



# Erfahrungsaustausch zur Arbeits(zeit)organisation des Ärztlichen Dienstes in Krankenhäusern

Bremen, 2. März 2006

**Dipl. Ges. Oec. 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)



# Agenda 1. Erfahrungsaustausch

## Schwerpunktthema: OP-Organisation

- Vorstellungsrunde und Erwartungen
- Status Quo der Umsetzung „Arbeitszeitgesetz“
  - Stand
  - Auswirkungen / Problembereiche
- Rahmenbedingungen der Arbeits(zeit)organisation
  - Aktuelles zur tariflichen Ausgestaltung des Arbeitszeitgesetzes
- OP-Organisation
  - Handlungsbedarf und Problembereiche
  - Anforderungen an ein effizientes OP-Management
  - Auswirkungen der OP-Organisation auf die Arbeitszeitgestaltung
- Vorgehensweise zur Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle
  - Erfahrungen aus inkam und den teilnehmenden Krankenhäusern



## Zeitplan

- Beginn 13.00 Uhr
- Pause 15.00 Uhr
- Beginn Teil II: 15.30 Uhr
- Ende 17.15 Uhr



---

# 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 Buchhaltung 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“ - Teilnehmende Einrichtungen -

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



---

## Status Quo der Umsetzung „Arbeitszeitgesetz“

---



# Status Quo der Umsetzung „Arbeitszeitgesetz“

- Diskussion / Erfahrungsaustausch
  - gewählte Modelle
  - Stand der Umsetzung
  - Auswirkungen und Problembereiche

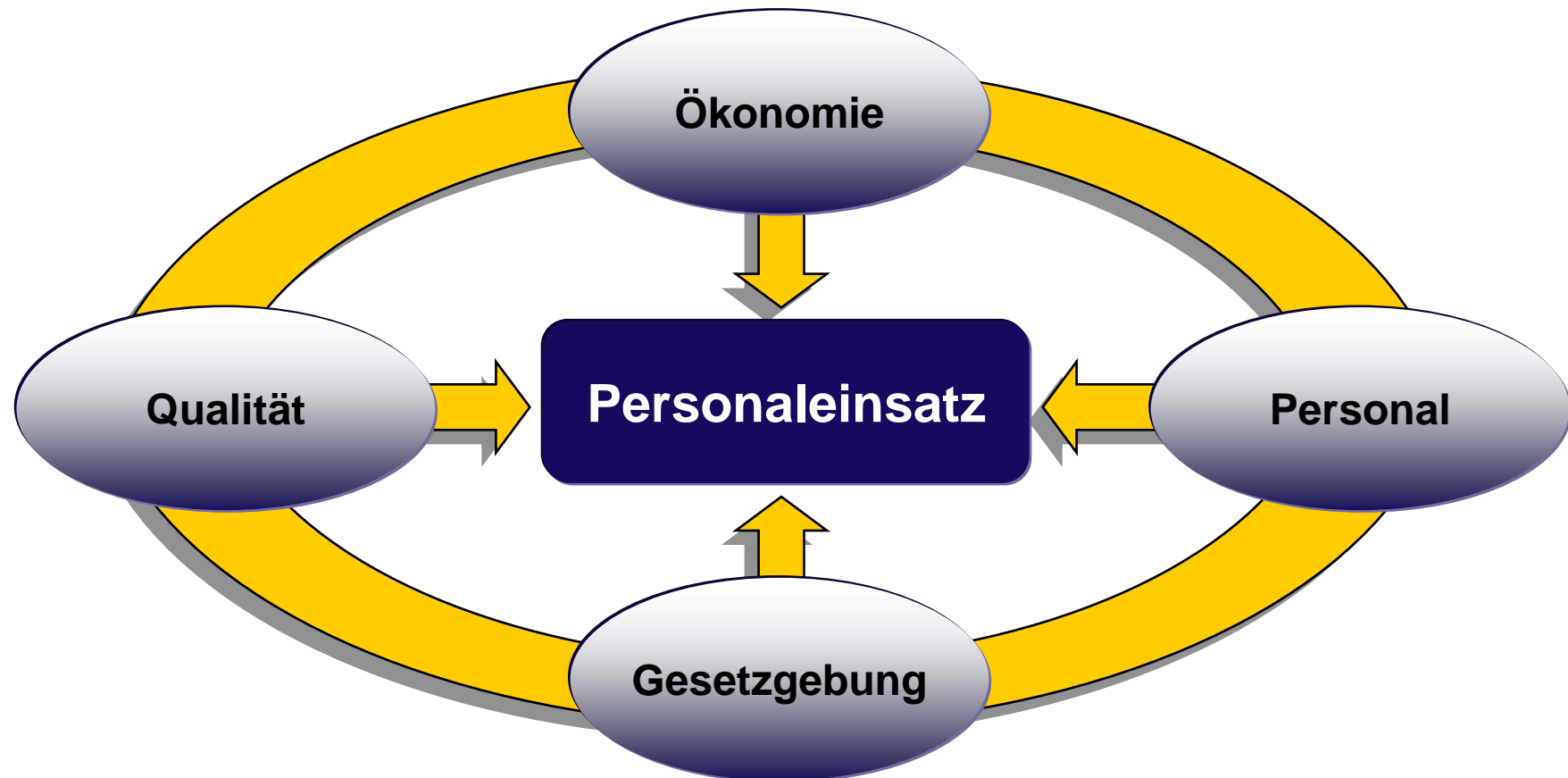


---

# Rahmenbedingungen der Arbeits(zeit)organisation

---

# Rahmenbedingungen Personaleinsatzplanung



# 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



# TVöD – Arbeitszeitregelungen

## Arbeitszeitkorridor

- zur Flexibilisierung der Arbeitszeit und
- zur Vermeidung von Überstunden
- Umfang und Lage
  - wöchentlicher Arbeitszeitkorridor bis zu 45 Stunden
- Voraussetzungen
  - nur durch Dienst- oder Betriebsvereinbarung
- Einführung eines **Arbeitszeitkontos** notwendig
- Überstundenregelung
  - Arbeit innerhalb des wöchentlichen Arbeitszeitkorridors ist keine Überstunde



# TVöD – Arbeitszeitregelungen Rahmenzeit

- zur Flexibilisierung der Arbeitszeit und
- zur Vermeidung von Überstunden
- Umfang und Lage
  - tägliche Rahmenzeit bis zu 12 Stunden
  - innerhalb der Zeitspanne von 6.00 Uhr bis 20.00 Uhr
- Voraussetzungen
  - nur durch Dienst- oder Betriebsvereinbarung
  - Einführung eines **Arbeitszeitkontos**
- Überstundenregelung
  - Arbeit innerhalb der täglichen Rahmenzeit ist keine Überstunde



# Rahmenbedingungen TV-Ärzte VKA

- regelmäßige Arbeitszeit: 40 h / Woche (durchschnittlich in 52 Wochen)
- auf Grundlage einer Betriebs-/Dienstvereinbarung kann im Rahmen des § 7 Abs. 1,2 / § 12 ArbZG von den Regelungen des ArbZG zur werktäglichen und durchschnittlichen wöchentlichen Höchstarbeitszeit abgewichen werden
  - tägliche Arbeitszeit bis zu 12 Stunden Schichtdienst ausschl. Pausen
    - maximal vier 12-Stunden-Schichten hintereinander
    - in zwei Kalenderwochen nicht mehr als acht 12-Stunden-Schichten
    - nicht mit Bereitschaftsdienst kombinierbar
  - wöchentlicher Arbeitszeitkorridor bis zu 45 h Stunden (BV/DV)
  - tägliche Rahmenzeit im Zeitraum 6-20 Uhr bis zu 12 Stunden (BV/DV)
  - Ausgleichszeitraum: 1 Jahr
  - Info des VKA und des Landesverbandes Marburger Bund



