



# **inkam Bremen**

## **- Vorgehensweise und Ergebnisse -**

Bremen, 12. Juni 2006

**Prof. Dr. Peter Borges**  
**Clemens Platzköster**  
**Dr. Christian Roßbach**



**GEBERA**

Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH

Schwannstr. 6 \* 40476 Düsseldorf \* email: [info@gebera.de](mailto:info@gebera.de) \* [www.gebera.de](http://www.gebera.de)



---

# Kurzvorstellung GEBERA

---



## Kurzprofil GEBERA

- Gründung: 1976 durch Prof. Dr. G. Sieben, Universität Köln
- Gesellschafter: Deloitte & Touche GmbH
- Ausschließliche Fokussierung auf das Gesundheitswesen
- Mandanten
  - Krankenhäuser aller Trägerschaften und Größen
  - Rehabilitationseinrichtungen
  - Pflegeeinrichtungen
  - Fachgesellschaften
    - Sachgerechte Abbildung im DRG-System
  - Bundes- / Länderministerien und Behörden
    - Weiterentwicklung der Vergütungssysteme
    - Krankenhausplanung
  - Banken
    - Rating
    - Sanierung



# Referenten

- Clemens Platzköster
  - Prokurist GEBERA
  - Kaufmännische Ausbildung / Leitung Materialbuchhaltung eines Krankenhauses
  - Krankenpflege / Intensivkrankenpflege
  - Diplomstudium Gesundheitsökonomie
  - seit 2001 Gebera
  
- Dr. med. Christian Roßbach
  - Prokurist GEBERA
  - Studium der Humanmedizin
  - Unfallchirurgie
  - Controlling / Medizin-Controlling
  - Berufsbegleitendes Studium zum Krankenhausbetriebswirt
  - seit 2002 Gebera



---

# Projekt inkam-Bremen

## - Vorgehensweise und Ergebnisse -

---

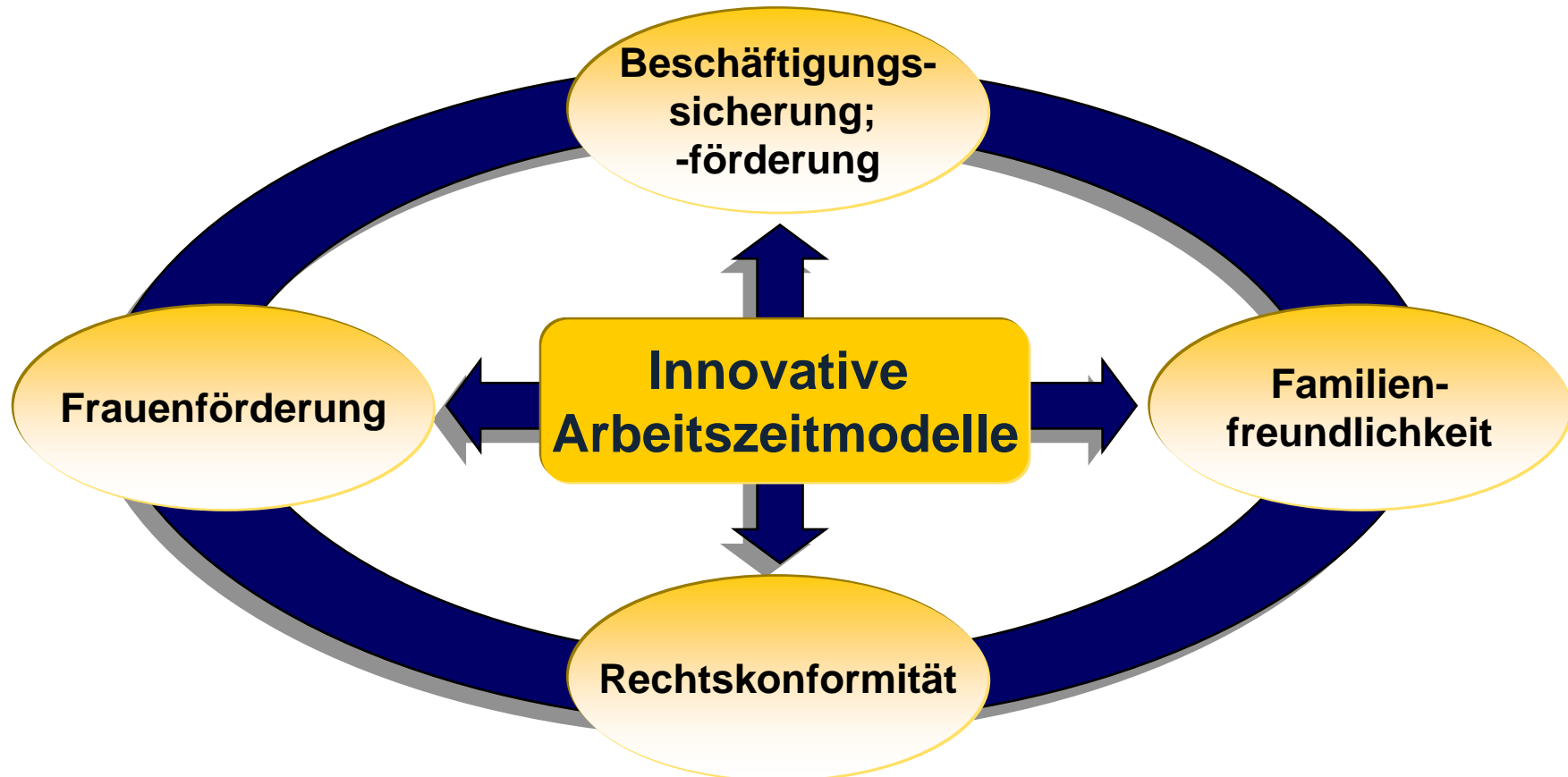


# Agenda

- Projektziele
- Projektbeteiligte
- Rahmenbedingungen
- Vorgehensweise
- Ergebnisse



## Inkam Bremen - übergeordnete Ziele -





## Projekt „inkam-Bremen“ - Durchführung -

Durchführung in 3 Phasen

- **Vorbereitungsphase** mit Teilnehmerauswahl
- **Umsetzungsphase** mit Entwicklung und Umsetzung von Arbeitszeitmodellen
- **Transferphase** mit Einbeziehung weiterer Einrichtungen / Abteilungen



## Projekt „inkam-Bremen“ - Teilnehmende Einrichtungen -

- AMEOS-Kliniken Dr. Heines
- RKK Bremen
- KBO Bremen
- Klinikum Bremerhaven Reinkenheide
- DRK Krankenhäuser Bürgerpark / Seepark



# Projekt „inkam-Bremen“ - Teilnehmende Fachabteilungen -

- Anästhesie
- Chirurgie
- Gefäßchirurgie
- Innere Medizin
- Neurologie
- Orthopädie
- Pädiatrie
- Psychiatrie
  - Kriseninterventionsdienst
- Rheumatologie
- Unfallchirurgie
- Urologie

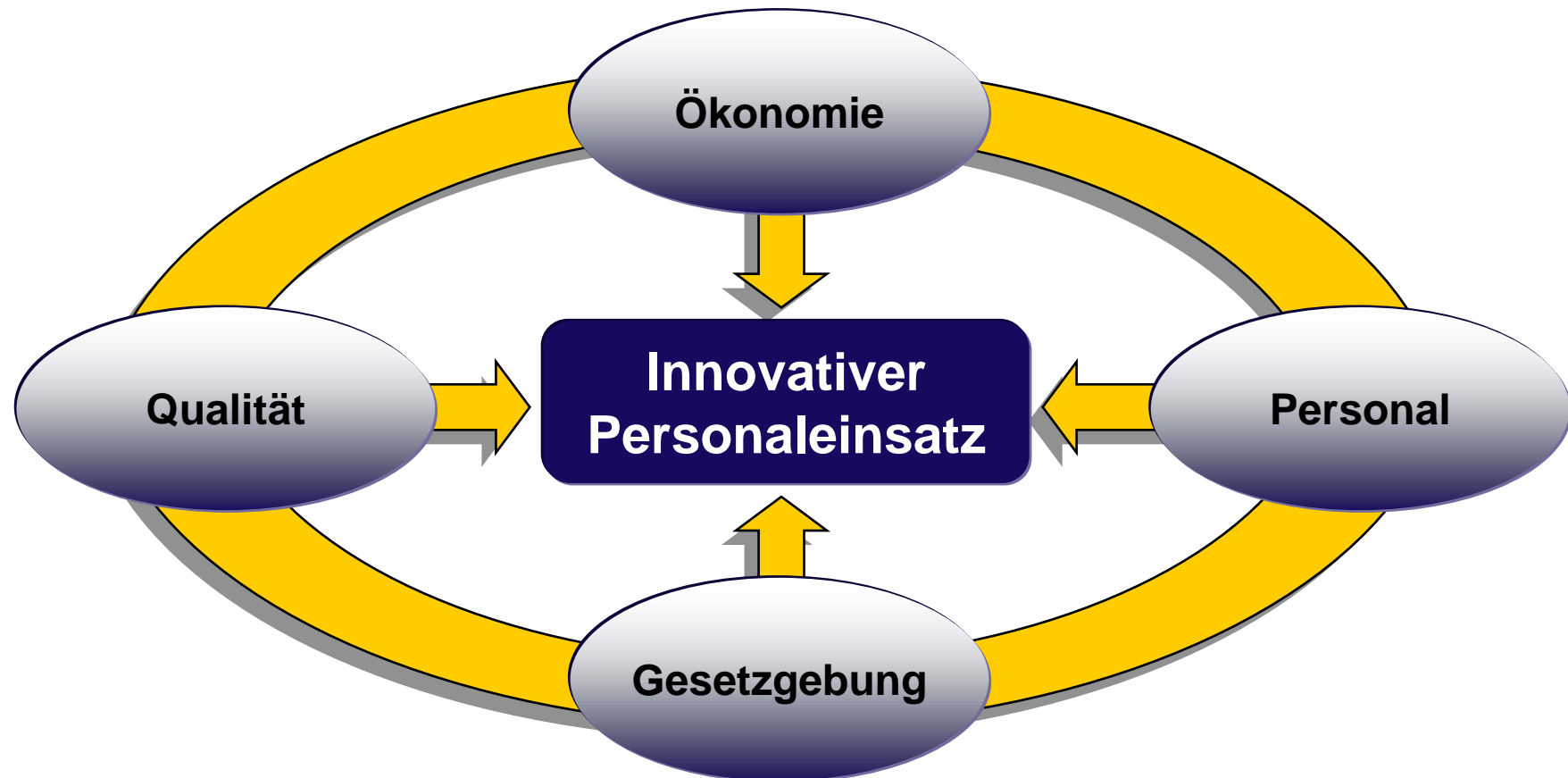


---

# Rahmenbedingungen

---

# Rahmenbedingungen für professionellen Personaleinsatz



 Berücksichtigung der regelkreishaften Wechselwirkungen

# Rahmenbedingungen Arbeitszeitgesetz

- Novelliertes Arbeitszeitgesetz
  - Bereitschaftsdienst = Arbeitszeit
  - Werktägliche Höchstarbeitszeit = 10 h
  - Durchschnittliche wöchentliche Höchstarbeitszeit = 48 h
  - Ruhezeiten (11 h) bzw. verkürzte Ruhezeiten nach Rufdienstanspruchnahme
  - Ruhepausen: Bereitschaftsdienste sind nun pausenpflichtig
    - „...kann die Pause auch ohne Unterbrechung des Bereitschaftsdienstes gemacht werden, wenn der AN frei entscheiden kann, die an sich erforderliche Pause durchzuschlafen, da der mit der Pause verfolgte Regenerationszweck in jedem Fall sichergestellt ist, wenn der Arbeitnehmer schläft“.
  
- § 7 ArbZG ermöglicht tarifrechtliche Rahmenvereinbarungen zum Arbeitszeitgesetz (Tarifvertrag oder Haustarifvertrag)
  - Verlängerung der werktäglichen Arbeitszeit über 10 h bei Vorliegen von Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst (nicht für ausschließliche Vollarbeitszeit) in erheblichem Umfang
  - Verlängerung des Ausgleichszeitraums der durchschnittlichen wöchentlichen Höchstarbeitszeit möglich auf max. 12 Kalendermonate



# Rahmenbedingungen Arbeitszeitgesetz

- Übernahme tarifvertraglicher Regelungen in nicht tarifgebundenen Unternehmen
  - Tarifvertragliche Regelungen können durch eine Betriebs- oder Dienstvereinbarung übernommen werden
    - Betrieb befindet sich im Geltungsbereich des Tarifvertrages, d.h. wäre fachlich und räumlich auf den nicht tarifgebundenen Betrieb übertragbar, wenn eine Tarifbindung bestünde
  - Besteht kein Betriebs- oder Personalrat können abweichende Regelungen durch schriftliche Vereinbarung zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber getroffen werden.
- Veränderte Dokumentationspflicht durch Definition Bereitschaftsdienst = Arbeitszeit
  - Dokumentation der Gesamtarbeitszeit nach ArbZG
  - Verzeichnis der betroffenen Arbeitnehmer bei Verlängerung der wöchentlichen Arbeitszeit über 48 h
  - Verschärfte Kontrollen bei tarifvertraglichen Abweichungen vom ArbZG: Nachweis über den Grad der tatsächlichen Inanspruchnahme im BD (max. 49%)



# Rahmenbedingungen TVöD – Arbeitszeitregelungen

Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft:

- Tarifregelung für Sparte Krankenhäuser, gültig ab 2006
- Keine konstitutive Regelung, wonach Bereitschaftsdienst arbeitschutzrechtlich Arbeitszeit wäre
- Sonderkündigungsrecht sichert Teilhabe an Veränderungen des ArbZG
- Tägliche Höchstarbeitszeit
  - Grundmodell • TVöD
    - unmittelbare Geltung
  - Öffnungsmodell
    - Betriebsvereinbarungen
    - Dienstvereinbarungen
    - Landesbezirkliche Tarifverträge



# Rahmenbedingungen TVöD – Arbeitszeitregelungen

- Tägliche Höchstarbeitszeit Grundmodell • TVöD
  - Zulässige Abweichung von den Regelungen des ArbZG
  - unmittelbar wirksam in TVöD
  - Keine weitere Umsetzung im Krankenhaus notwendig
  - Stufen A und B
    - 16 Stunden einschließlich max. 8 h Vollarbeitszeit
  - Stufen C und D
    - 13 Stunden einschließlich max. 8 h Vollarbeitszeit



# Rahmenbedingungen TVöD – Arbeitszeitregelungen

- Tägliche Höchstarbeitszeit Öffnungsmodell • TVöD
  - Abweichung von den Regelungen des ArbZG Weitergehende Öffnung als Grundmodell
  - Umsetzung durch
    - Betriebsvereinbarung
    - Dienstvereinbarung
    - Landesbezirklichen Tarifvertrag
- Sonderregelung für Krankenhäuser und Rettungswesen  
Voraussetzungen:
  - 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)
  - Ein Dienst (Vollarbeitszeit - max. 10 h - und Bereitschaftsdienst) darf jeweils höchstens 24 Stunden betragen.



