung durch eine andere Fachabteilung ermöglicht. Entsprechende medizinisch-inhaltliche Kooperationsvereinbarungen der Abteilungen sind aufzustellen.

interdisziplinäre Kooperation (Rufdienstmodelle)



Outsourcing

Für ausgesuchte Bereiche, besonders kleine Abteilungen usw. ist evtl. auch ein Outsourcing von Bereitschaftsdiensten über Dienst- oder Werkverträge mit Freiberuflern oder Selbständigen in die Überlegungen einzubeziehen.

Wochenenddienste

Bei der Gestaltung der Wochenenddienste gelten grundsätzlich die gleichen Bedingungen wie für die Arbeitszeiten der Wochentage. Es sollte vom tatsächlichen Leistungsaufkommen ausgegangen werden. Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass die Wochenenddienstgestaltung für die Mitarbeitenden von besonderer Bedeutung sind. Im Rahmen des Projektes wurden überwiegend Dienste mit 12,5 bis 13 Stunden Anwesenheit organisiert. Oftmals sind zur Abdeckung von Regeltätigkeiten (z.B. Visiten o.ä.) Regeldienstfenster in Bereitschaftsdienste eingebaut worden.

Arbeitszeitflexibilisierung

Grundsätzlich sollten alle Möglichkeiten der Arbeitszeitflexibilisierung, z. B. in Form von Arbeitszeitkonten und Gleitzeitregelungen (bspw. zum Dienstende), in die neuen Arbeitszeitmodelle integriert werden. Somit kann der Wunsch der Mitarbeitenden nach einem autonomeren Umgang mit der Arbeitszeit und einer damit verbundenen individuelleren Feinjustierung, abgestimmt auf die persönlichen und familiären Lebensumstände, realisiert werden. Gleichzeitig erfolgt so eine transparente Arbeitszeitdokumentation. Neben der Aufzeichnung von Mehrarbeit wird sich auch die Frage stellen, ob jede über die vorgegebene Arbeitszeit hinausgehende Anwesenheit im Krankenhaus tatsächlich dem Betriebszweck dient oder auch in einer optimierbaren Ablauforganisation begründet sein kann.

Ein heikles Thema sind möglicherweise auftretende Verdienstauffälle der Mitarbeitenden. Zunächst ist festzuhalten, dass es, je nach gewähltem Arbeitszeitmodell, zu einer mehr oder weniger deutlichen Reduzierung der geleisteten Arbeitszeit kommt, z. B. durch den kompletten Wegfall der Bereitschaftsdienste bei Drei-Schicht-Modellen oder durch vermehrten Freizeitausgleich bei Bereitschaftsdienstlösungen. Im Rahmen des Modell-Projektes wurden die betroffenen Ärztinnen und Ärzte befragt, ob sie Freizeitausgleich akzeptieren oder die Verdienstauffälle durch Mehrarbeit so gering wie möglich halten wollen. Beide Gruppen können bei der anstehenden Dienstplangestaltung entsprechend berücksichtigt werden. Allerdings kann eine vollständige Kompensation des Dienstaufalles durch die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes bzw. denen des Tarifrechts eingeschränkt sein. Dies ist insbesondere in kleineren Abteilungen der Fall, in denen der einzelne Mitarbeitende bisher sehr viele Dienste geleistet hat, oder bei einer bisherigen vollständigen Bereitschaftsdienstvergütung ohne Freizeitausgleiche.

6.4 Problemfelder und Lösungswege

Während des Projektverlaufes sind folgende Hauptproblemfelder identifiziert worden, die, neben den bereits dargestellten, extern zu massiven Widerständen von Seiten der Ärzteschaft führten:

- Ein grundlegendes Hemmnis für die Umsetzung ist die seit 2003 bestehende, permanente Unsicherheit bezüglich der arbeitszeit- und tarifrechtlichen Rahmenbedingungen (Gültigkeitsdauer der Übergangsphase, TVöD-Abschluss, Austritt Marburger Bund aus der Tarifgemeinschaft mit Verdi).
- Hieraus nährte sich für viele Fachabteilungen, aber auch für das Management, die Hoffnung, keine Anpassungen vornehmen zu müssen.
- Die Personaleinsatzplanung erfolgt bisher in hoher Autonomie durch die Fachabteilungen und ohne wesentliche Beteiligung des Managements. Sie entspricht nicht mehr den veränderten Rahmenbedingungen (insbesondere den ökonomischen Vorgaben).
- Zwang zur Änderung der bisherigen Arbeitsorganisation mit
- Einschränkung der bisherigen, in den Fachabteilungen frei gestalteten Arbeitsweise
- höherer Transparenz der Leistungserbringung
- strukturierterem Arbeiten durch feste Zuordnung von Arbeitsabläufen
- Grundsätzliche Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen, insbesondere mit den Gehältern
- Drohende Einkommenseinbußen versus Mehrfreizeit
- Höhere Anzahl von Diensten im Krankenhaus zur Erreichung der tariflichen Mindestarbeitszeit
- Höhere Anzahl von Mitarbeitenden für die Abdeckung der Wochenend- und Feiertagsdienste
- Umstellung der bisherigen Arbeitszeiten mit entsprechenden Auswirkungen auf das Sozialleben, insbesondere für Familien/Alleinerziehende mit Kindern
- Umsetzungsschwierigkeiten, vor allem in kleinen Abteilungen mit wenig Personal, insbesondere jene mit wenig „Köpfen“
- Gefahr des Qualitätsverlustes, z. B durch interdisziplinäre Dienste
- interdisziplinäre Dienste im Widerspruch zu den Bestrebungen der Ärztekammern zur weiteren Spezialisierung der Facharztweiterbildungen
- Weitere Organisationsveränderungen durch Anpassung der Servicezeiten für „nachgeordnete“ Abteilungen