# Rahmenbedingungen TV-Ärzte VKA

- Sonderformen der Arbeit
  - Wechselschichtarbeit (mit mind. 2 Nachtschichten pro Monaten)
    - 105 € monatl. Zuschlag (regelmäßig WSD); ansonsten 0,63 € / Stunde
  - Schichtarbeit (regelmäßiger Wechsel des Beginns der Arbeitszeit um zwei Stunden innerhalb einer Zeitspanne von mindestens 13 Stunden)
    - 40 € Schichtzulage (regelmäßig SD); ansonsten 0,24 € / Stunde
  - Nachtarbeit von 21 – 6 Uhr
  - Mehrarbeit: Arbeitsstunden über vereinbarte Arbeitszeit von teilzeitbeschäftigten Ärzten bis zu 40 Wochenstunden
  - Überstunden:
    - Anordnung des Arbeitgebers
    - gehen über die dienstplanmäßig vorgesehenen Stunden hinaus
    - nicht bis zum Ende der folgenden Kalenderwoche ausgeglichen
    - nicht im Rahmen eines Arbeitszeitkorridores oder täglicher Rahmenarbeitszeit mit verlängertem Ausgleichszeitraum angefallen



# Rahmenbedingungen TV-Ärzte VKA

- Sonderformen der Arbeit: Bereitschaftsdienst
  - Definition
    - AN hält sich auf Anordnung des AG außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit an einer vom AG bestimmten Stelle auf
    - Arbeitsaufnahme im Bedarfsfall
    - Zeit ohne Arbeitsleistung überwiegt
  - BD-Stufen
    - Stufe 1            max. 25 % Arbeitsleistung            60 % AZ-Bewertung
    - Stufe 2            25 – max. 40 % Arbeitsleistung        75 % AZ-Bewertung
    - Stufe 3            40 – max. 49 % Arbeitsleistung        90 % AZ-Bewertung
  - BD-Ausgleich
    - Freizeitausgleich
    - Stundenentgelt nach Entgeltgruppen (22,30 € - 32 €)
    - Zeitzuschlag für Feiertags-BD: 25 % des Stundenentgeltes



# Rahmenbedingungen TV-Ärzte VKA

- Sonderformen der Arbeit: Bereitschaftsdienst
  - max. tägliche Höchstarbeitszeit (davon max. 8 h Regeldienst)
    - BD Stufe 1 und 2: 24 Stunden
    - BD Stufe 3: 18 Stunden
      - bei BV/DV: bis zu 24 h Stunden
    - Voraussetzungen
      - regelmäßiger Anfall von BD in erheblichem Umfang
      - Prüfung alternativer Arbeitszeitmodelle
      - Belastungsanalyse gemäß § 5 ArbSchG
    - ausschließlich BD an Sa, So, Feiertagen bis max. 24 Stunden
  - max. durchschnittliche wöchentliche Höchstarbeitszeit
    - 60 Stunden / Woche
    - 66 Stunden / Woche bei begründeten Einzelfällen durch Tarifvertrag auf Landesebene
    - Ausgleichszeitraum: 1 Jahr
    - innerhalb der o.g. Grenzwerte der täglichen Höchstarbeitszeit
  - Reduzierung der Höchstgrenzen bei Teilzeitkräften entsprechend der Teilzeitstundenzahl
    - bei Zustimmung des Arztes, Abweichungen möglich



# Rahmenbedingungen TV-Ärzte VKA

- Sonderformen der Arbeit: Rufdienst
  - Definition
    - AN auf Anordnung des AG außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit an einer dem AG anzuzeigenden Stelle aufzuhalten
    - Aufnahme der Arbeit bei Abruf
    - Arbeitsanfall ist Ausnahme
    - die tägliche Höchstarbeitszeit von 10 h nach dem ArbZG kann durch Inanspruchnahme überschritten werden
  - Entgelt
    - tägliche Pauschale (Mo-Fr.: zweifache des Stundensatzes des MA; Sa, So, FT: vierfache des Stundensatzes) bei mehr als 12 Stunden Rufbereitschaftsdienst
    - unter 12 Stunden RD: 12,5 % Pauschale
    - Inanspruchnahme:
      - Überstundensatz zzgl. etwaige Zeitzuschläge
      - Rundung auf volle Stunde



## Rahmenbedingungen Ermittlung der durchschnittl. wöchentlichen Höchstarbeitszeit

- EU AZ-Richtlinie 93/104 EG: Artikel 16 – Bezugszeiträume:
  - Urlaub und Krankheit bleiben bei der Ermittlung der durchschnittlichen wöchentlichen Höchstarbeitszeit unberücksichtigt oder sind neutral
- Regelung ist **nicht** ins deutsche Arbeitszeitgesetz umgesetzt!
- Wird eine EU-Regelung nicht/fehlerhaft umgesetzt, kann die EU-Regelung unmittelbar wirksam sein
- Empfehlung daher:
  - Abzug des Urlaubs / Krankheit / Arbeitsfreistellungen bei der Berechnung
  - Urlaubsabzug: mindestens im Umfang des gesetzlichen Urlaubs
- Beispiel:
  - Arbeitnehmer mit sechs Wochen Urlaub, zwei Wochen Krankheit in 52 Wochen Ausgleichszeitraum
  - Gesamtarbeitszeit nach ArbZG / 44 Ausgleichswochen (52 W – 6 Urlaubsw. – 2 Wochen Krankheit)



# OP-Organisation



# OP-Organisation

## Handlungsbedarf und Problembereiche

- unpräzise OP-Planung
  - unzureichende mittel- und langfristige OP-Planung
  - Planungstaktik vs. Planungsehrlichkeit
  - Verschiebungen innerhalb des Tagesplanes
    - insbesondere Verschiebungen erste OP
  - unzureichende OP-Auslastung bereitgehaltener Kapazitäten
  - fehlende OP-Kapazitäten (Betriebszeiten, Saalzuordnungen etc.)
  - mangelhaftes Notfallmanagement
  - ...
- ineffizienter OP-Betrieb
  - Wartezeiten
  - Wechselzeiten
  - Zuständigkeiten
  - Überschreiten von Regelarbeitszeiten
  - dezentrale OP-Einheiten
  - ...



# OP-Organisation

## Handlungsbedarf und Problembereiche

- OP-Management und Kommunikation
  - unklare Zuständigkeiten und Kompetenzen
  - fehlende oder nicht durchsetzbare Regelungen
    - OP-Statut nicht oder nicht ausreichend vorhanden
    - fehlende Sanktionen bei Verstößen
  - fehlendes OP-Controlling
  - mangelhafte Kommunikation der am OP-Betrieb beteiligten Berufsgruppen
  - problematische Einbindung von Belegärzten (Fremdkörper?)
- Personaleinsatz und Arbeitszeitgestaltung im OP
  - keine verbindliche Personalzuordnung durch die operierenden Fachabteilungen (Operateure „verschwinden“ auf Stat. etc.)
  - keine abgestimmte Urlaubsplanung
  - unterschiedliche Dienstzeiten im OP-Betrieb der Berufsgruppen und Fachabteilungen



# OP-Organisation

## Ergebnisse einer Befragung



## OP-Organisation – Status Quo Betriebszeiten

- OP-Beginn (planbare OP-Zeit)
  - vor 8.00 Uhr in ca. 20 % der KH
  - um 8.00 Uhr und 8.15 Uhr in ca. 70 %
- OP-Ende (planbare OP-Zeit)
  - ca. 15 % der KH später als 16 Uhr
  - ca. 7 % später als 18 Uhr



# OP-Organisation – Status Quo

## OP-Koordination

- Vorhandensein und Status des OP-Managers zeigt hohe Abhängigkeit von Größe des OP
  - als eigenständige Position vorhanden
    - > 16 Säle ca. 60 % insgesamt  
90-100 %
  - Status hauptamtlich
    - > 10 Säle ca. 26 % gesamt  
50-80 %
  - Externe Berufung ca. 6 %
- Fachdisziplin des OP-Managers
  - ca. 70 % Anästhesie
  - ca. 15 % Chirurgie
  - ca. 15 % Sonstige
- Organisatorische Unterstellung des OP-Managers im Rahmen der OP-Organisation
  - ca. 77 % Geschäftsführung / Klinikleitung
  - ca. 13 % Chefarzt Anästhesie
  - ca. 9 % haupt-/nebenamtlich ärztlichen Direktor
  - ca. 1 % Chefarzt einer operierenden Disziplin



# OP-Organisation – Status Quo

## OP-Koordination

- Organisatorische Unterstellung unter den OP-Managers
  - Ärzte AN 83 %
  - AN-Pflege 83 %
  - OP-Pflege 86 %
  - Operateuer 6 %