# Rahmenbedingungen TVöD – Arbeitszeitregelungen

- Wöchentliche Höchstarbeitszeit
  - Abweichung von der durchschnittlichen wöchentlichen Höchstarbeitszeit von 48 Stunden gem. 7 Abs. 2a ArbZG
    - Stufen A+B bis durchschnittlich 58 Stunden/Woche
    - Stufen C+D bis durchschnittlich 54 Stunden/Woche
  - Ausgleichszeiträume bei 24-h-Diensten sollen sich an diesen Grenzen zur wöchentlichen Höchstarbeitszeit orientieren. (BV/DV-pflichtig!)
  - Der Ausgleichszeitraum wird auf 52 Wochen verlängert
  - Für Nachtarbeitnehmer gilt der gleiche Ausgleichszeitraum



# Rahmenbedingungen Personal

- **Arbeitsmarktsituation**
  - Ärztemangel
  - Qualifikationsstand
  - ...
- **Mitarbeiterpräferenzen**
  - Finanzieller Ausgleich vs. Freizeitausgleich
  - Teilzeit vs. Vollzeit
  - Flexible Arbeitszeiten
  - Fort- und Weiterbildung
  - ...



# Rahmenbedingungen - medizinische Qualität -

- Sicherstellung der medizinischen Qualität
  - Personaleinsatz abgestellt auf die Erfordernisse des medizinischen Leistungsaufkommens unter Berücksichtigung beeinflussbarer und nicht beeinflussbarer Faktoren
  - Berücksichtigung des Ausbildungsstandes der Mitarbeiter
  - Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Spannungsfeld zwischen angestrebter optimaler Qualität und vom Gesetzgeber geforderter zweckmäßiger und ausreichender Versorgung

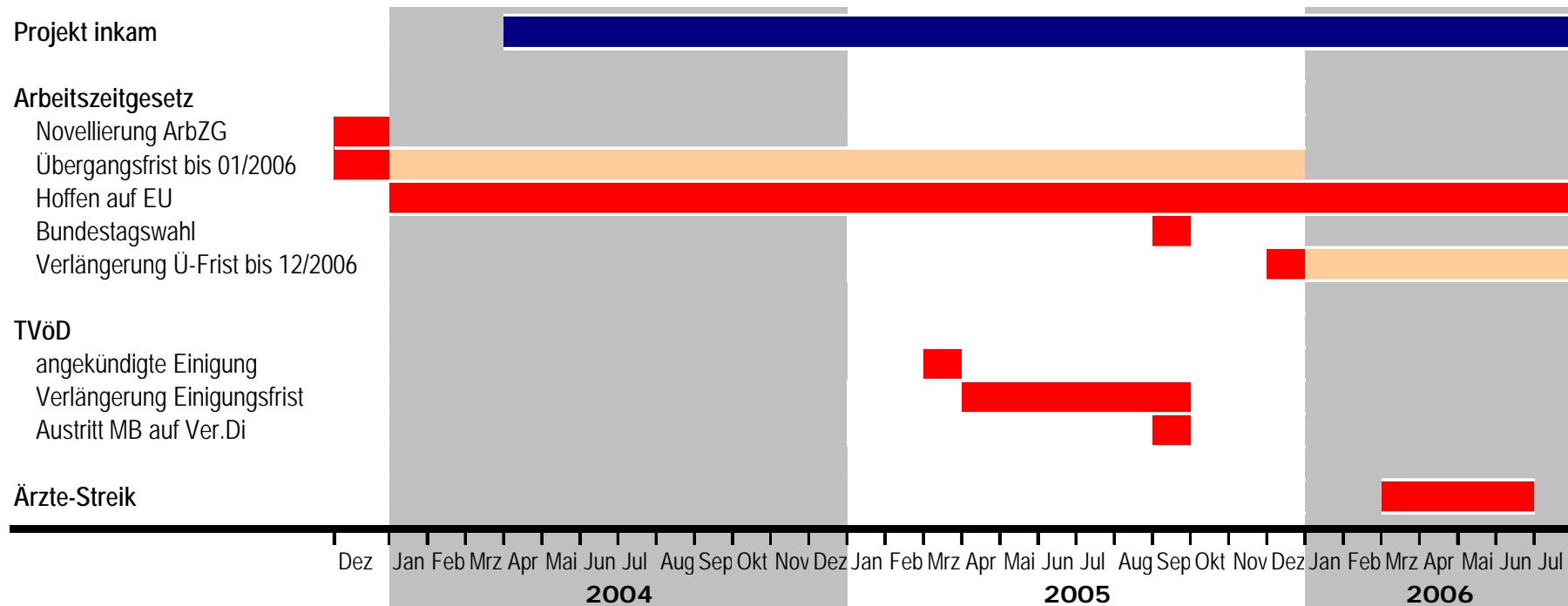


## Rahmenbedingungen - Ökonomie -

- Zunehmender ökonomischer Druck auf die Krankenhäuser insbesondere durch die Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems
  - Zunehmende Existenzgefährdung für Abteilungen bzw. Einrichtungen
- Zentrale Determinante bei der Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle / Personaleinsatzplanung
  - Personaleinsatz muss zum Leistungs- und damit zum Erlösaufkommen passen

# inkam-Bremen

## Rahmenbedingungen / Begleitumstände





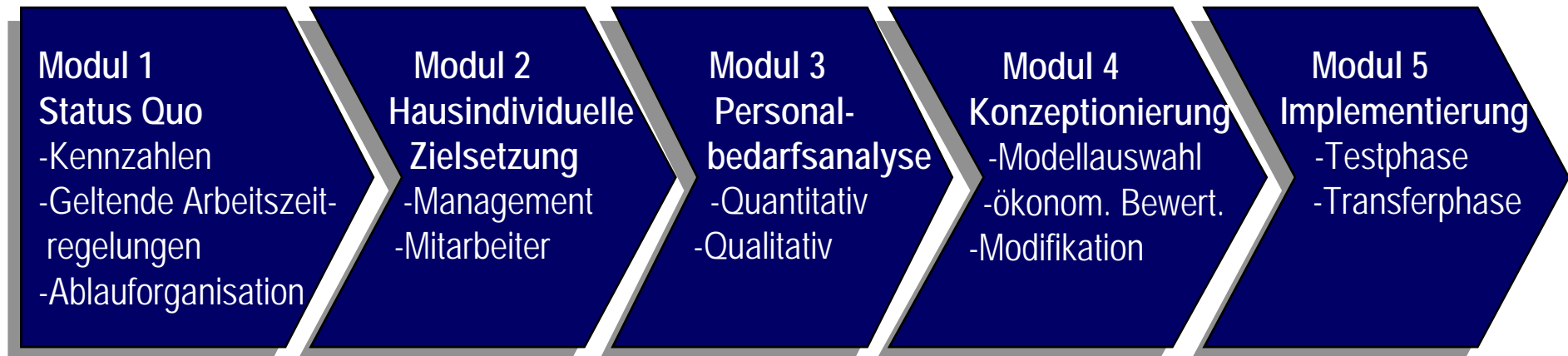
---

# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle

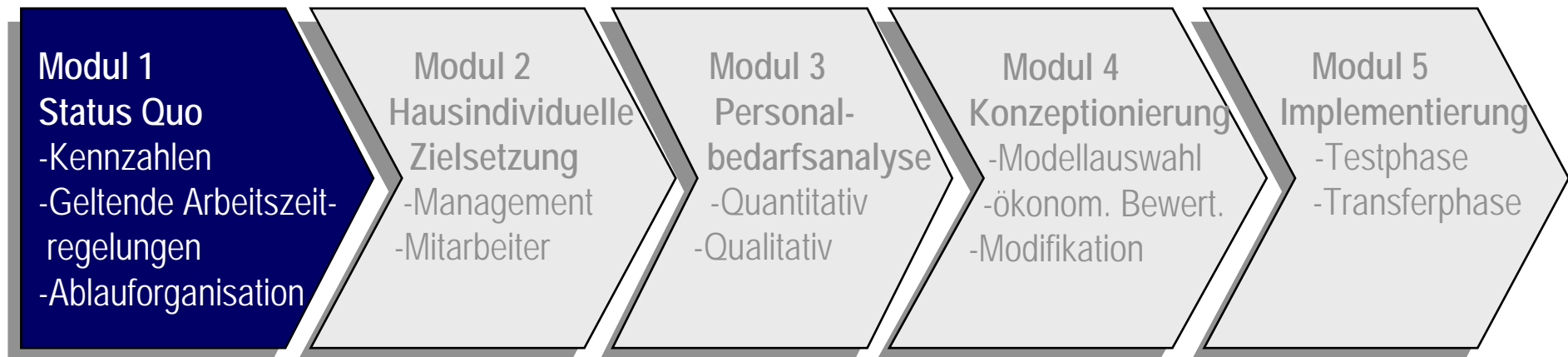
---



# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle



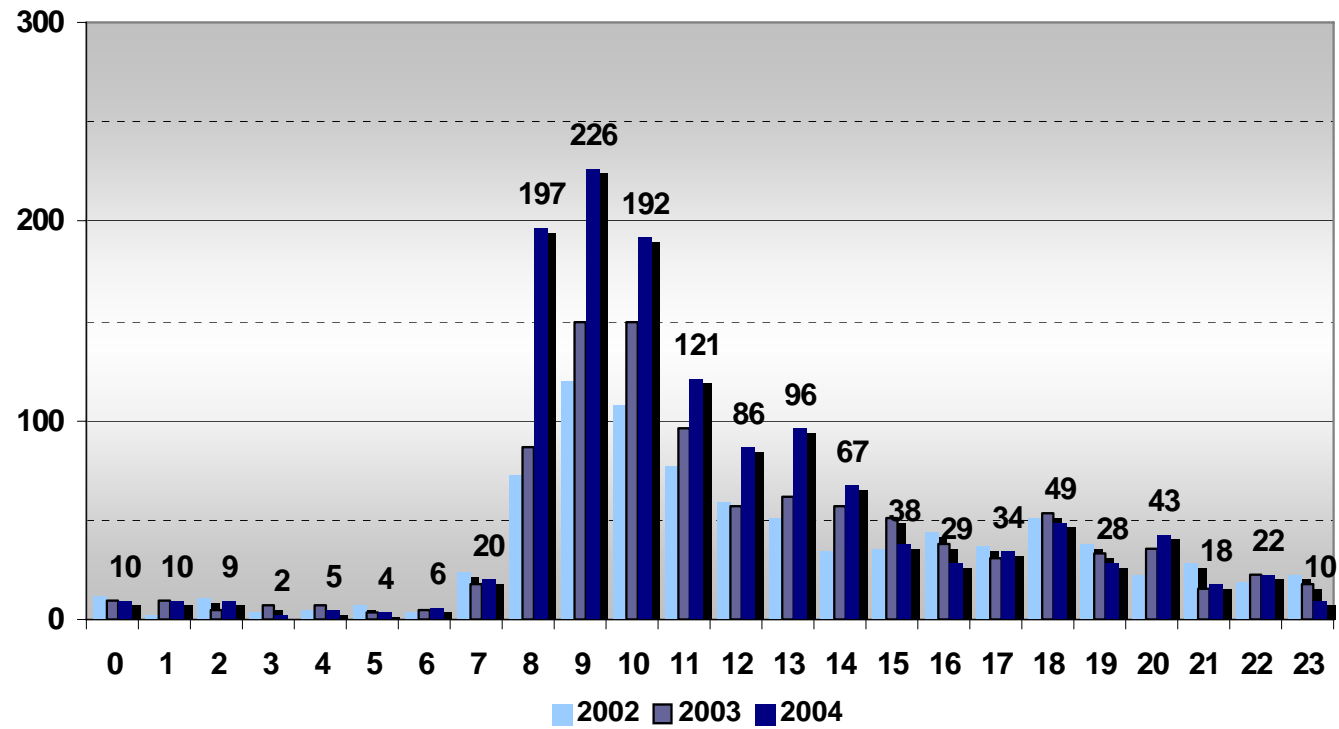
# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle



## ■ Darstellung des Status Quo

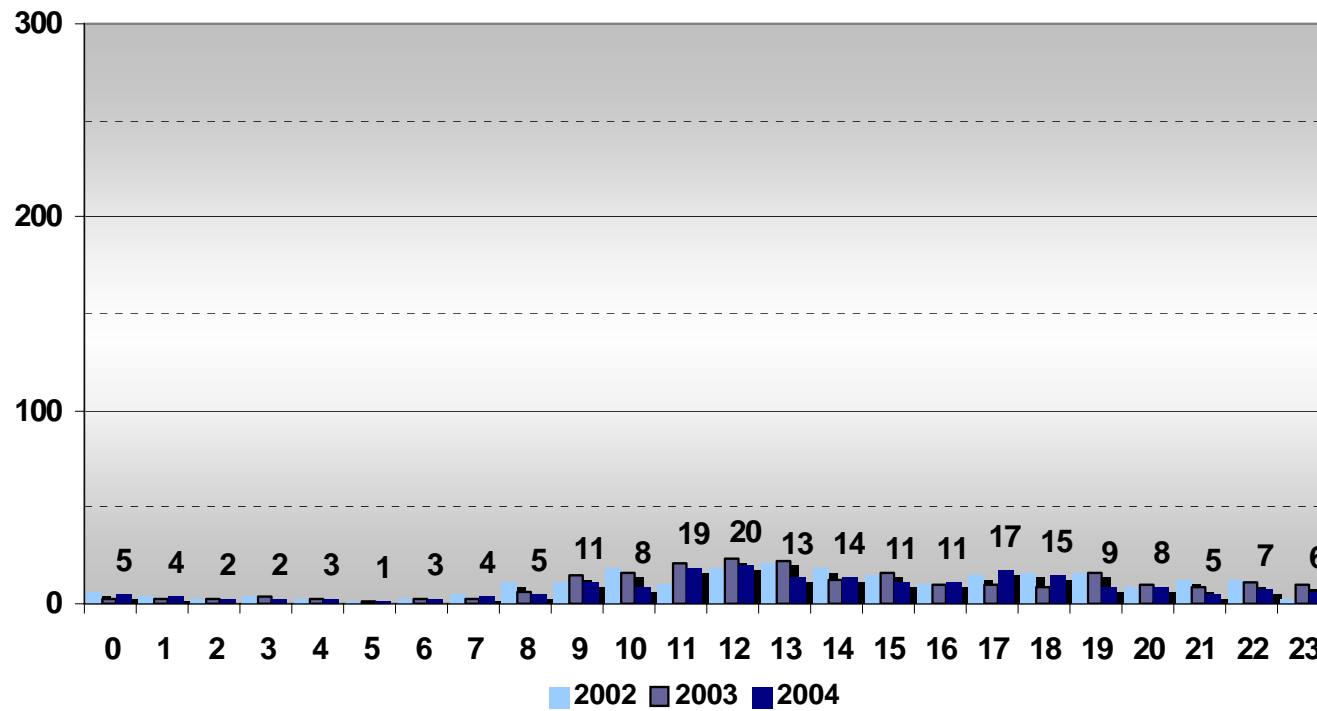
- Tätigkeiten, Arbeitsabläufe, Organisationsstruktur
- zeitraumbezogenes Leistungsaufkommen
- Personalstrukturen (Alter, Qualifikationen)
- Infrastruktur, andere externe Einflussgrößen
- Bestehende gesetzliche, tarifliche, betriebliche Regelungen
- Zukünftige Planungen (z. B. Standorterweiterung, Änderung des Leistungsspektrums)