- Schwierigkeiten der Abdeckung aller Leistungsbereiche bei geringem Facharzt-Anteil
- Ausbildung aufgrund engerer Personaldecke ggf. stark eingeschränkt (Neupositionierung der Einrichtungen notwendig)
- Fehlende strategische Entscheidungen der Einrichtungen (z. B. Leistungsportfolio, Betriebszeiten etc.)

Diese Argumente, in Verbindung mit der Forderung nach besseren Gehältern, sind Gründe für den ärztlichen Dienst, auf den bisherigen Arbeitszeitmodellen zu beharren bzw. bestenfalls weiteren 24-Stunden-Diensten im Rahmen einer möglichen Opt-Out-Regelung zuzustimmen.

Lösungswege

Dennoch kann die Umsetzung innovativer, gesetzeskonformer und ökonomisch tragbarer Arbeitszeitregelungen gelingen. Dabei sind folgende Kernelemente grundlegend:

- Voraussetzung ist, dass die strategischen Grundsatzentscheidungen getroffen und von den Fachabteilungen getragen werden
- Ausgangsbasis sind die zu erbringenden medizinischen Leistungen
- Konsequente Einbeziehung der Vorstellungen und Präferenzen der Mitarbeitenden in die Modellentwicklung
- Einbeziehung der gesamten Organisation und Personaleinsatzplanung in den Entwicklungsprozess
- Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen
- Ausnutzung der gegebenen tarifrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten zum Arbeitszeit-Gesetz
- Ausnutzung aller sinnvollen - insbesondere der interdisziplinären - Möglichkeiten zur Abdeckung der Sonderdienste

Die tarifrechtlichen Ausgestaltungen des Arbeitszeitgesetzes, wie beispielsweise im TVöD für den Krankenhausbereich, geben durchaus Bausteine an die Hand, die zusammen mit einer leistungsbezogenen Optimierung der Ablauforganisation in den meisten Abteilungen eine inhaltlich sinnvolle und rechtskonforme Arbeitszeitorganisation ermöglichen.

Die im Zusammenhang mit interdisziplinären Kooperationen vorgeschlagenen Arbeitszeitmodelle zur Abdeckung der Sonderdienste bedeuten für den ärztlichen Dienst einen „Tabubruch“ mit den bisherigen Vorstellungen zur ärztlichen Qualifikation und Spezialisierung. Folglich stellen sie große Hürden für die Akzeptanz dieser Neuregelungen dar. Es wird befürchtet, dass damit Qualitätseinbußen verbunden sind, die allein aufgrund ökonomischer Zwänge und medizinischer Sinnhaftigkeit entstehen. Hier sind zum Nachweis der medizinischen Vertretbarkeit solcher Regelungen

umfangreiche Leistungsanalysen durchzuführen. Die tatsächliche Umsetzung ist in einer entsprechend gestalteten Testphase zu überprüfen.

In allen entwickelten Modellen wurden Arbeitszeitflexibilisierungen, z. B. durch Arbeitszeitkonten, berücksichtigt. Dies ermöglicht einen flexibleren, eigenverantwortlichen Umgang mit Überstunden und Bedürfnissen der persönlichen Lebensführung.

Im Rahmen des Projektes inkam-Bremen wurden für nahezu alle beteiligten Fachabteilungen realisierbare Arbeitszeitmodelle entwickelt. Diese wurden in Probendienstpläne umgesetzt bzw. vollständig implementiert.

Aufgrund der o.g. rechtlichen Unsicherheiten ist die endgültige Umsetzung der Modelle bis zur endgültigen Klärung der arbeitszeitrechtlichen Auflagen bzw. der tarifrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten in vielen Abteilungen noch ausgesetzt.