# OP-Organisation – Status Quo

## OP-Koordination

- Vorgaben zur OP-Steuerung
  - Wechselzeiten 26%
  - Saalnutzung
    - SNZ 60%
    - SNZ + Vor-/Nachbereitung 80%
    - SNZ + Vor-/Nachbereitung + AN- Vor-/Nachbereitung 87%
  
- Budgetverantwortung des OP-Managers für den OP-Bereich in ca. 9 % der KH



# OP-Organisation – Status Quo

## OP-Statut

- Anteil Krankenhäuser mit schriftlichem OP Statut: ca. 70 %
- Regelungssachverhalte
  - OP-Planung (kurz-, mittel-, langfristige OP-Planung) inkl. Zeitvorgaben
  - OP-Plan Änderungen am OP-Tag
  - OP-Beginn
  - Vergabeverfahren der OP-Kapazitäten und –zeiten
  - Nachmeldungen
  - Notfälle
  - Aufgaben und Verantwortlichkeiten



# OP-Organisation – Status Quo

## OP-Statut

- Regelungen vs. Einhaltung
  1. Abgabefristen OP-Planung für Folgetag
  2. OP-Beginn
  3. mittel-, langfristige OP-Planung



# OP-Organisation – Status Quo

## OP-Planung

- Fertigstellung des OP-Plans Folgetag
  - nach 15 Uhr in ca. 20 % der KH
  - bis 14 Uhr in > 50 % der KH
- OP-Wochenplanung in 50 % der KH
- Änderungen im Tagesverlauf: ca. 20 – 25 % der OP
- OP-Saal für Notfalleingriffe in ca. 7 % der KH



# OP-Organisation – Status Quo

## OP-Controlling

- EDV gestützte OP-Datenerfassung in ca. 85 % der KH
  - Zufriedenheit mit dem DV-System ca. 50 %
- Kennzahlen
  - Anteil SNZ an Gesamtzeit
  - Inanspruchnahme OP-Zeit durch einzelne Nutzer
  - Überschreitung Regelzeiten
  - Gründe für verspäteten OP-Beginn
  - Einhaltung und Genauigkeit OP-Plan
  - Saalauslastungen
  - Wechselzeiten
  - Zeitpunkt 1. Schnitt



# OP-Organisation – Status Quo

## Auswirkungen OP-Management

- Veränderungen seit Einführung eines zentralen OP-Managements
  - Auslastung der OP-Kapazitäten + 19%
  - Wechselzeiten - 24%
  
- mittleres bis hohes Effizienzsteigerungspotenzial durch folgende Maßnahmen erwartet:
  - Finanzielle Verantwortlichkeit für OP-Nutzung (AN oder operierende FA?)
  - Regelmäßiges Berichtswesen
  - Unabhängigkeit des OP-Managers
  - verbesserte Planung
  - Anreizsysteme (Sanktionen / Gratifikationen)



# OP-Organisation und arbeitszeitrelevante Aspekte



# Gestaltungsmöglichkeiten der OP-Organisation - Beispiele

- Betriebszeiten
- Wechsel-OP-Säle
- Kapazitätenzuordnung
- Trennung Elektiv- und Notfallgeschehen
- Trennung ambulantes und stationäres OP-Geschehen
- ...



# Konsequenzen

- Änderung Betriebszeiten
  - Spätdienstmodelle
  - Dreischichtmodelle
  - ...
  
- Konsequenzen
  - Neuordnung Regeldiensttätigkeiten
  - Berücksichtigung der Dienstzeiten auf die übrigen Bereiche (z.B. Radiologie)



# Konsequenzen

- Einführung Wechsel-OP
- Ziel
  - Verbesserung der Auslastung durch Reduktion der Wechselzeiten ohne Kapazitätsausweitung
- Konsequenzen
  - Reduktion der parallel verfügbaren OP-Säle
  - Schaffung eines oder mehrerer AN-Teams zur Einleitung
  - Verlängerung der Betriebszeiten zur Erhaltung der bisherigen rechnerischen OP-Kapazitäten