### Ambulante Kontakte im Tagesverlauf Mo - Fr



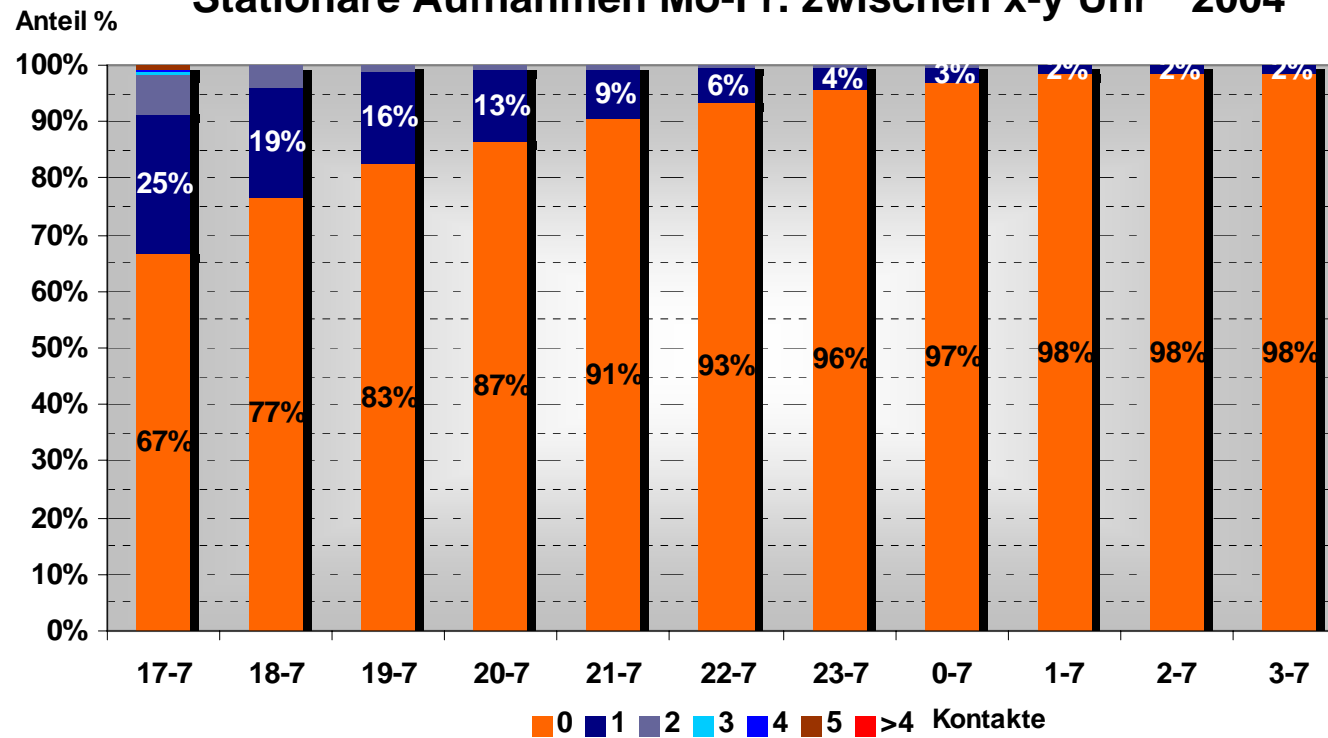


### Ambulante Kontakte im Tagesverlauf Wochenende

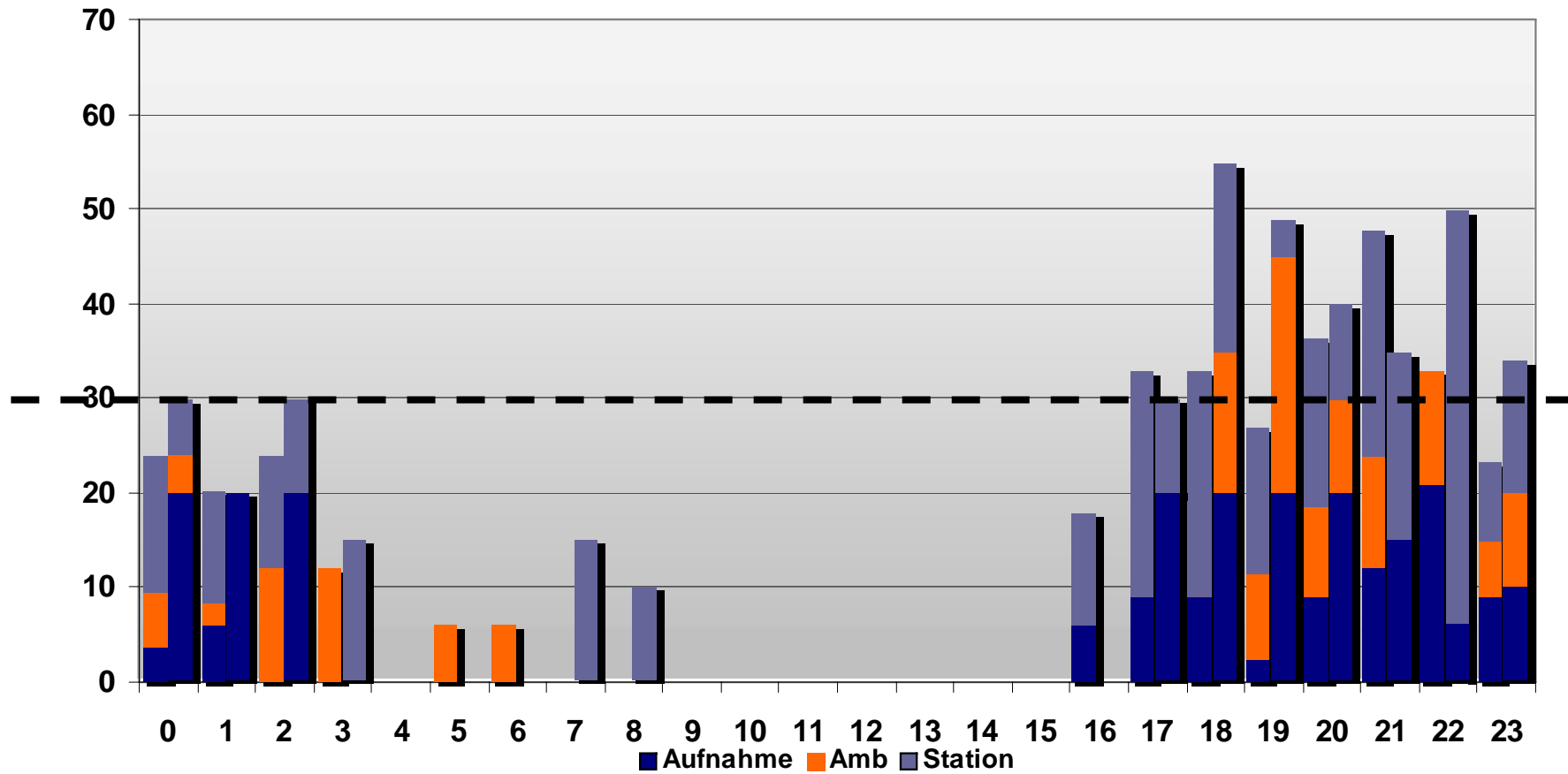


# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle

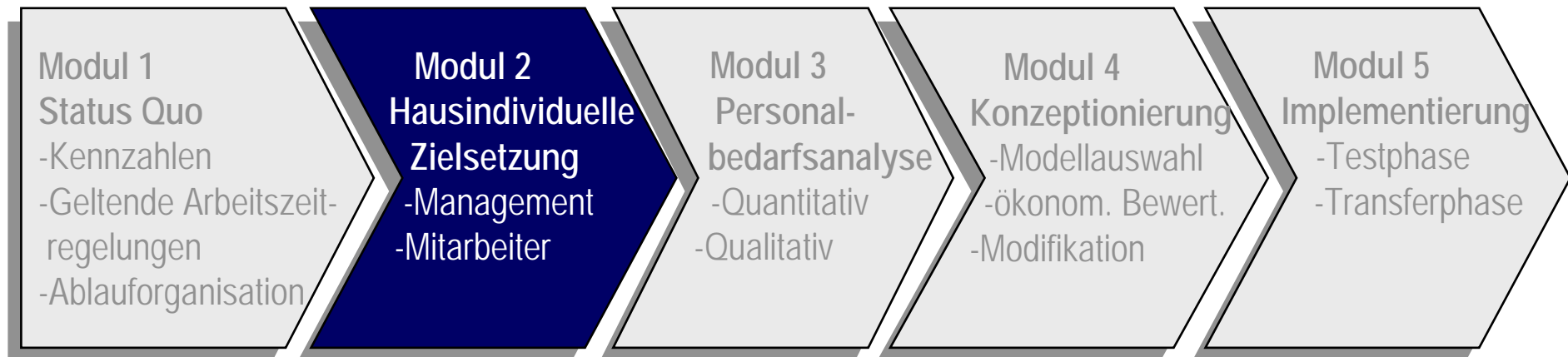
Häufigkeitsverteilung % kumuliert  
Stationäre Aufnahmen Mo-Fr. zwischen x-y Uhr \* 2004



# Analyse Arbeitsaufschreibung



# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle



## ■ Zieldefinition

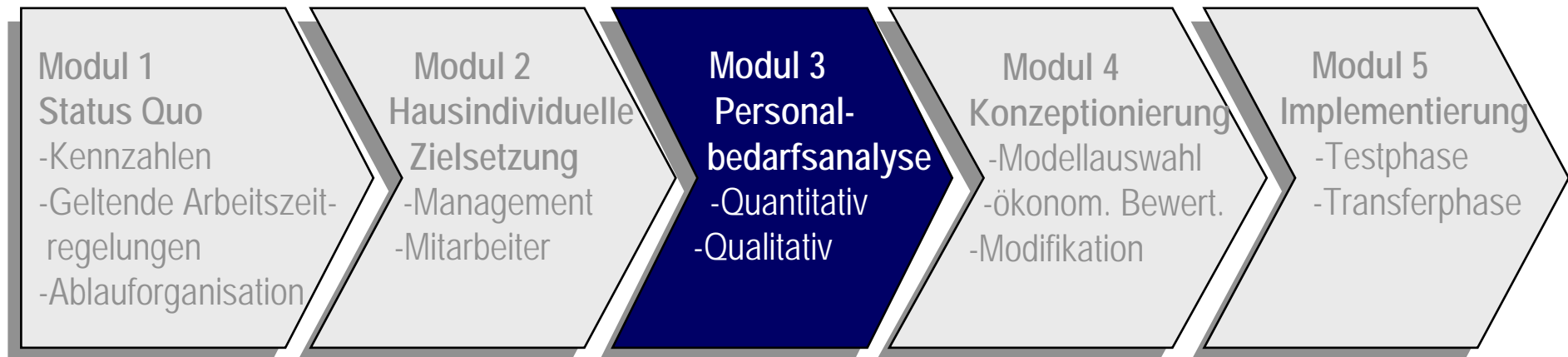
- Motivation und erwünschter Effekt neuer Arbeitszeitregelungen
- Zielgruppendefinition / Festlegung der Klinikbereiche
- Information der Mitarbeiterschaft
- Erwartungen und Präferenzen der Mitarbeiter (z. B. Mitarbeiterbefragung)
- Zielharmonisierung
- Formulierung von Zielvereinbarungen und Zeitrahmens (Testphase, Umsetzungsphase, Evaluation)



# Mitarbeiterbefragung – Inhalte –

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

# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle

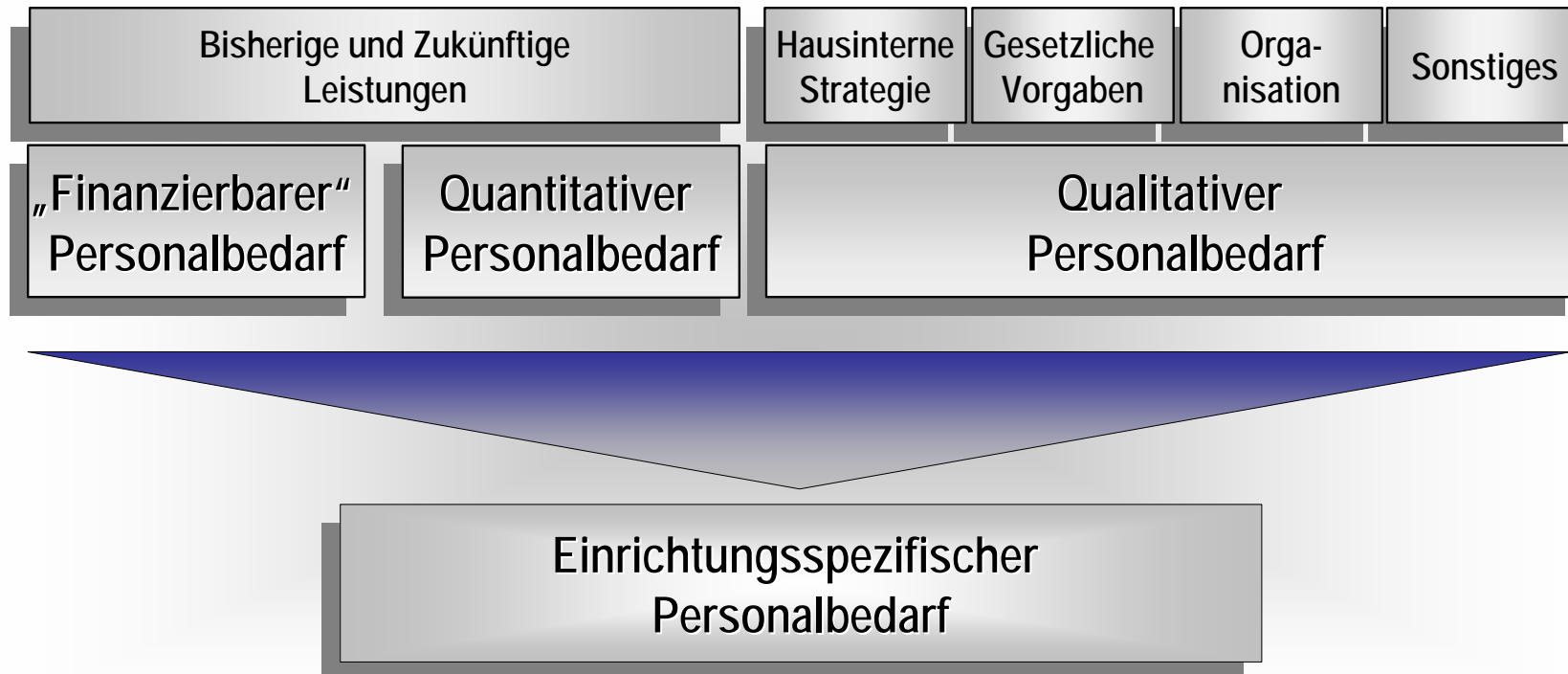


## ■ Personalbedarf

- Quantitative Personalbedarfsberechnung
- Erhebung der zeitraumbezogenen benötigten Mitarbeiterqualifikation:  
Wann und wo wird welche Arbeitsqualität benötigt?
- Umfassende Darstellung des tatsächlich benötigten Personalbedarfes