Erkenntnisse aus dem Projekt inkam-Bremen

- Die Unzufriedenheit mit der aktuellen Gehaltssituation des ärztlichen Dienstes überdeckt in großem Maße die sachliche Diskussion um arbeitszeitgesetzkonforme Dienstzeitmodelle.
- Für die Mitarbeitenden sind eine angemessene Personalbesetzung und die Verlässlichkeit der Dienstplanung zentrale Punkte der Arbeitszeitzufriedenheit. Hinsichtlich der Diskussion Vergütung versus Freizeitausgleich von Sonderdiensten zeigt die Befragung zwei etwa gleich große Interessengruppen.
- Weitergehende tarifrechtliche Ausgestaltungen des Arbeitszeitgesetzes, beispielsweise die des TVöD für den Krankenhausbereich, ermöglichen grundsätzlich die Umsetzung des neuen Arbeitszeitgesetzes.
- Die grundlegenden strategischen Entscheidungen zur Positionierung der Einrichtung (Leistungsentwicklung, Ausbildung etc.) müssen durch das Management im Vorfeld feststehen und kommuniziert sein.
- Die ökonomischen Auswirkungen für die Einführung der neuen Arbeitszeitmodelle waren im Rahmen des Projektes inkam-Bremen deutlich geringer als oftmals prognostiziert.
- Diese sind abhängig vom Grad der Neuorganisation des Personaleinsatzes und der Leistungserstellung. Werden die Gestaltungsmöglichkeiten berücksichtigt, sind auch nahezu kostenneutrale Umsetzungen möglich, wie im Rahmen des Projektes inkam-Bremen erfolgt.
- Auch wenn, aufgrund der Gegenfinanzierung notwendiger neuer Stellen durch bisherige zusätzliche Sonderdienstvergütungen, eine ggf. sogar kostenneutrale Umsetzung für Einrichtungen möglich ist, wird es insgesamt zu einem Mehrbedarf an ärztlichem Personal

kommen. Der Mehrbedarf ist in besonderem Maße davon abhängig, inwieweit die Einrichtungen und die Mitarbeitenden dazu bereit sind, über individuelle Einzelvereinbarungen die wöchentliche Tarifarbeitszeit auszudehnen.

- Bei dem in den Studien von DKI und DKG ermittelten Personalmehrbedarf konnten die Sonderregelungen des TVöD noch nicht berücksichtigt werden. Der dort ausgewiesene Mehrbedarf ist daher zu hoch angesetzt, kann aktuell aber noch nicht beziffert werden. Aufgrund des aktuellen Ärztemangels kann dieser regional zu Rekrutierungsschwierigkeiten führen.
- Die ökonomische Betrachtung muss auf Einrichtungsebene erfolgen, da fachabteilungsindividuelle Mehrkosten in einer Abteilung durch Einsparungen in anderen Fachabteilungen kompensiert werden können.
- Für kleine Einrichtungen ohne interne oder externe Kooperationsmöglichkeiten bzw. ohne nennenswerte Optimierungspotenziale wird die Umsetzung ohne Inanspruchnahme weitreichender Opt-Out-Regelungen ökonomisch schwierig werden. Zusätzlich wird diese Einrichtung für ärztliche Mitarbeitende durch eine höhere Vor-Ort-Präsenz bei maximal gleichem Gehalt unattraktiver.
- Mitarbeiterindividuell kam es in der Regel zu Bruttogehaltsminderungen aufgrund der Gegenfinanzierung notwendiger neuer Stellen durch bisherige zusätzliche Sonderdienstvergütungen.
- Für ca. 50 % der Mitarbeitenden wiegt der Gewinn zusätzlicher Freizeit diese finanziellen Einbußen allerdings auf.

Die Arbeitszeitgestaltung ist in eine umfassende Personaleinsatzplanung des ärztlichen Dienstes und in die Ablauforganisation einzubetten. Die ökonomische Überlebensfähigkeit einer Einrichtung wird auch von der erfolgreichen Bewältigung dieser Aufgaben abhängen. Dies ist für die Krankenhäuser oftmals mit einer Vielzahl von neuen Fragestellungen verbunden.

Die Vorgehensweise des Modellprojektes inkam-Bremen kann hier Hilfe und Leitfaden sein, den Prozess der Arbeitszeitneugestaltung zielführend und unter Berücksichtigung aller Interessen zu gestalten.

7 Projektevaluation

Für eine aussagefähige Projektevaluation ist eine ausreichend lange Laufzeit der neuen Arbeitszeitregelungen notwendig. Aufgrund der in Kapitel 4 beschriebenen Verzögerungen bei der Implementierung der Arbeitszeitmodelle ist daher zum jetzigen Stand (Juni 2006) eine sinnvolle Projektevaluation nicht möglich. Mit dem Auftraggeber des Projektes und den jeweiligen Einrichtungen wurde daher vereinbart, die Evaluation wie folgt zu gestalten.

1. Durchführung einer weiteren Mitarbeiterbefragung Ende 2006
2. Interviews und strukturierter Erfahrungsaustausch im ersten Quartal 2007

Die Ergebnisse werden der senatorischen Dienststelle zur Komplettierung der Gesamtdokumentation nach Abschluss der einzelnen Evaluationsschritte zur Verfügung gestellt.