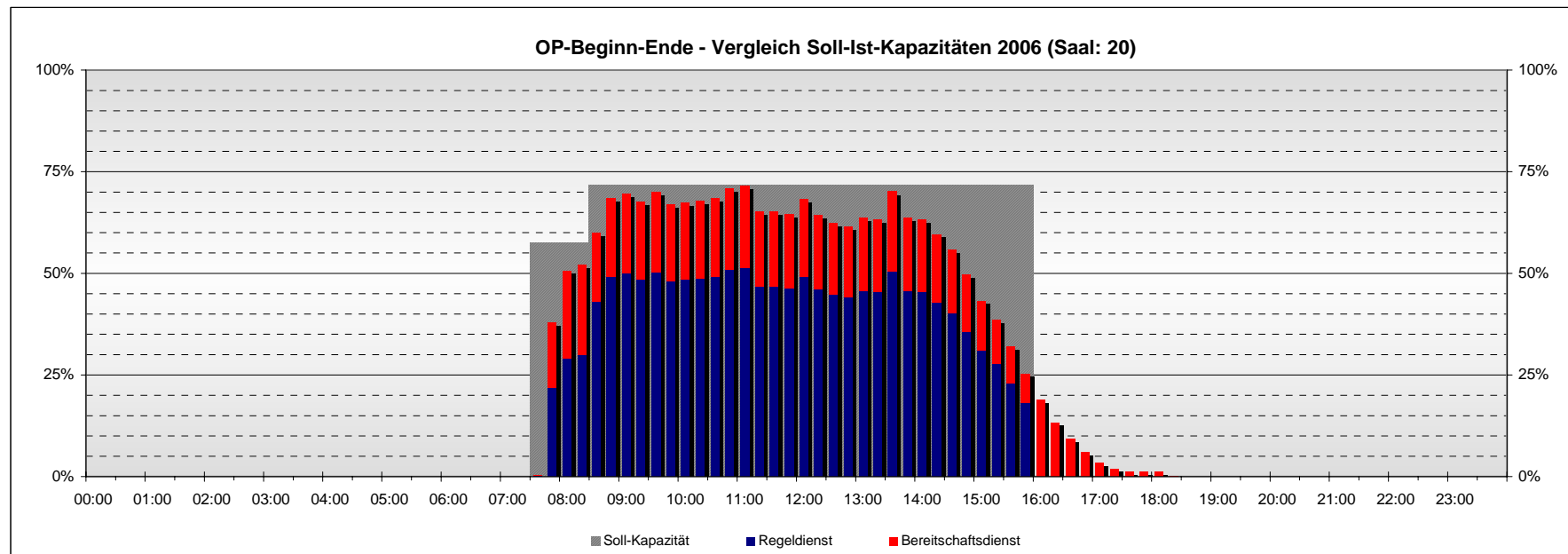
# Konsequenzen

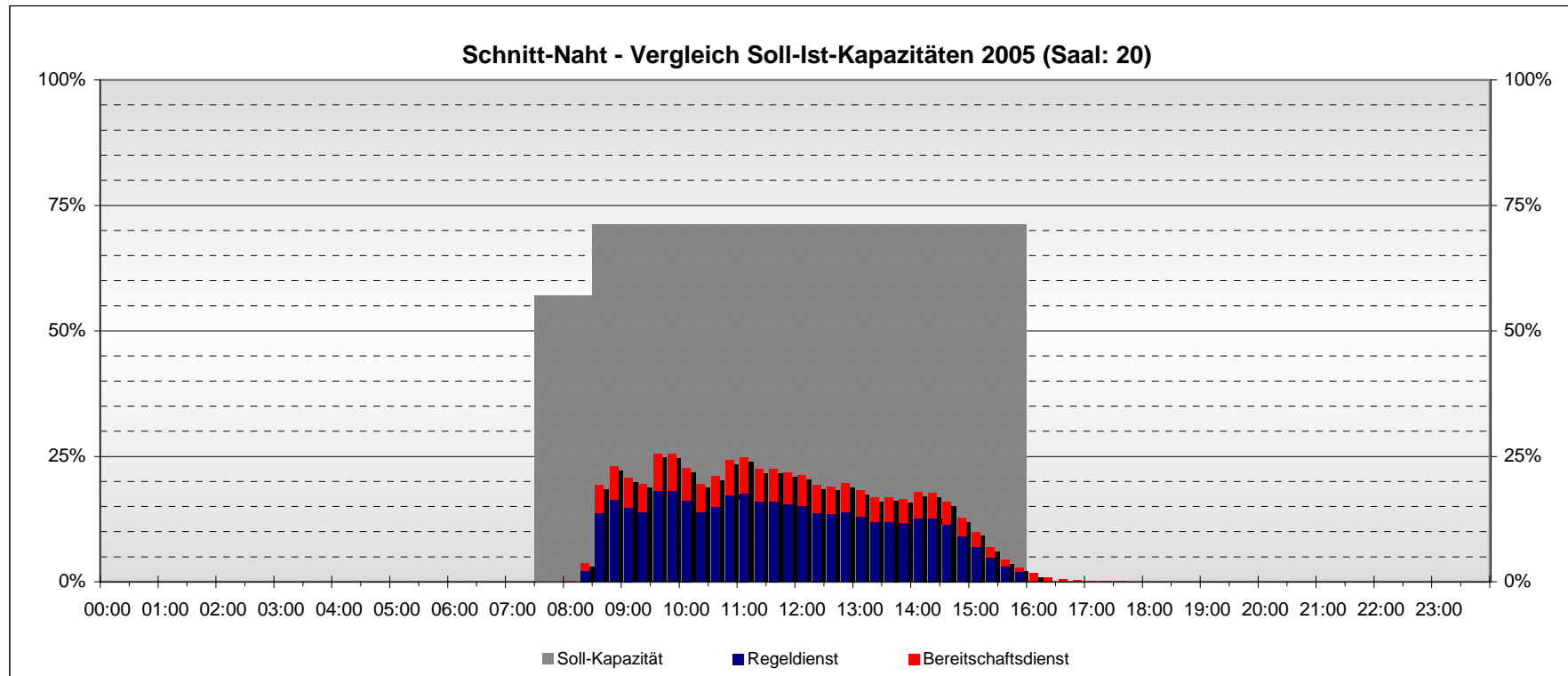
- Trennung Notfall- und Elektivgeschehen
- Ziel
  - Gewährleistung einer verlässlichen OP-Planung
  - Verbesserung der Auslastung der OP-Säle
- Konsequenzen
  - Reduktion der für das Elektivgeschehen verfügbaren OP-Säle
  - ungestörter OP-Ablauf im Elektiv-Bereich
  - Arbeitszeitflexibilisierung (z.B. Rahmenarbeitszeit mit Arbeitszeitkonten etc.) insbesondere zur Abdeckung des nicht vorhersehbaren Notfallgeschehens

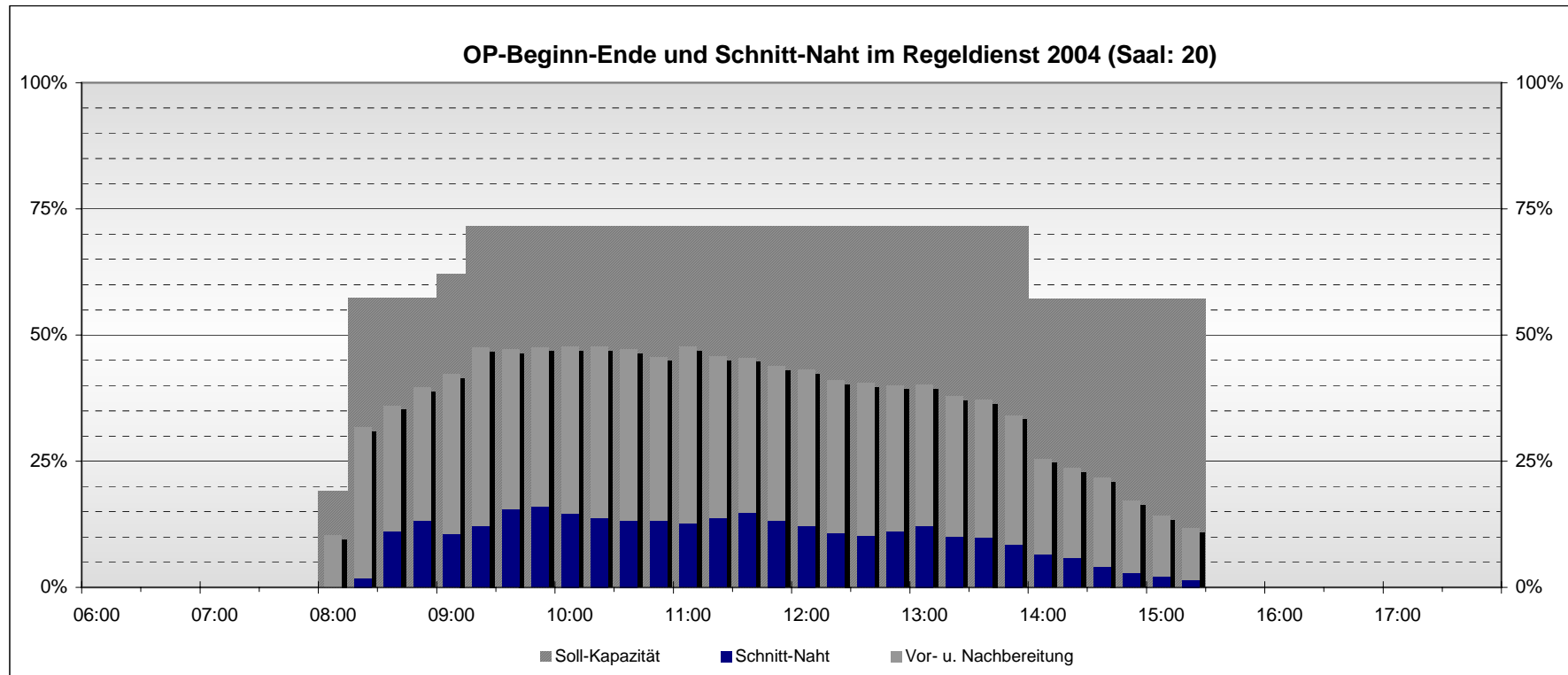


## weitere Arbeitszeitrelevante Aspekte

- Personal
  - Besetzungen
  - Tätigkeitsprofile
- Abstimmung von Dienstzeiten und Dienstform zwischen den Fachabteilungen und Professionen
- Abstimmung Abwesenheitszeiten, z.B.
  - Urlaubsplanung
  - Fortbildung