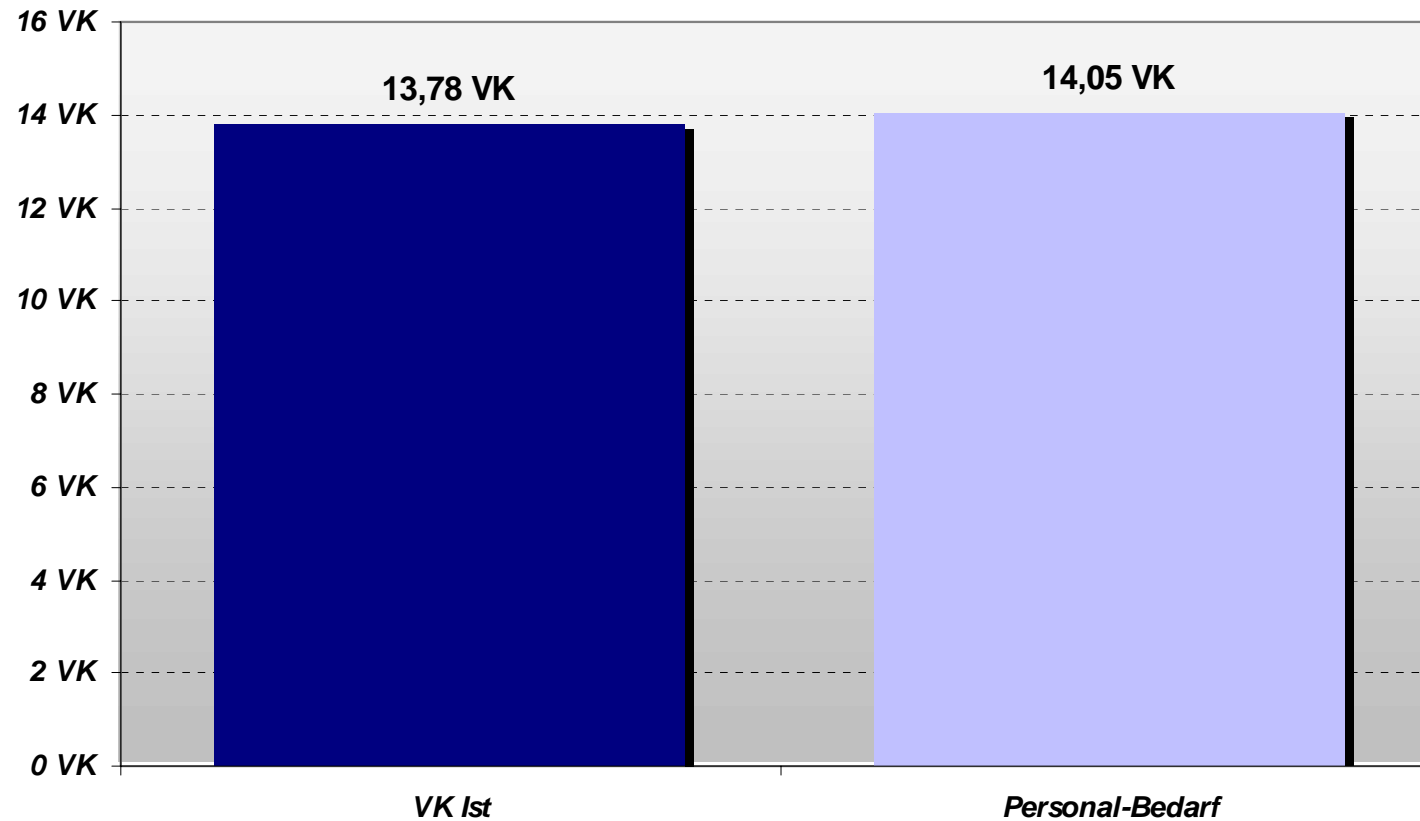
# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle





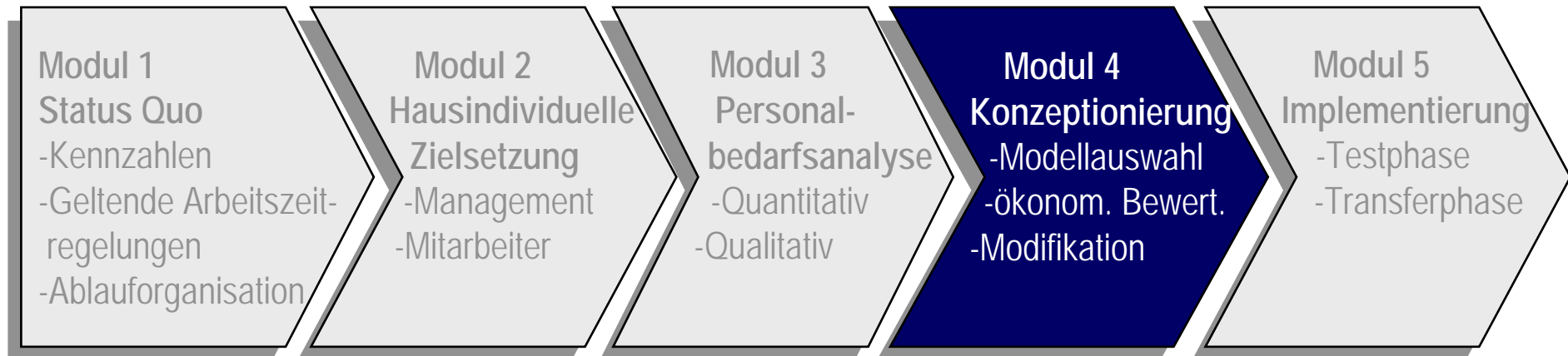
# Beispiel Personalbedarfberechnung

Vergleich VK Ist / VK-Soll-Berechnungen



FA-Typ	VK Ist	VK Regeldienst	VK Ist FZA	PersBedarf RD + FZA	Diff Ist /Soll
H	13,78 VK	12,75 VK	1,03 VK	14,05 VK	0,27 VK

# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle



## ■ Modellkonzeptionierung

- Analyse der zeitraumbezogenen Belastungsprofile
- Ermittlung beeinflussbares / unbeeinflussbares Leistungsaufkommen
- Erarbeitung von Arbeitszeitmodellen auf Grundlage der vorhergehenden Analyseschritte
- Auswahl und Überprüfung der Realisierbarkeit einzelner Instrumente zur Umsetzung der Arbeitszeitmodelle (z. B. Einrichten von Teilzeitstellen, Arbeitszeitkonten usw.)
- Darstellung der ökonomischen Konsequenzen der ausgewählten Modelle
- Ggf. notwendige Modifikation



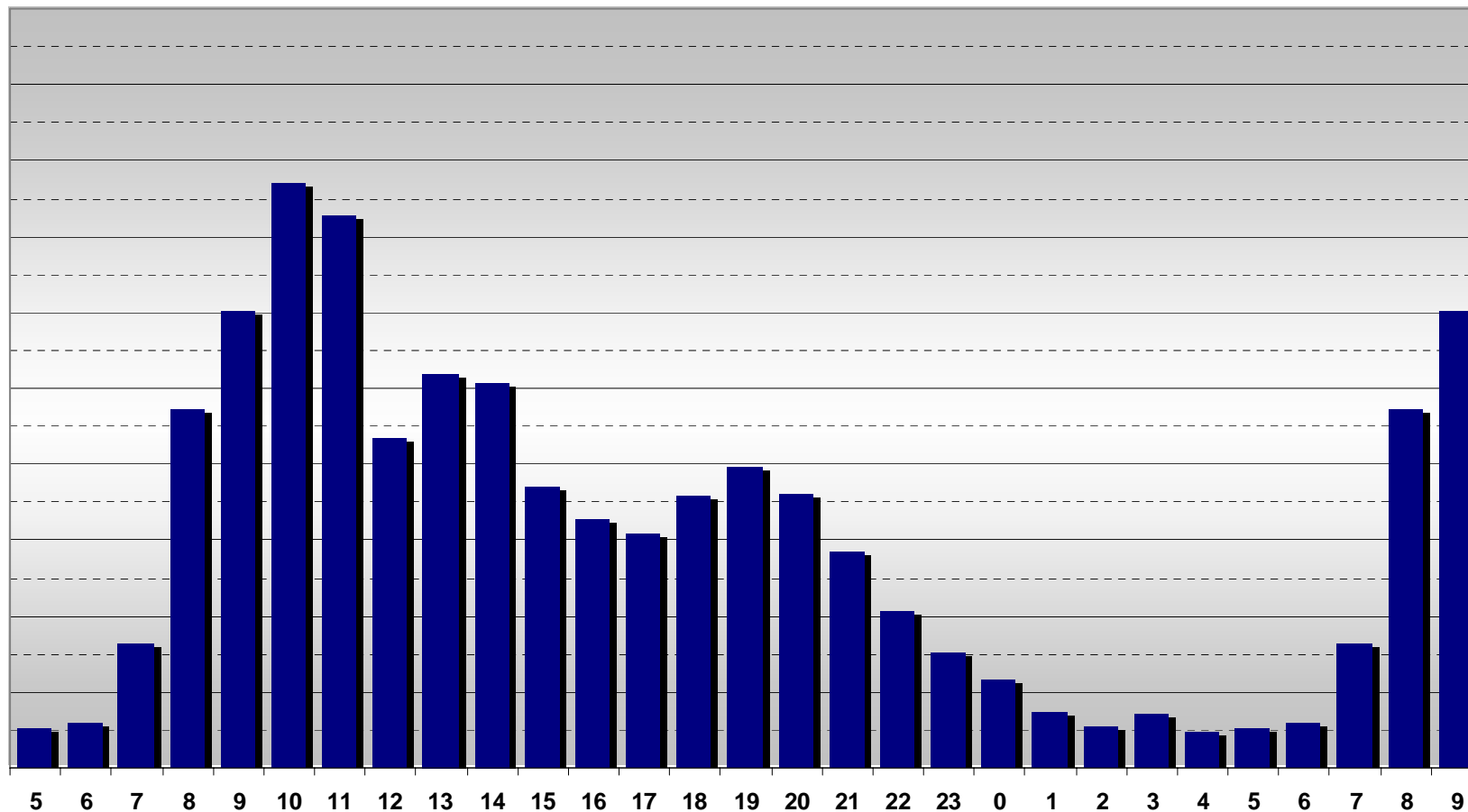
# innovative Arbeitszeitmodelle

## Gestaltungsmöglichkeiten

- Arbeitszeitflexibilisierung
  - Einrichtung von Arbeitszeitkonten
  - Gleitzeitregelungen
- Vergütungsregelungen
  - Freizeitausgleich vs Vergütung
- Interdisziplinäre Kooperationen
- Anpassung der Ablauforganisation
  - Leistungsveränderungen
  - OP-Reorganisation
  - Verlängerung von Betriebszeiten in Funktionsbereichen
  - Therapiekonzepte
  - ...

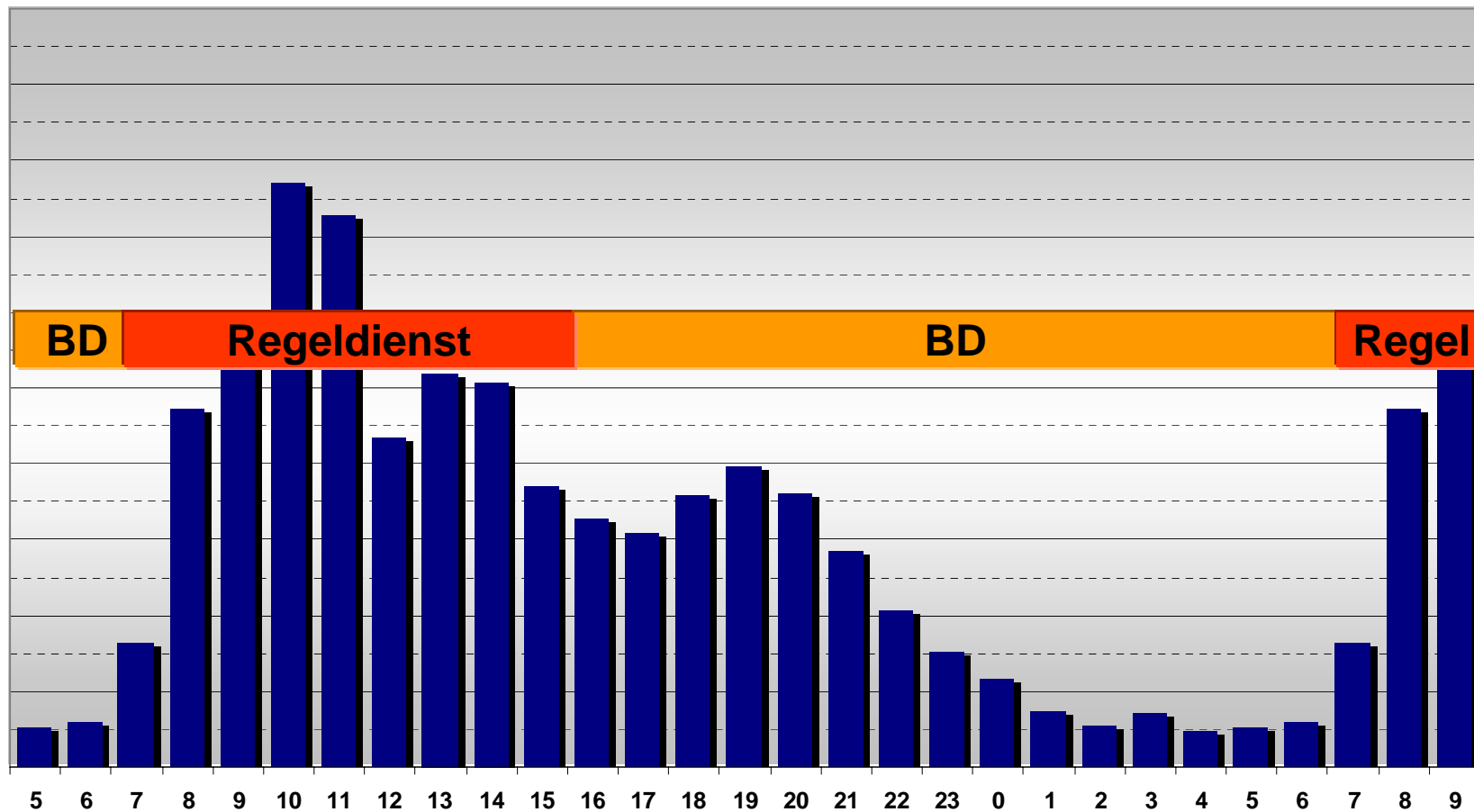


# Leistungsgeschehen als Grundlage der Arbeitszeitgestaltung Beispiel: Patiententagesverlauf Ambulanz



Die Grafik zeigt das unterschiedliche Leistungsaufkommen während des Tagesverlaufes (5 Uhr bis 9 Uhr).