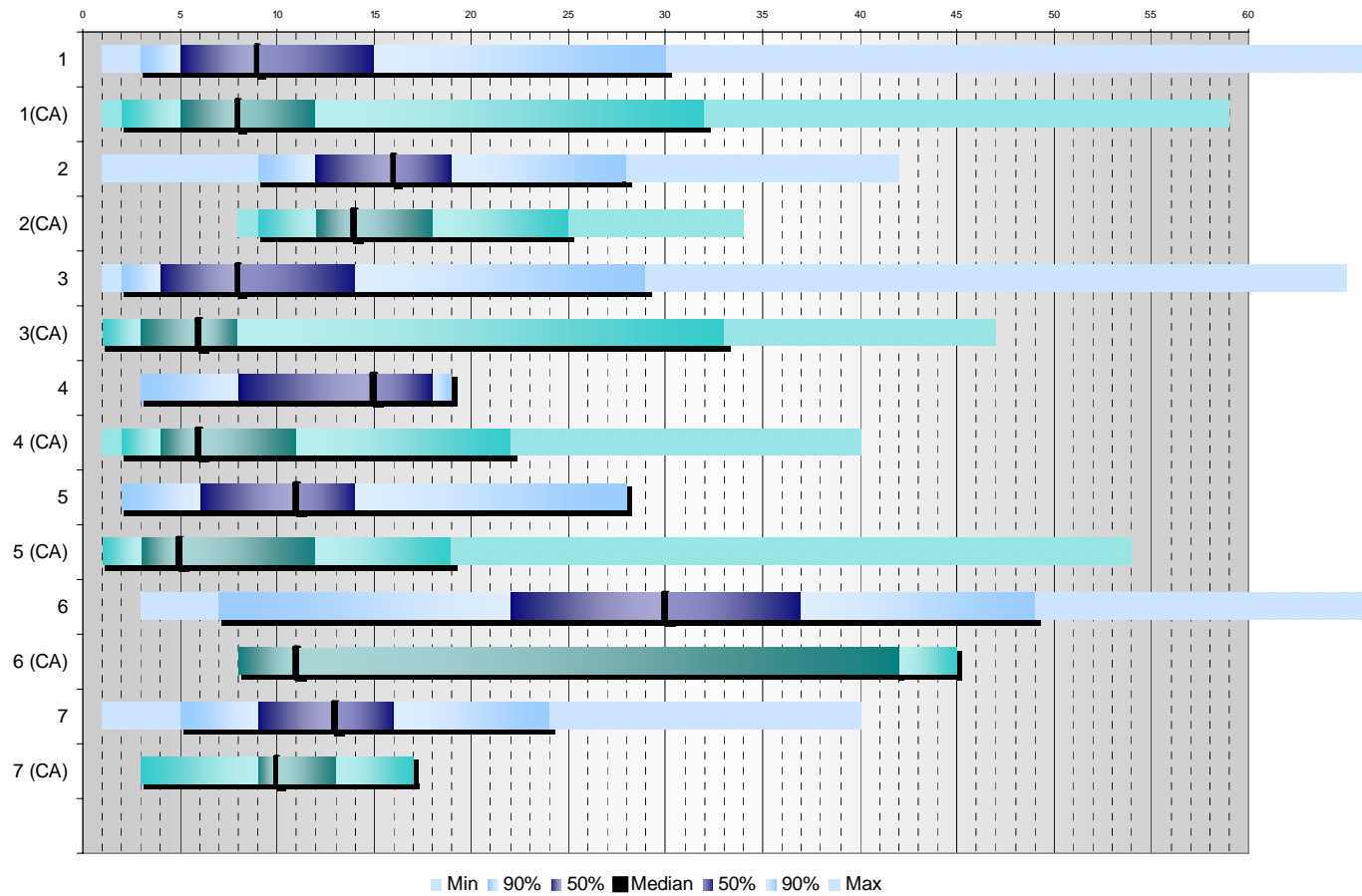






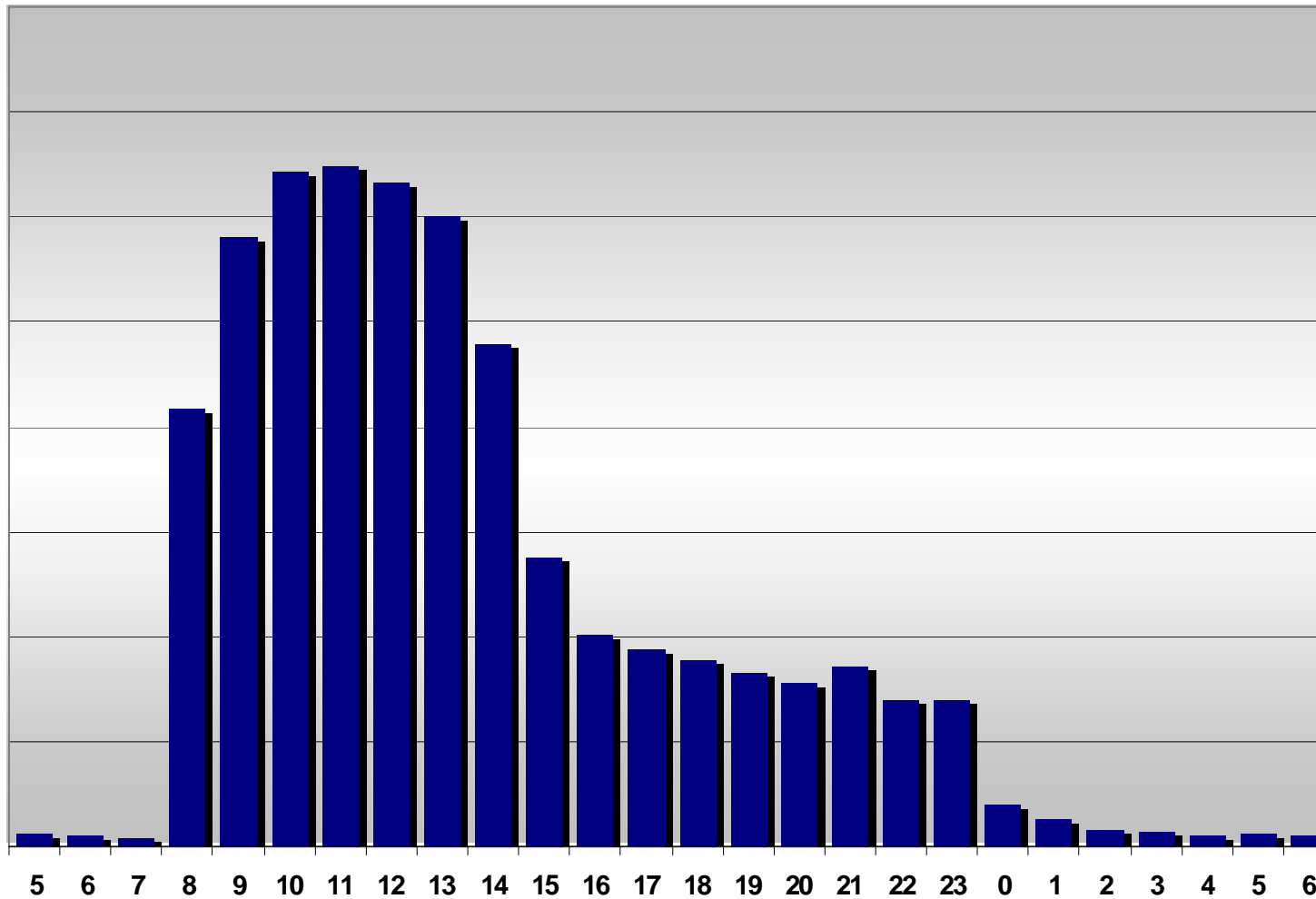


### Delta Freigabe-Schnitt nach Operateuren



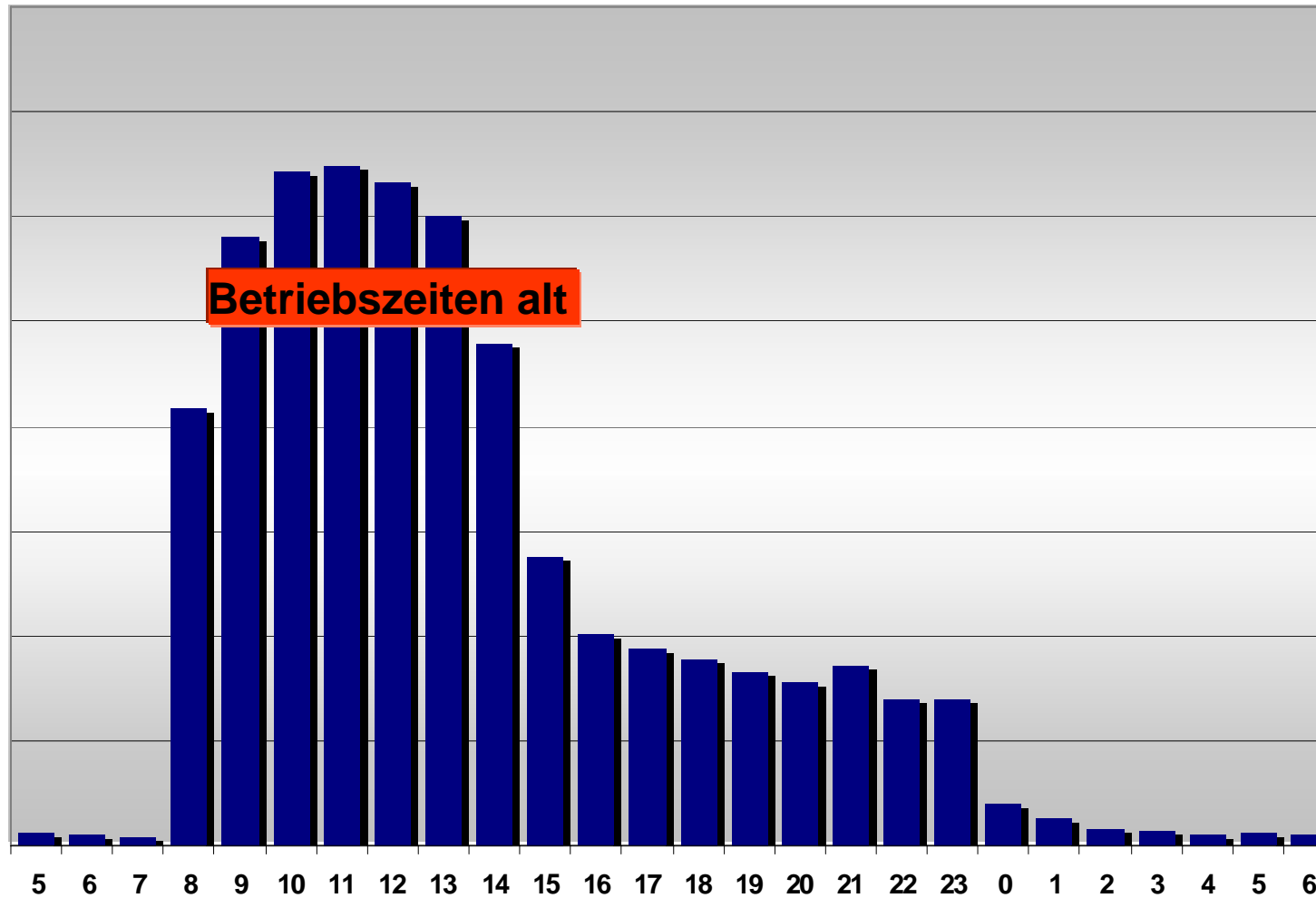


## Beispiel: OP- Belastung



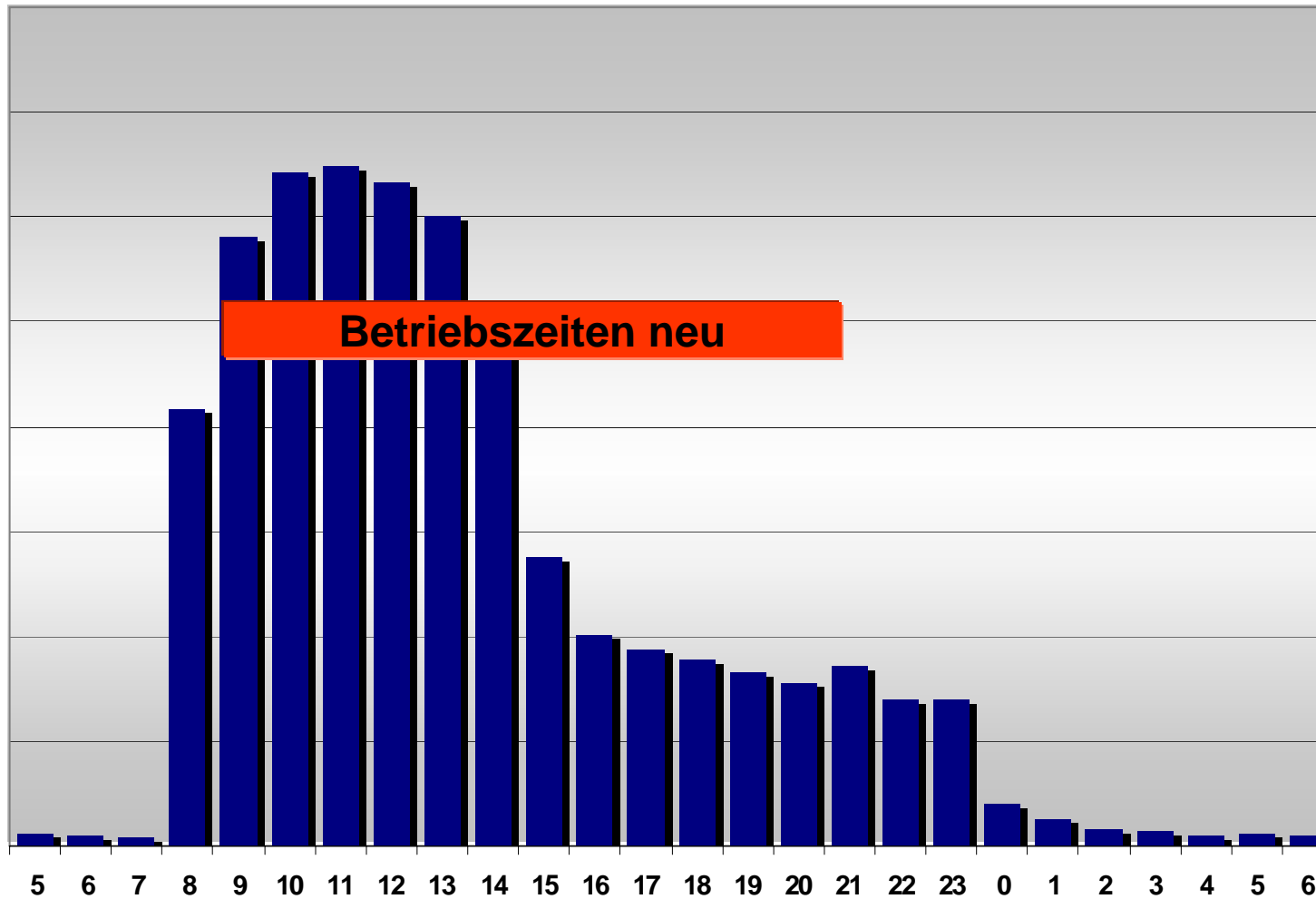


# OP- Belastung und Betriebszeiten bisher



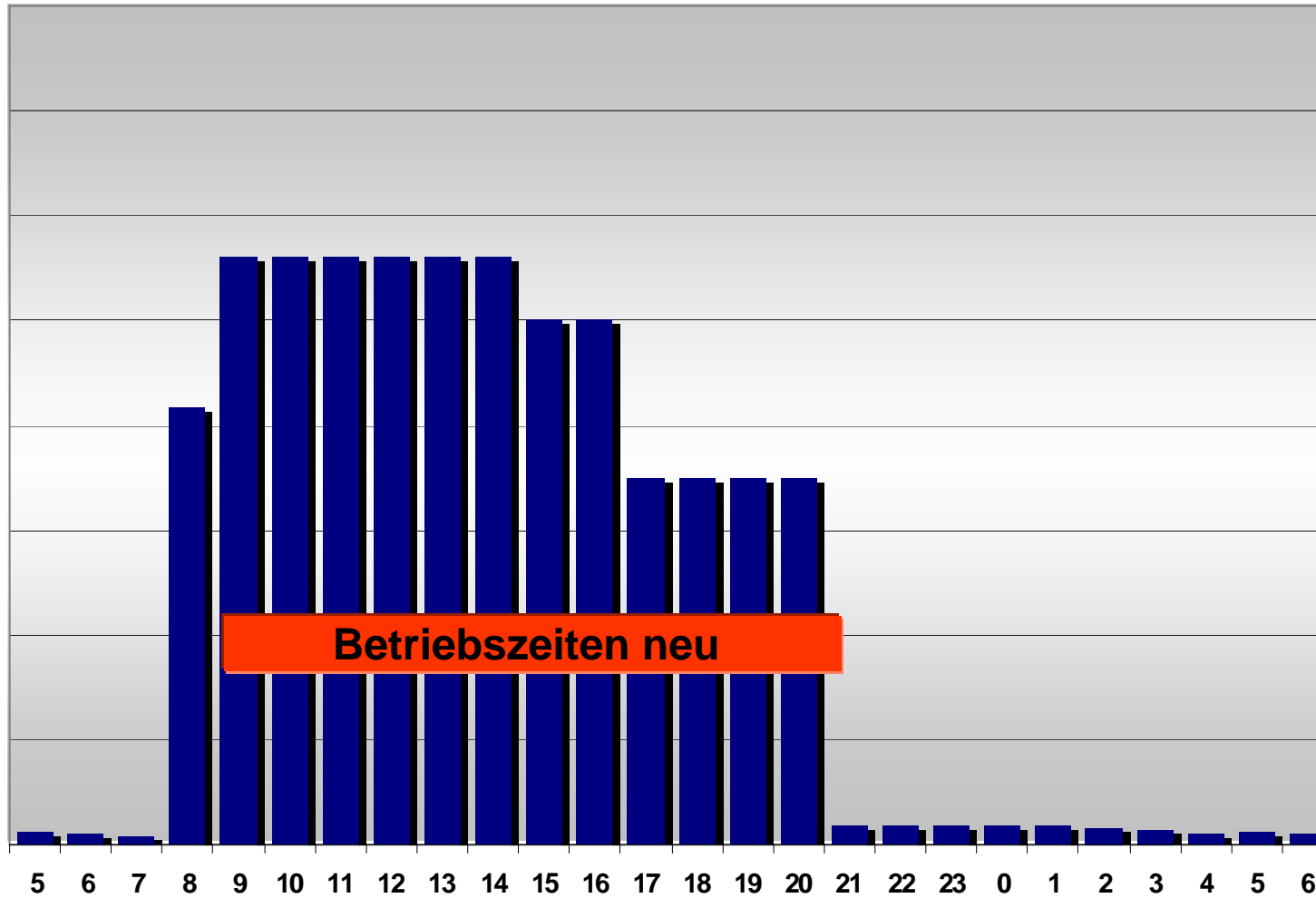


# OP- Belastung und Betriebszeiten neu





# OP- Belastung und Betriebszeiten neu



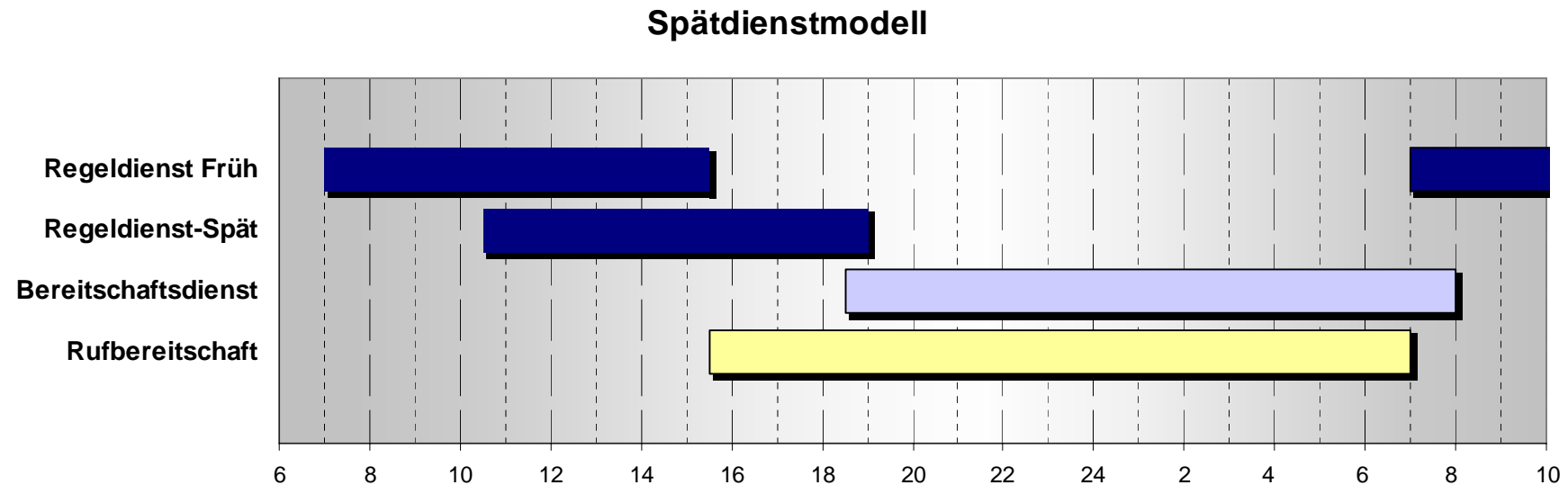