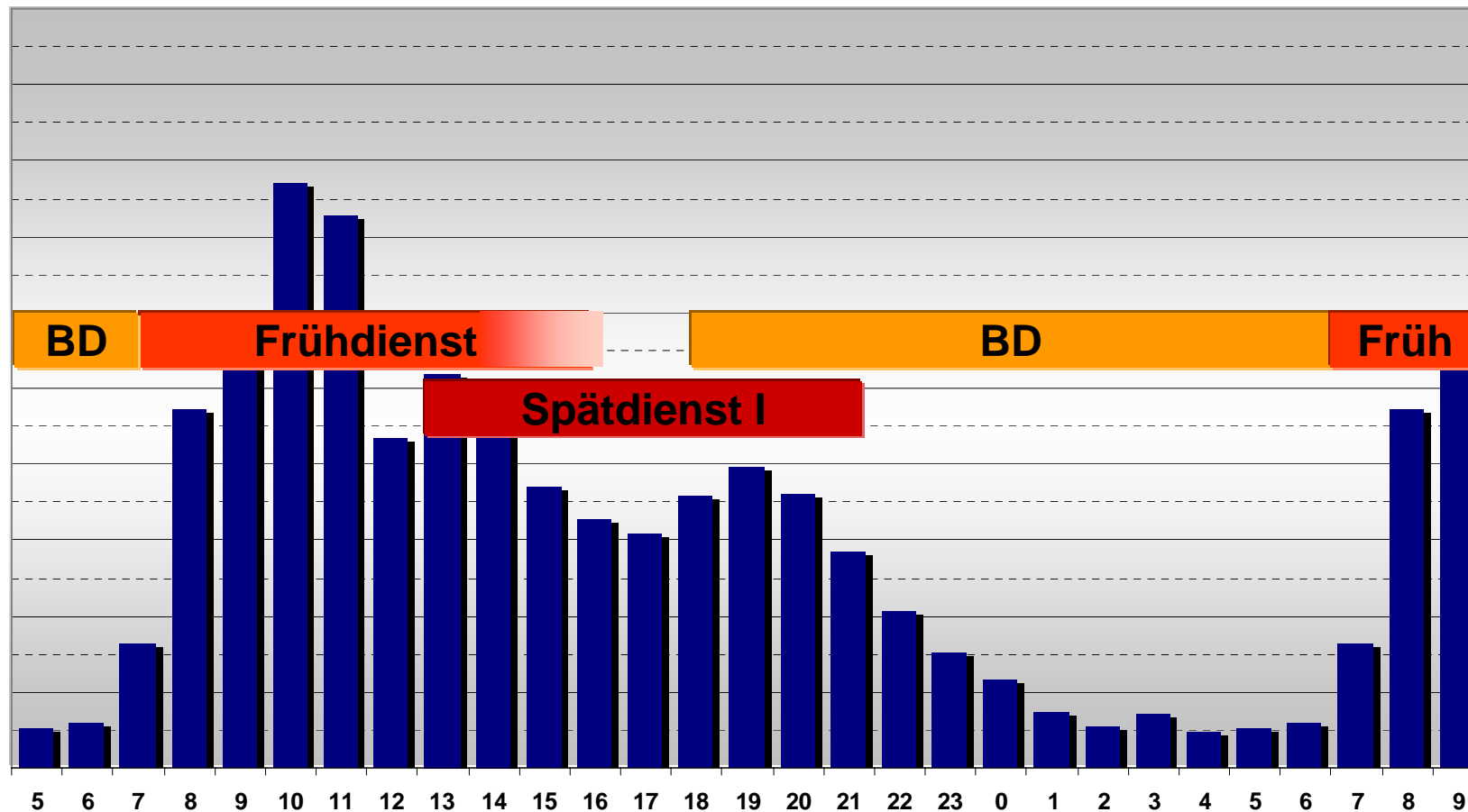
# Arbeitsbelastung und Personaleinsatz bisher



Die bisherige Dienstplanung berücksichtigt die Schwankungen des Leistungsaufkommens nicht.



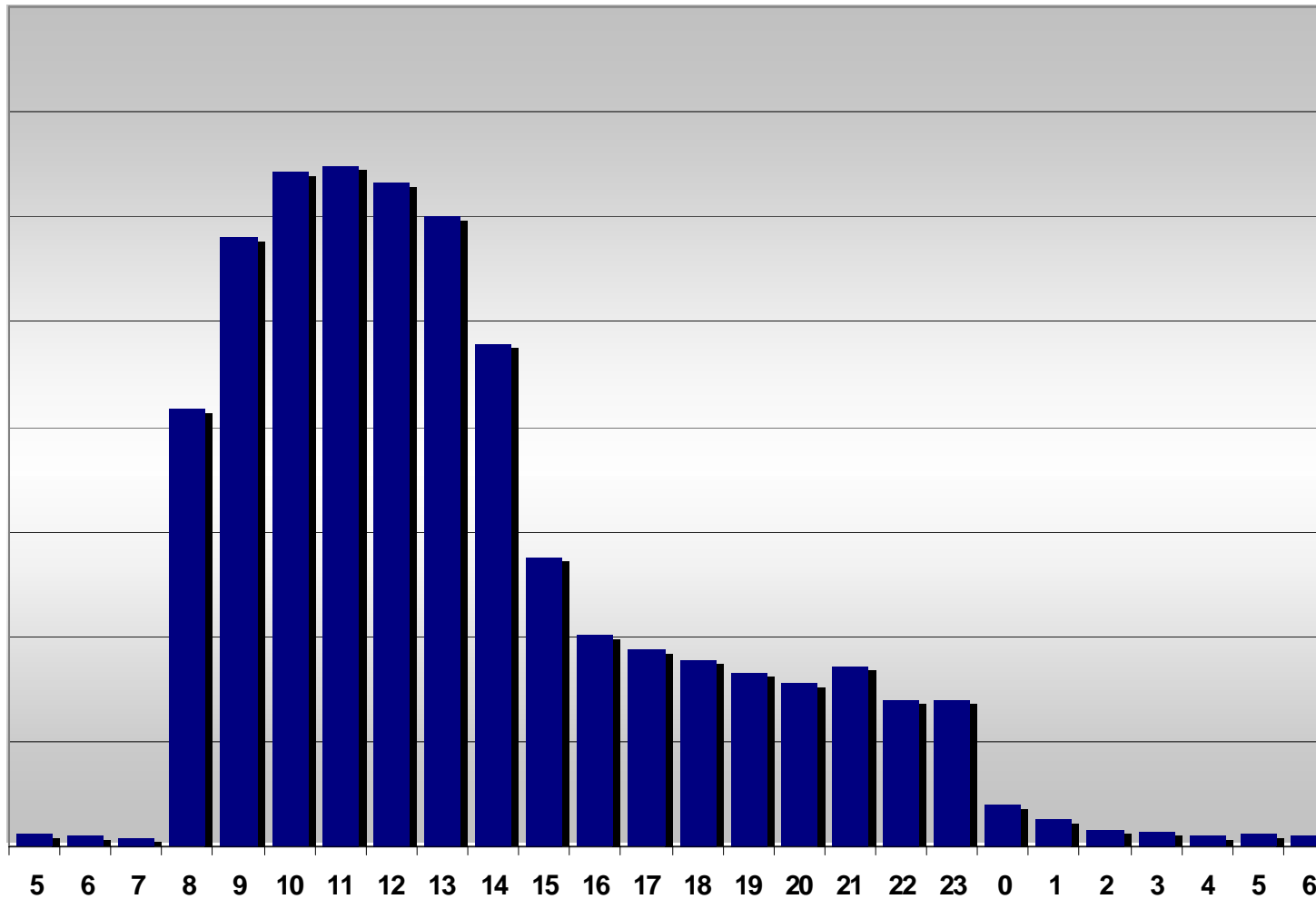
# Arbeitsbelastung und Personaleinsatz neu



Die ArbZG-konforme Verkürzung des BD erfolgt durch Spätdienste, der reduzierte Personaleinsatz im Spätdienst II berücksichtigt das tatsächliche Leistungsaufkommen. Zeiten für gemeinsame Besprechungen sind eingeplant. Die Dienstzeiten im Frühdienst sind zum Dienstende flexibilisiert.

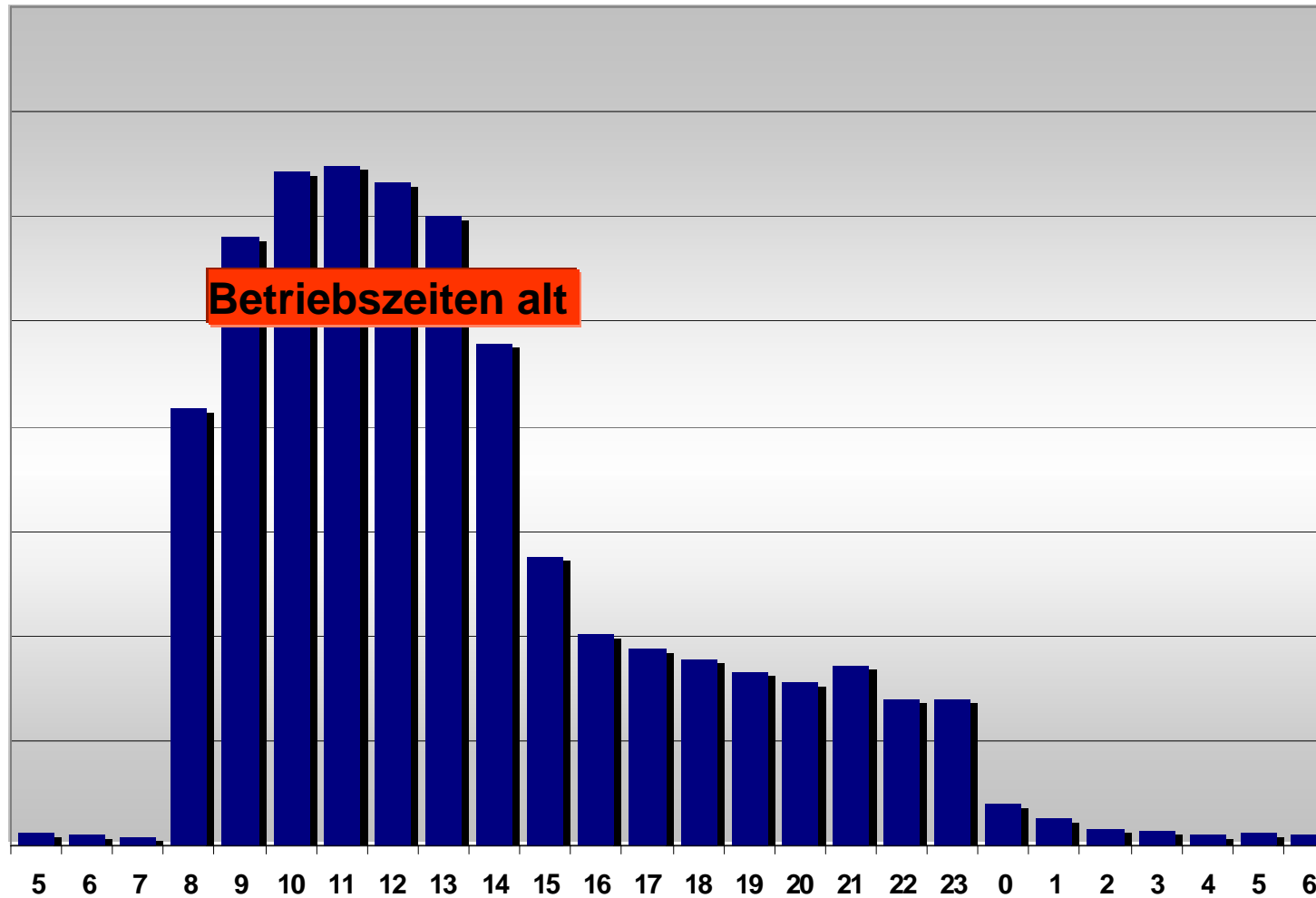


## Beispiel: OP- Belastung



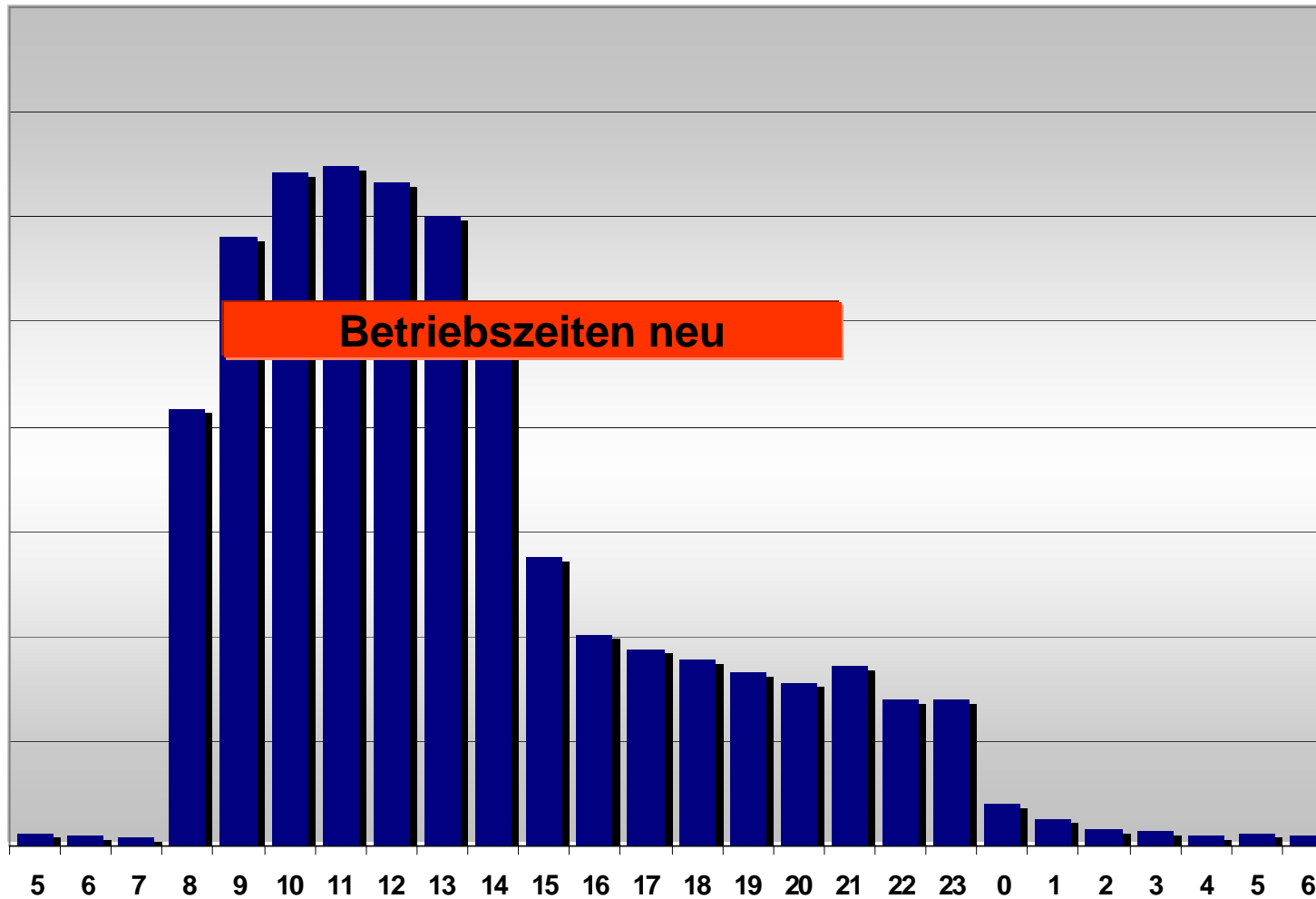


# OP- Belastung und Betriebszeiten bisher



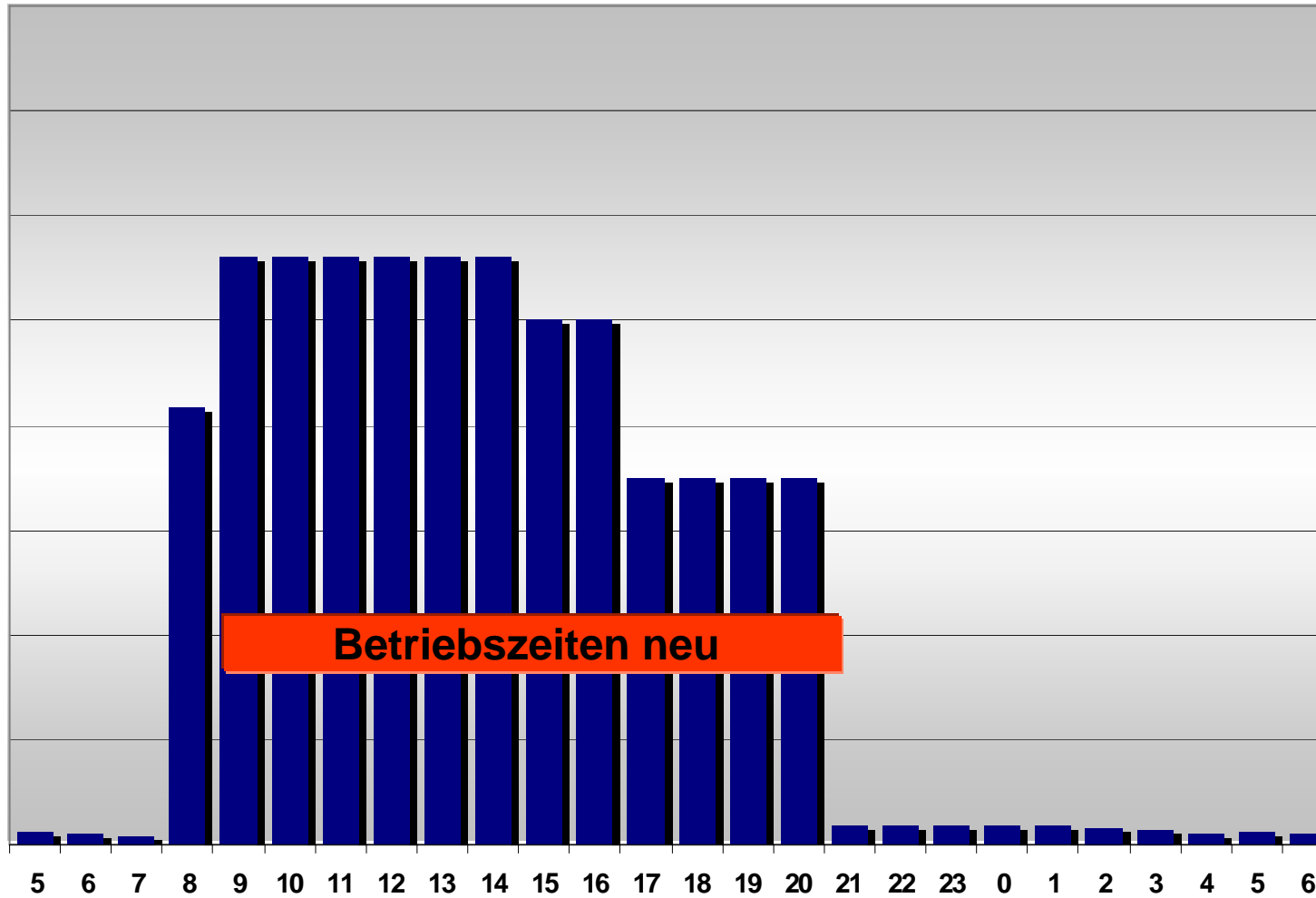


# OP- Belastung und Betriebszeiten neu

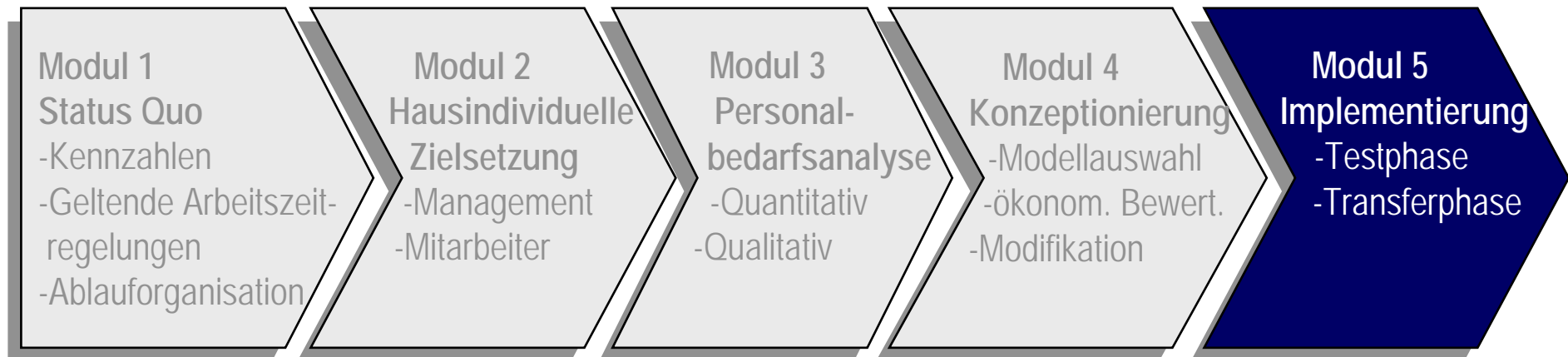




# OP- Belastung und Betriebszeiten neu



# GEBERA-Vorgehensweise Personaleinsatzplanung



## ■ Implementierung

- Definition einer Testphase (z. B. 4 Wochen)
  - Überprüfung der Praxistauglichkeit (Management- und Mitarbeiterperspektive)
  - Schwachstellenanalyse
  - Verbesserung des Arbeitszeitmodelles nach Abschluss der Testphase
- Transferphase
  - Dauerhafte (aber verbesserungsfähige) Implementierung in die Abteilungen und Leistungsbereiche



---

# Projekt inkam-Bremen

## Ergebnisse

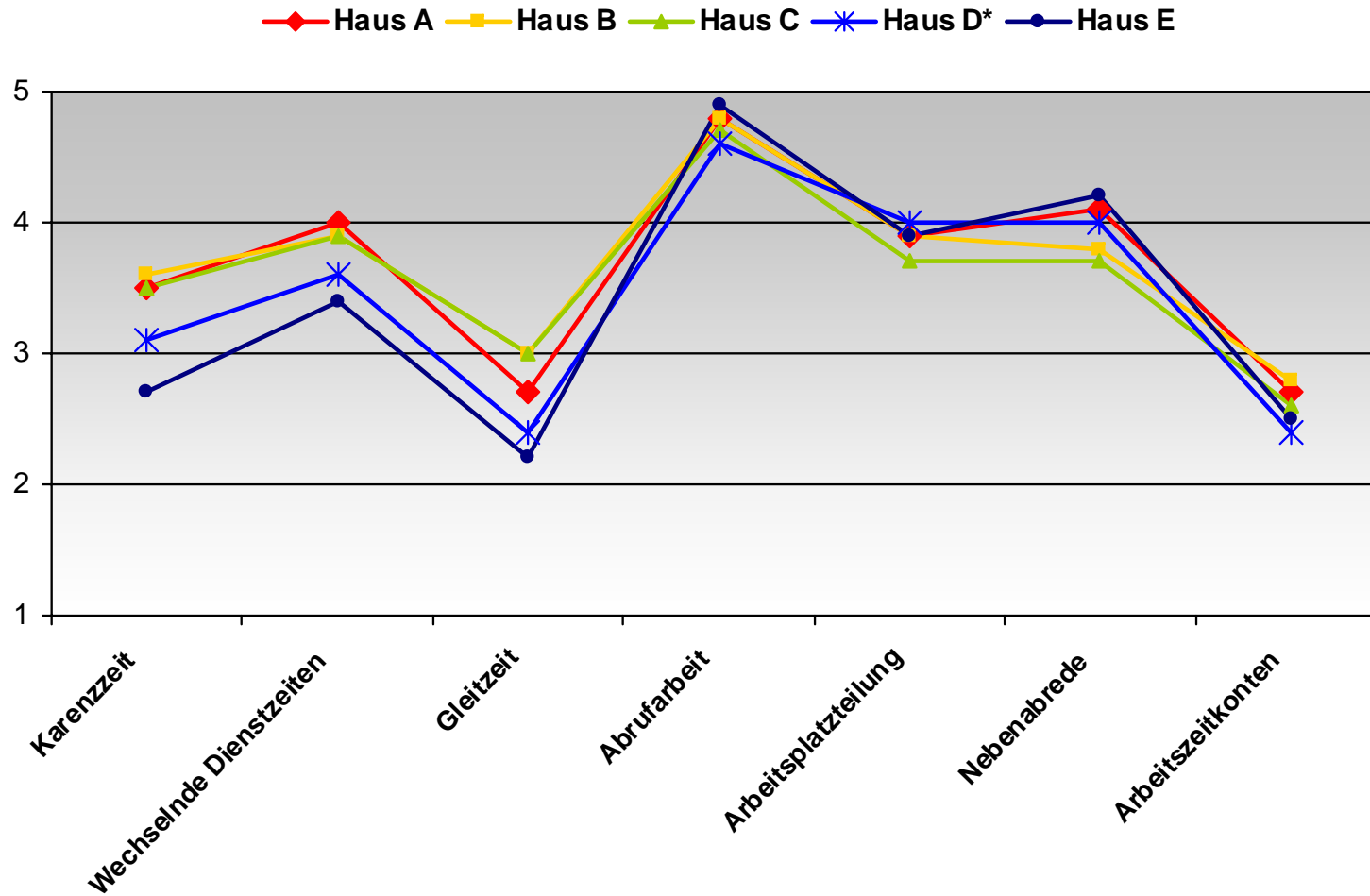
---



## Status Quo

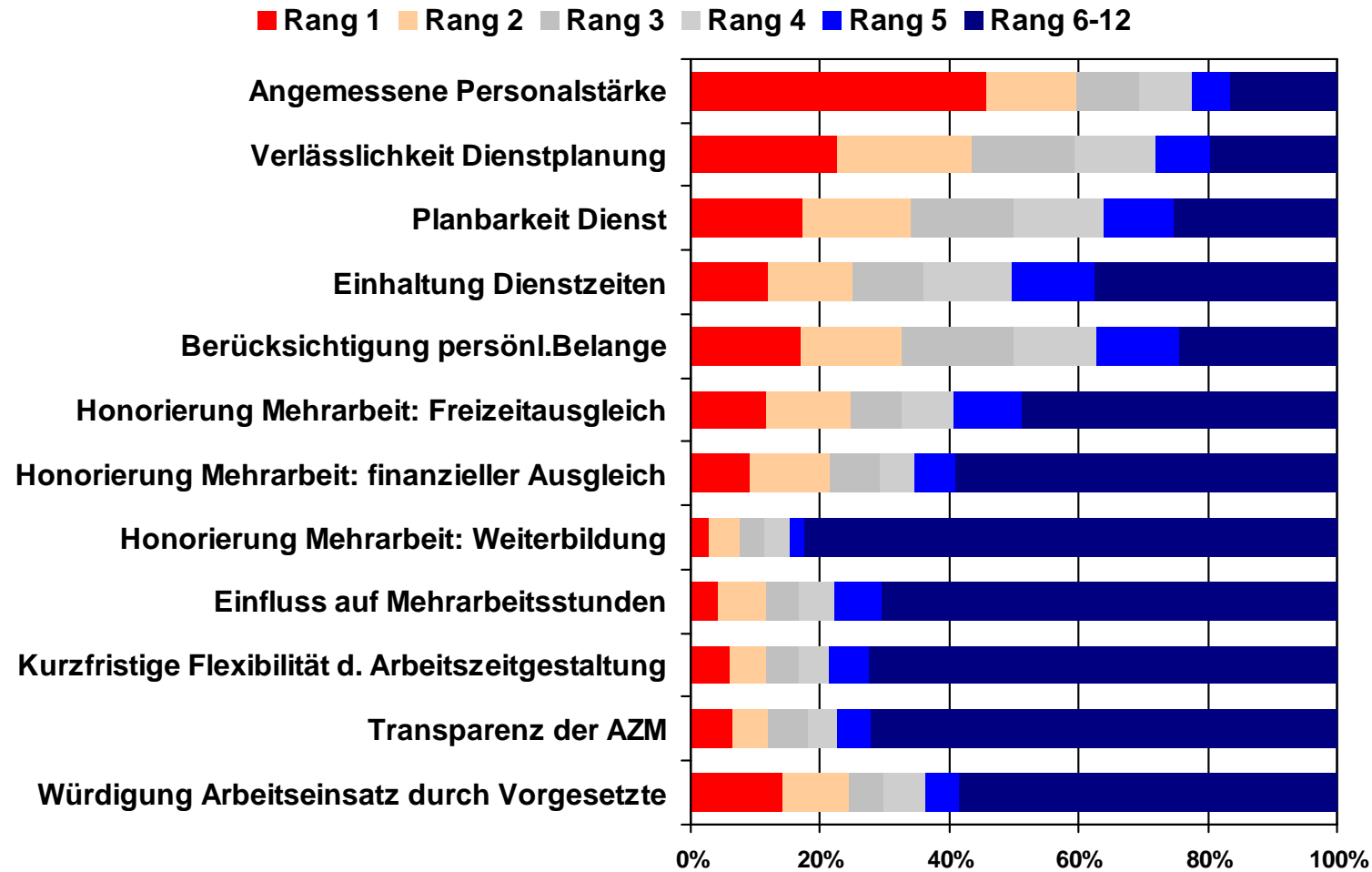
- Alle bisherigen Arbeitszeitregelungen verstießen gegen das novellierte Arbeitszeitgesetz
- Teilweise auch Überschreitungen der zulässigen werktäglichen Höchstarbeitszeit nach alten Arbeitszeitgesetz
- Unklarheiten bzgl. der tariflichen Regelungen zur Arbeitszeit
- Aufgrund der bisherigen langen Dienste (zwischen 24 h bis 32 h Anwesenheit) hohe Arbeitsbelastung für die einzelnen Mitarbeitenden
- Bereitschaftsdienste werden zum überwiegenden Teil zusätzlich zum tariflichen Entgelt für die vereinbarte Wochenarbeitszeit vergütet