---

# Projekt inkam-Bremen Ergebnisse

---

# Erarbeitete Arbeitszeitmodelle Spätdienstmodelle

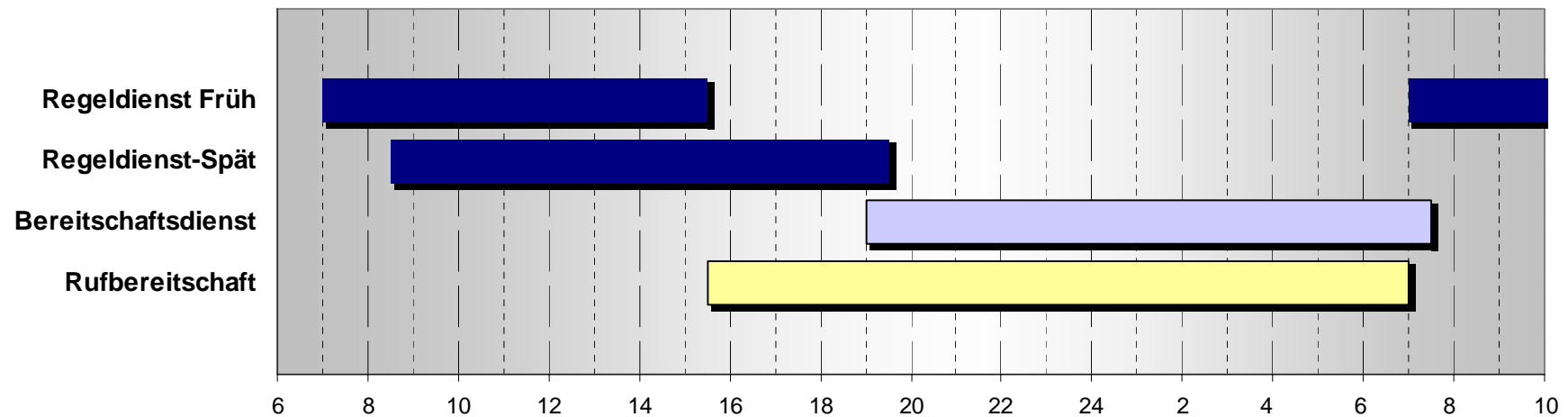


- Verkürzung der bisherigen Bereitschaftsdienste durch die Einführung von Spät-Regeldiensten
- Spätdienstzeiten und –besetzungen abhängig von dem tatsächlichen Leistungsaufkommen bzw. den Möglichkeiten zur Leistungsverlagerung