# Ergebnisse Mitarbeiterbefragung





# Ergebnisse Mitarbeiterbefragung





# Ergebnisse Entwicklung Arbeitszeitmodelle in k a m

## - Phase I -



Phase I	KH	Entwicklung Arbeitszeitmodelle			
		Vorschlag GEBERA	Abstimmung hausintern	Probe-Dienstpläne	Implementierung
Innere Medizin	KH I	+	+	+	-
Chirurgie	KH I	+	+	-	-
Pädiatrie	KH I	+	+	+	+
HNO	KH II	+	+	+	+
Innere Medizin I (III)	KH II	+	+	+	-
Innere Medizin II (III)	KH II	+	+	+	-
Unfallchirurgie	KH II	+	+	+	-
Allgemein-Chirurgie	KH III	+	-	-	-
Anästhesie	KH III	+	-	-	-
Gefäßchirurgie	KH III	+	-	-	-
Innere Medizin	KH III	+	-	-	-
Rheumachirurgie	KH III	+	-	-	-
Psychiatrie I - V	KH IV	+	+	+	+
Neurologie	KH IV	+	+	-	-
Psychiatrie	KH V	+	+	+	-

- Zügige Entwicklung von Arbeitszeitmodell- Vorschlägen
- Umsetzungsschwierigkeiten aufgrund
  - Begleitumstände - politische / tarifliche Unklarheiten
  - fehlender Motivation der leitenden medizinischen Verantwortlichen
  - Ärztestreiks
  - Differenzen FA und Verwaltung bzgl. adäquaten Personalbedarf



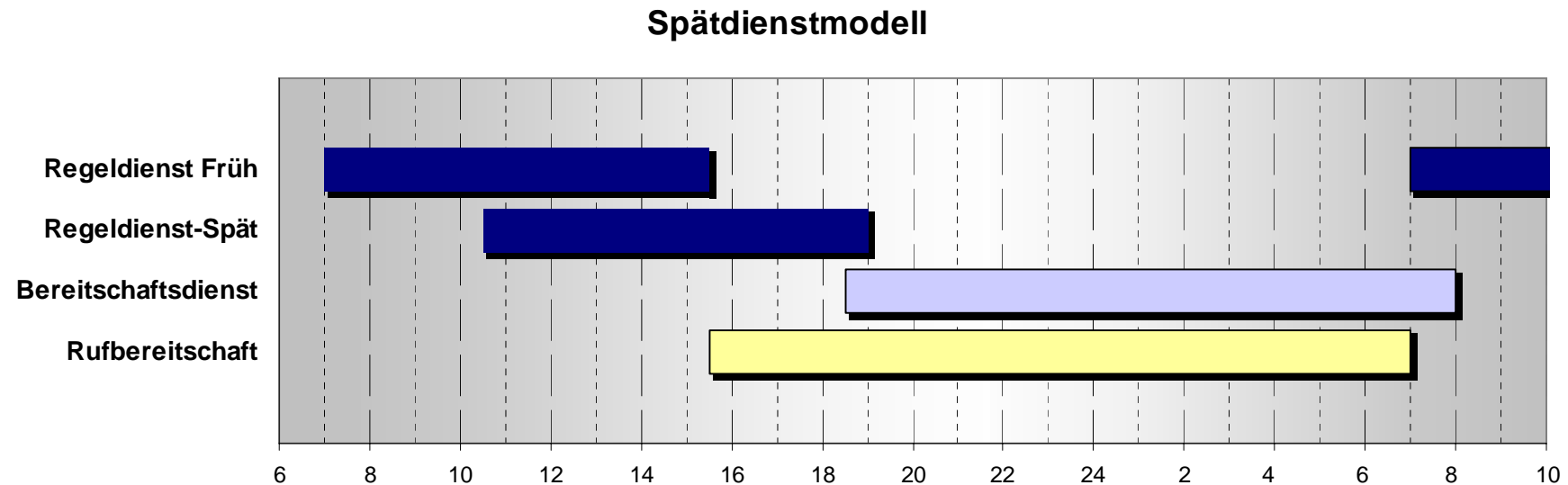
# Ergebnisse Entwicklung Arbeitszeitmodelle - Phase II -

Phase I	KH	Entwicklung Arbeitszeitmodelle			
		Vorschlag GEBERA	Abstimmung hausintern	Probe- Dienstpläne	Implemen- tierung
Orthopädie I	KH VI	+	+	+	-
Orthopädie II	KH VI	+	+	+	-
Orthopädie III	KH VI	+	+	+	-
Urologie	KH VI	+	+	+	-
Lungenzentrum	KH VII	+	+	-	-
Pneumologie	KH VII	+	+	+	-
Kriseninterventionsdienst	KH VII	+	+	+	+
Allgemeinchirurgie	KH VIII	+	-	-	-

- Phase II zügigerer Projektverlauf aufgrund Etablierung der Vorgehensweise
- dennoch Verzögerungen bei der Implementierung aufgrund derselben Verzögerungsgründe wie in Phase I

# Erarbeitete Arbeitszeitmodelle

## Spätdienstmodelle

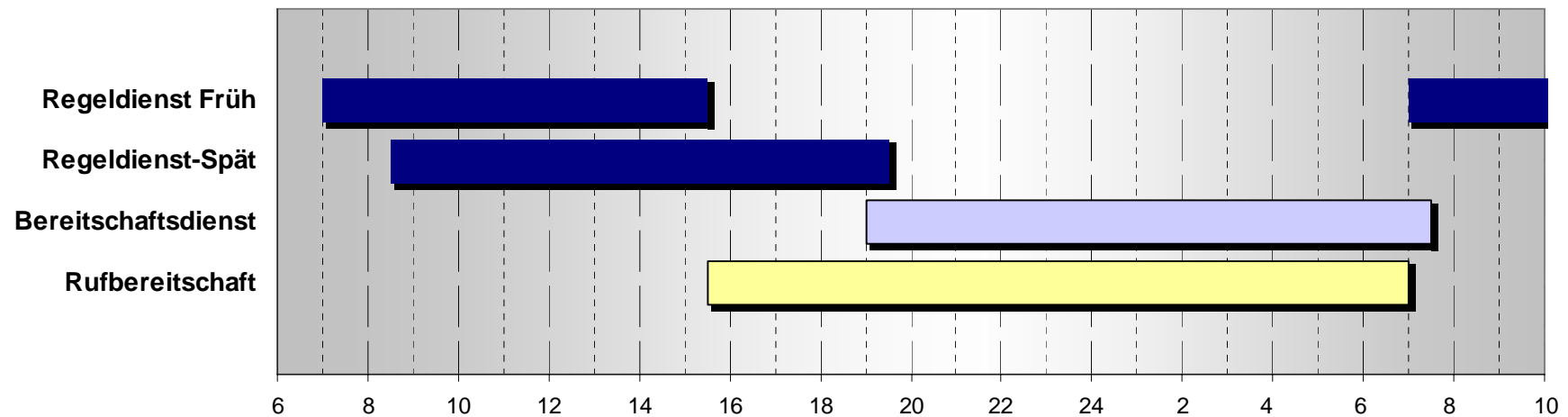


- Verkürzung der bisherigen Bereitschaftsdienste durch die Einführung von Spät-Regeldiensten
- Spätdienstzeiten und –besetzungen abhängig von dem tatsächlichen Leistungsaufkommen bzw. den Möglichkeiten zur Leistungsverlagerung

# Erarbeitete Arbeitszeitmodelle

## Spätdienstmodelle

Spätdienstmodell mit langem Spätdienst (TVöD)

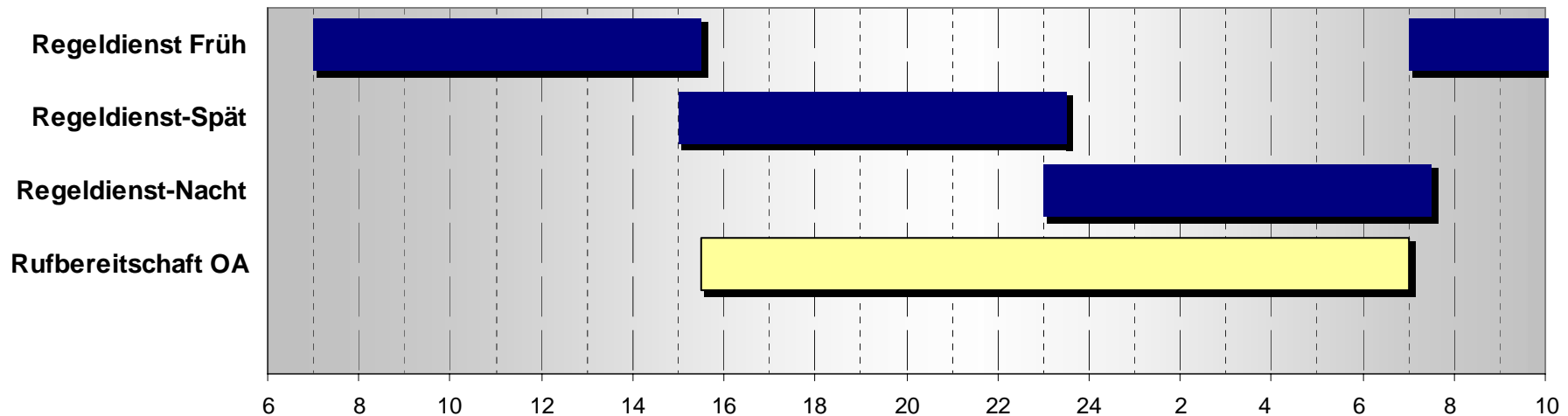


- Verlängerung des Spätdienstes auf Grundlage des TVöD bis max. 10 h Regeldienstzeit
- Minimierung des Personalausfalls in den bisherigen Regeldienstzeiten
- Abdeckung von belastungsintensiven Zeiten mit Regeldiensten
- Nachteil: ggf. hohe Arbeitsbelastung in den Langdiensten

# innovative Arbeitszeitmodelle

## Schichtmodelle

Drei-Schichtmodell

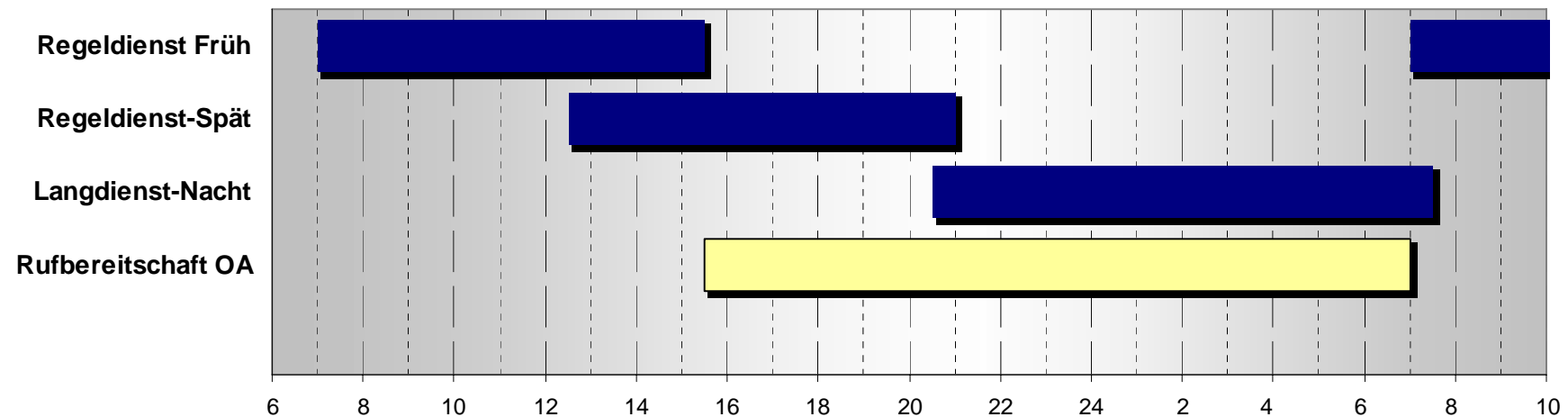


- 24 h-Abdeckung mit Regeldiensten (100% Arbeitsanspruch in der Nacht!!)
- geeignet für Fachabteilungen
  - mit grundsätzlich hohem Leistungsaufkommen oberhalb der Belastungsstufen für Bereitschaftsdienste
  - mit hohem Leistungsaufkommen im Tagdienst und der Möglichkeit zur Verlagerung von Regeltätigkeiten in den Nachtdienst
  - im Rahmen von Kooperationsmodellen