# Erarbeitete Arbeitszeitmodelle

## Spätdienstmodelle

Spätdienstmodell mit langem Spätdienst (TVöD)

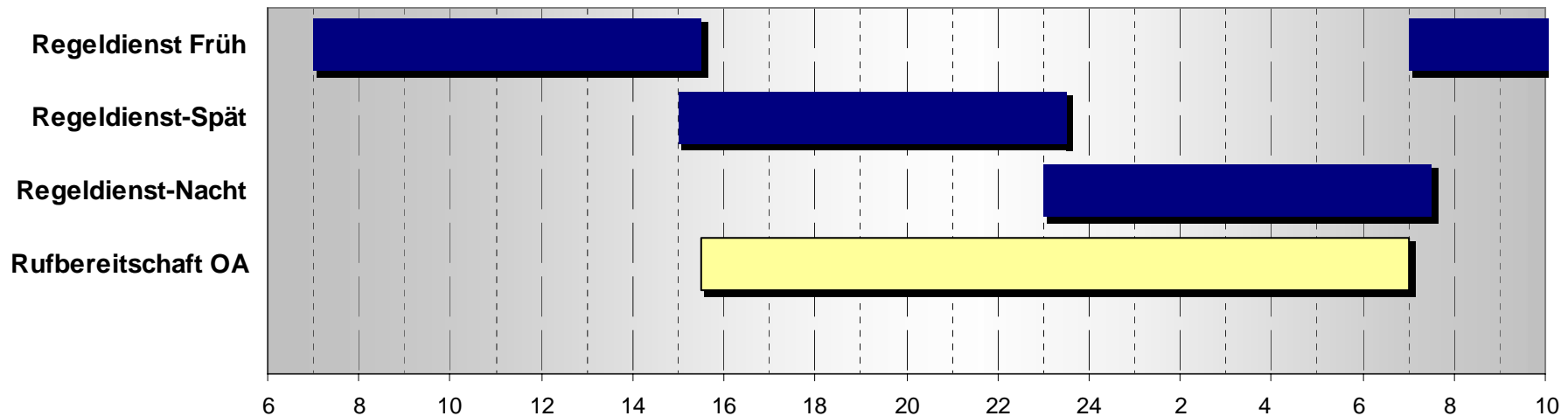


- Verlängerung des Spätdienstes auf Grundlage des TVöD bis max. 10 h Regeldienstzeit
- Minimierung des Personalausfalls in den bisherigen Regeldienstzeiten
- Abdeckung von belastungsintensiven Zeiten mit Regeldiensten
- Nachteil: ggf. hohe Arbeitsbelastung in den Langdiensten