# innovative Arbeitszeitmodelle

## Schichtmodelle

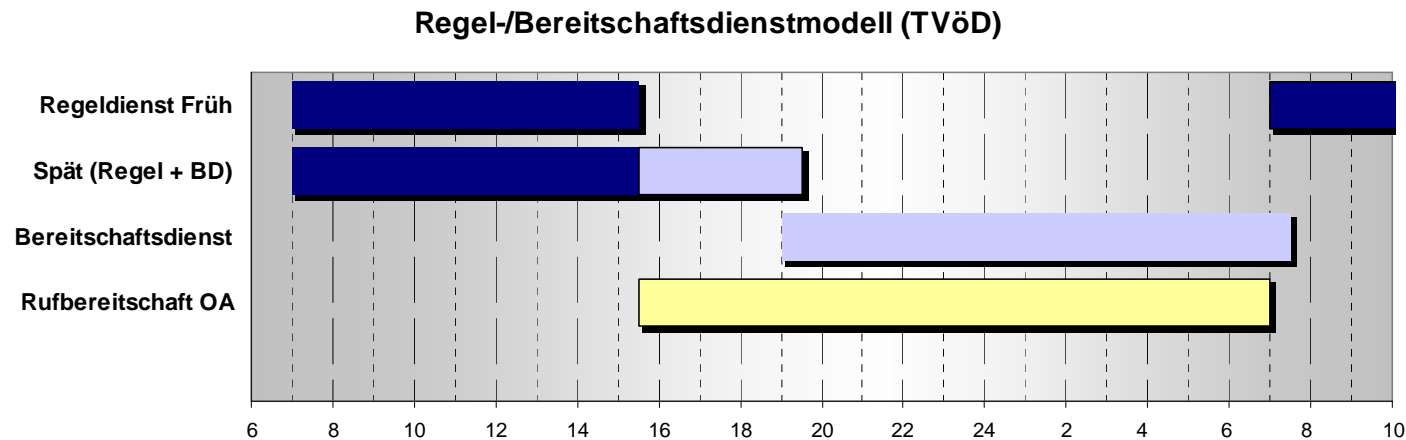
Drei-Schichtmodell mit Langdienst (TVöD)



- Ausnutzung der TVöD-Regelungen, Regeldienst auf max. 10 h erweitern zu können
  - Langdienste zu allen Dienstzeiten möglich
- geeignet, um Personalreduktionen im Tagdienst gering zu halten

# Erarbeitete Arbeitszeitmodelle

## Regel-/Bereitschaftsdienstmodelle

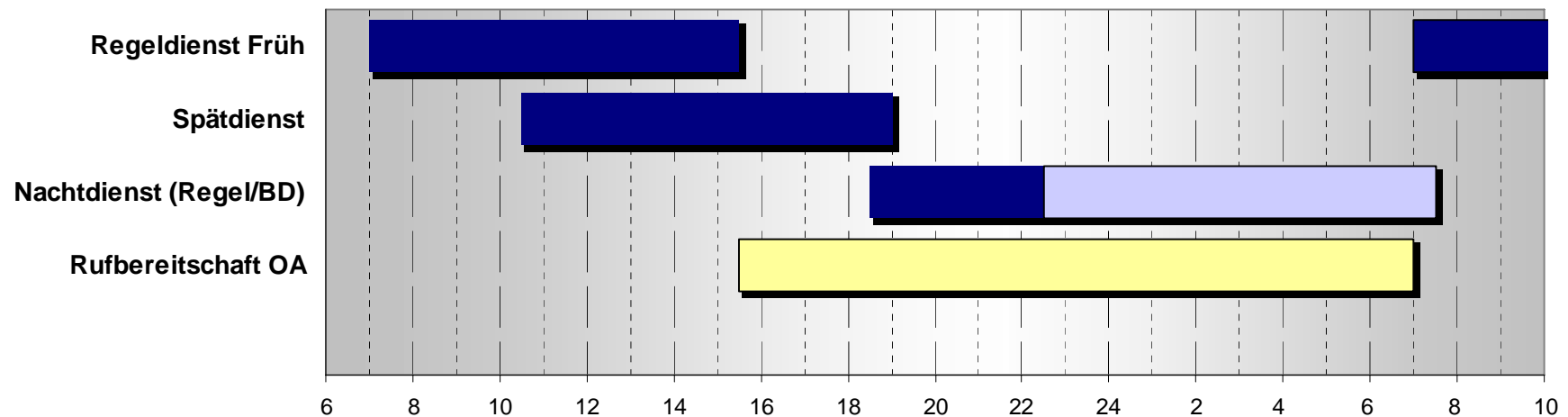


- Kombination von Regeldienst mit anschließendem Bereitschaftsdienst auf Grundlage des TVöD
  - bis max. 16 h in den Bereitschaftsdienststufen A und B
  - bis max. 13 h in den Bereitschaftsdienststufen C und D
- geeignet in Fachabteilungen, in denen das Leistungsaufkommen im anschließenden Bereitschaftsdienst die jeweiligen Belastungsgrenzen nicht überschreitet (z. B. < 50 % Belastung in Stufe D)

# Erarbeitete Arbeitszeitmodelle

## Regel-/Bereitschaftsdienstmodelle

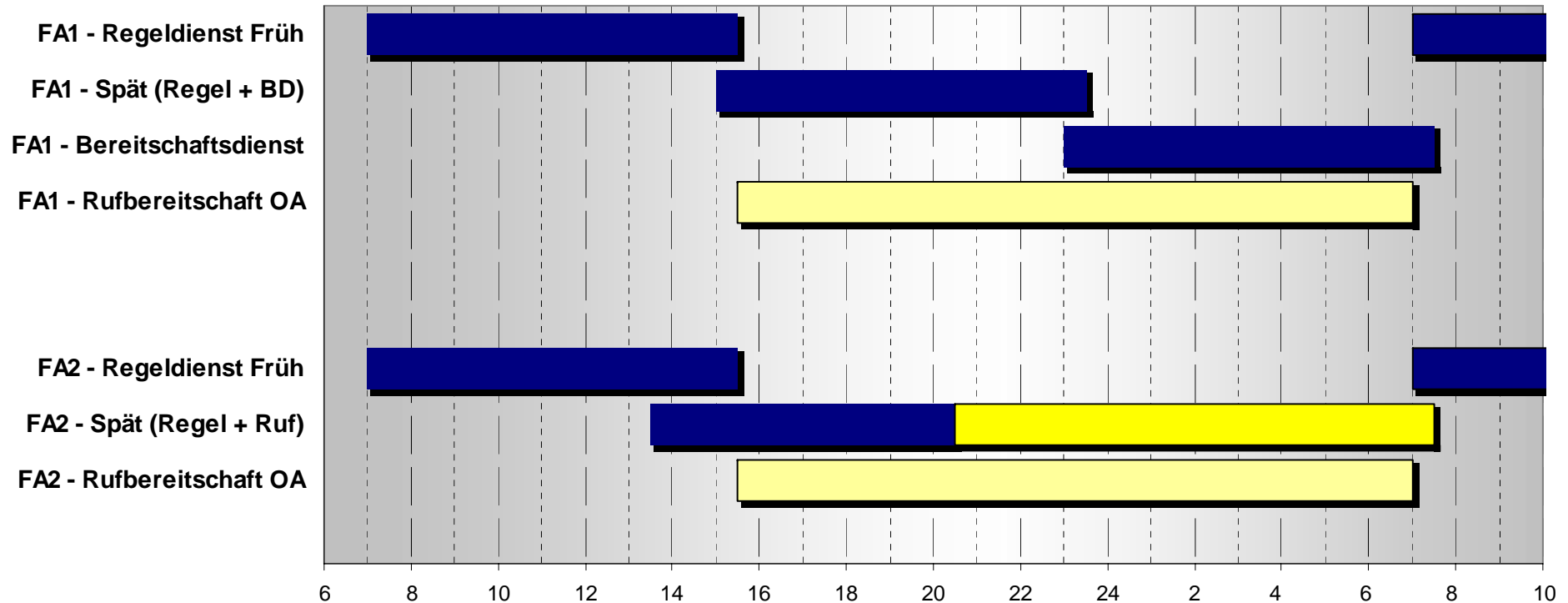
Regel-/Bereitschaftsdienstmodell (TVöD)



- Kombination von Regeldienst mit anschließendem Bereitschaftsdienst auf Grundlage des TVöD in den Nachtstunden
- geeignet in Fachabteilungen, in denen das Leistungsaufkommen in den Abendstunden die jeweiligen Belastungsgrenzen des BD überschreitet (z. B. < 50 % Belastung in Stufe D)
- Modell-Baustein insbesondere für Wochenenddienste geeignet

# innovative Arbeitszeitmodelle interdisziplinäre Kooperation

## interdisziplinäre Kooperation (Rufdienstmodelle)

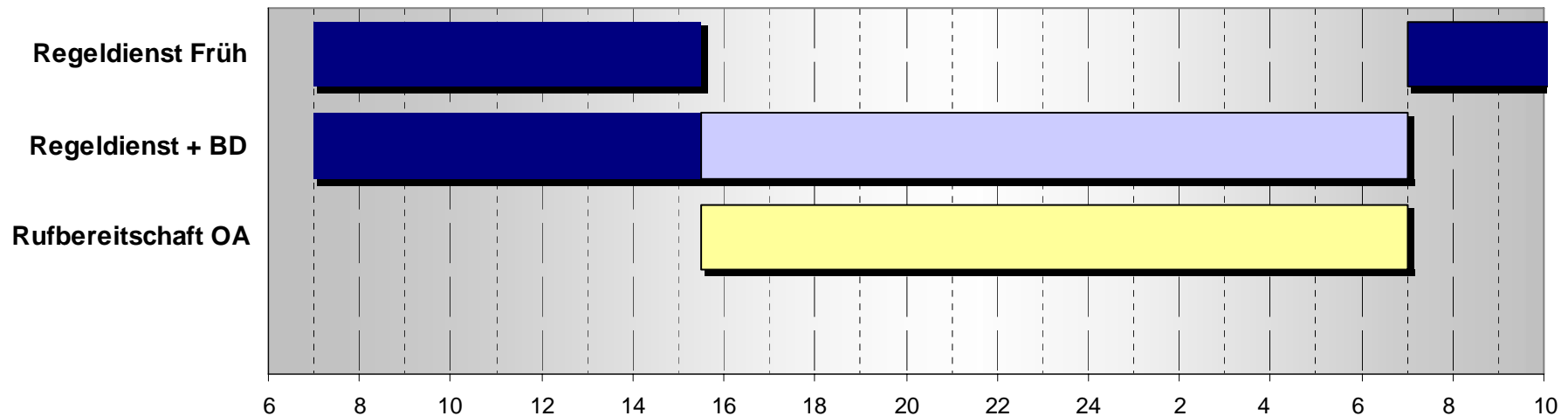


- Abdeckung der allgemeinen medizinischen Erstversorgung durch kooperierende FA (BD oder Schichtdienst), Inanspruchnahme des Rufdienstes bei fachspezifischen Fragestellungen
- Modell nur in den Fachabteilungen geeignet, in denen das medizinische Leistungsaufkommen in den Rufdienstzeiten eine Vertretung durch eine andere Fachabteilung ermöglicht!

# innovative Arbeitszeitmodelle

## Opt-Out-Regelungen

### Opt-Out-Modell



- Verlängerte tägliche AZ auf 24 h im Rahmen von Betriebsvereinbarungen unter Berücksichtigung der wöchentlichen Höchst-AZ (opt out-Regelung) evtl. möglich
  - Einwilligung des Arbeitnehmers
  - Veränderte Ruhezeiten (i.d.R. 22 h)
  - Prüfung alternativer Modelle
  - Belastungsanalysen nach ArbSchG
  - Information der Landesbezirksebene der Tarifparteien



## - Problemfelder -

- Unsicherheit bzgl. rechtlicher Rahmenbedingungen
- Fehlende strategische Entscheidungen der Einrichtungen
- Zwang zur Änderung der bisherigen Arbeitsorganisation im ärztlichen Dienst
  - Hohe Autonomie der Fachabteilungen bei der Personaleinsatzplanung
  - Angst vor Qualitätsverlust durch z.B. interdisziplinäre Dienste
- Umstellung der bisherigen Arbeitszeiten mit Auswirkungen auf das Sozialleben
  - insbesondere für Familien/Alleinerziehende mit Kindern
- Anpassung der Servicezeiten für „nachgeordnete“ Abteilungen notwendig
- Ausbildung ggfs. stark eingeschränkt



## Erkenntnisse der GEBERA

- Weitergehende tarifrechtliche Sonderregelungen ermöglichen grundsätzlich die Umsetzung
- Umsetzungsschwierigkeiten vor allem in Abteilungen
  - mit wenig Personal insbesondere wenig „Köpfen“
  - mit geringem Facharzt-Anteil (Abdeckung aller Leistungsbereiche)hier Schwierigkeit der Umsetzung ohne Inanspruchnahme weitreichender Opt-Out Regelungen
- Unzufriedenheit mit aktueller Gehaltssituation des ärztlichen Dienstes überdeckt die sachliche Diskussion
- Erfolg in hohem Maße abhängig von der Motivation der medizinisch Verantwortlichen



## Erkenntnisse der GEBERA

- Fehlende strategische Entscheidungen der Einrichtungen machen eine Entwicklung von Arbeitszeitmodellen (fast) unmöglich
  - Arbeitszeitmodelle als Strategie-Ersatz ungeeignet
- Ökonomische Auswirkungen neuer AZ-Modelle insbesondere abhängig vom Grad der Neuorganisation Personaleinsatz / Leistungserstellung
- Ökonomische Betrachtung muss auf Einrichtungsebene erfolgen
- Mehrbedarf an ärztlichem Personal (Köpfe) auch bei nahezu kostenneutraler Umsetzung



## Erkenntnisse der GEBERA

- Mehrbedarf an ärztlichem Personal (Köpfe) auch bei nahezu kostenneutraler Umsetzung
  
- Umsetzung Arbeitszeitgesetz führt i.d.R. zu
  - kürzeren Diensten bei häufigerer Anwesenheit
  - Bruttogehaltsminderungen aufgrund kürzere Gesamtarbeitszeit
    - Relativierung der Verluste bei Nettoeinkommen
  
- Diskussion Vergütung versus Freizeitausgleich zeigt die Befragung zwei etwa gleich große Interessengruppen.
  - Für ca. 50% der Mitarbeitenden wiegt der Gewinn zusätzlicher Freizeit die finanziellen Einbußen auf.



## Erfolgsfaktoren

- Klärung und Ausnutzung rechtlicher / tariflicher Rahmenbedingungen bzw. Festlegung der geltenden Vorgaben
- Vorgabe von strategischen Grundsatzentscheidungen und Kommunikation an die Fachabteilungen
- Ausgangsbasis sind die medizinischen Leistungen
- Einbeziehung der Mitarbeiterwünsche bei Modellentwicklung
- Einbeziehung der gesamten Organisation und Personaleinsatzplanung in den Entwicklungsprozess
- Ausnutzung aller **sinnvollen** - insbesondere interdisziplinären - Möglichkeiten zur Abdeckung der Sonderdienste
- Einführung von Arbeitszeitflexibilisierungen (z.B. Zeitkonten)



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**