# innovative Arbeitszeitmodelle

## Schichtmodelle

Drei-Schichtmodell

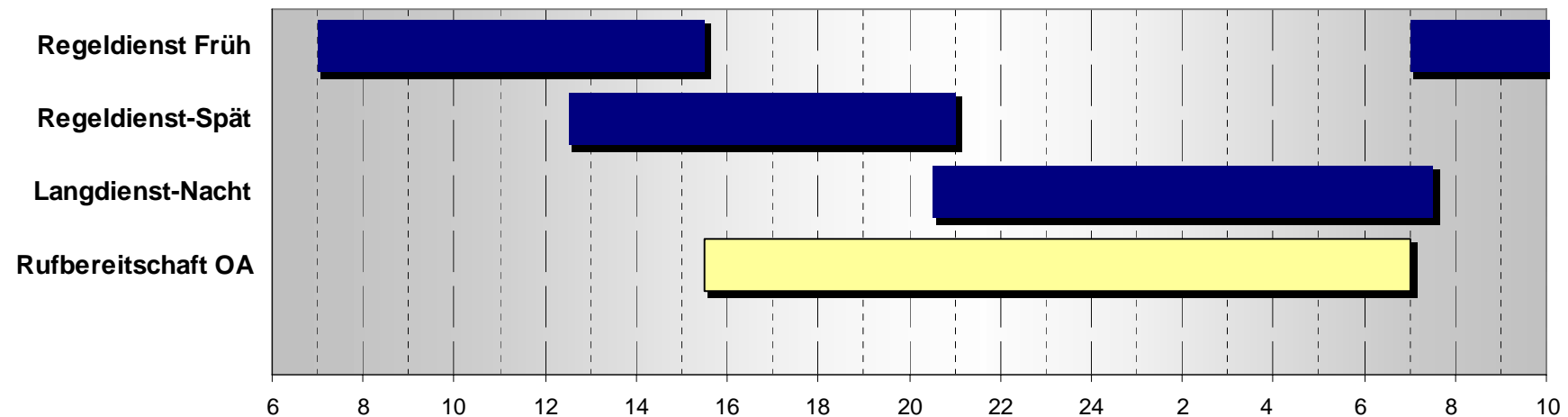


- 24 h-Abdeckung mit Regeldiensten (100% Arbeitsanspruch in der Nacht!!)
- geeignet für Fachabteilungen
  - mit grundsätzlich hohem Leistungsaufkommen oberhalb der Belastungsstufen für Bereitschaftsdienste
  - mit hohem Leistungsaufkommen im Tagdienst und der Möglichkeit zur Verlagerung von Regeltätigkeiten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

# innovative Arbeitszeitmodelle

## Schichtmodelle

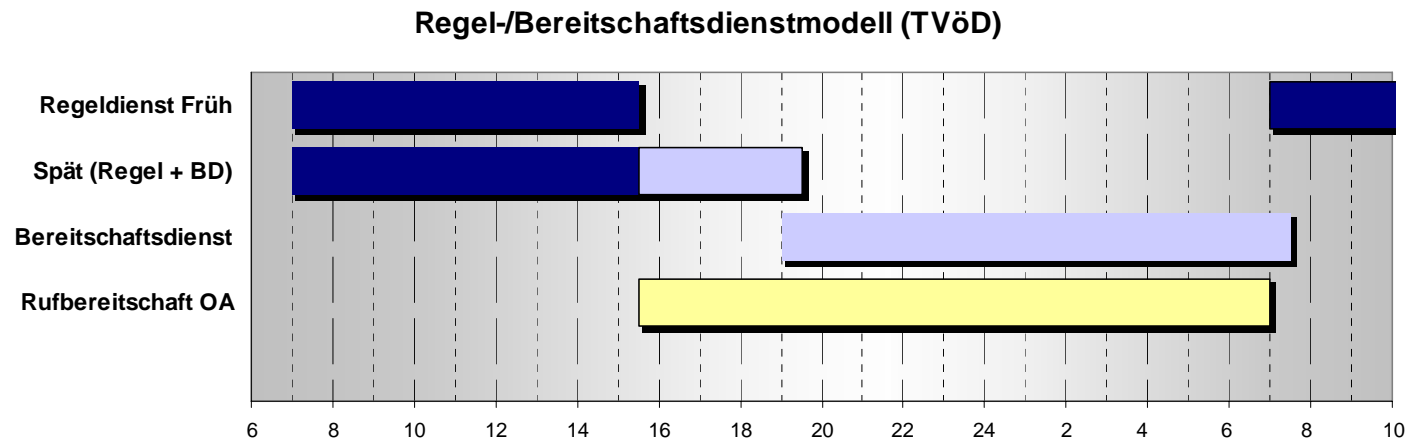
Drei-Schichtmodell mit Langdienst (TVöD)



- 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

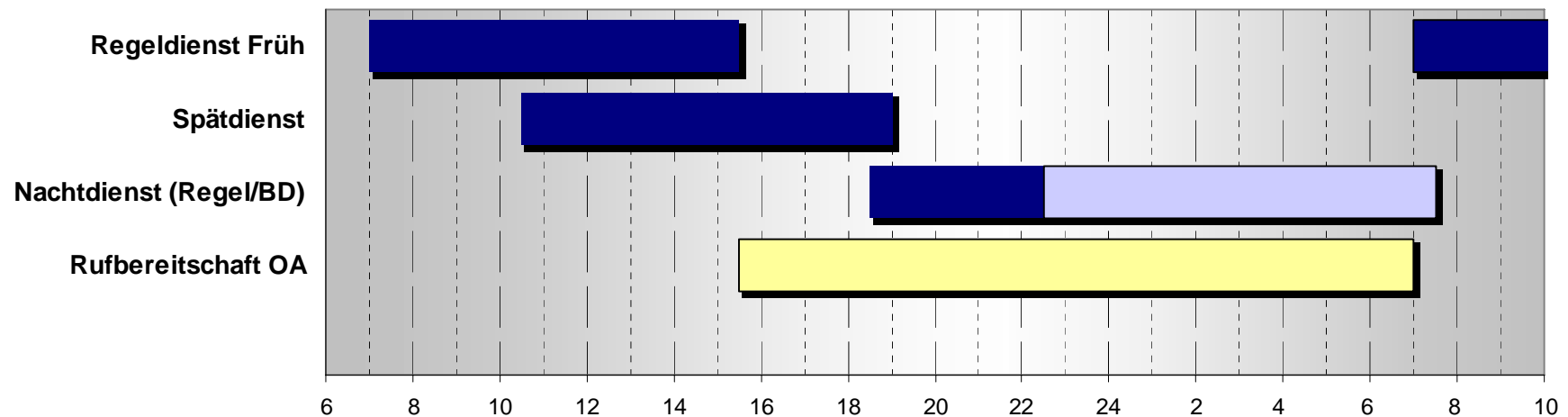


- Kombination von Regeldienst mit anschließendem Bereitschaftsdienst auf Grundlage des TVöD
  - bis max. 16 h in den Bereitschaftsdienststufen A und B
  - bis max. 13 h in den Bereitschaftsdienststufen C und D
- geeignet in Fachabteilungen, in denen das Leistungsaufkommen im anschließenden Bereitschaftsdienst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

# Erarbeitete Arbeitszeitmodelle

## Regel-/Bereitschaftsdienstmodelle

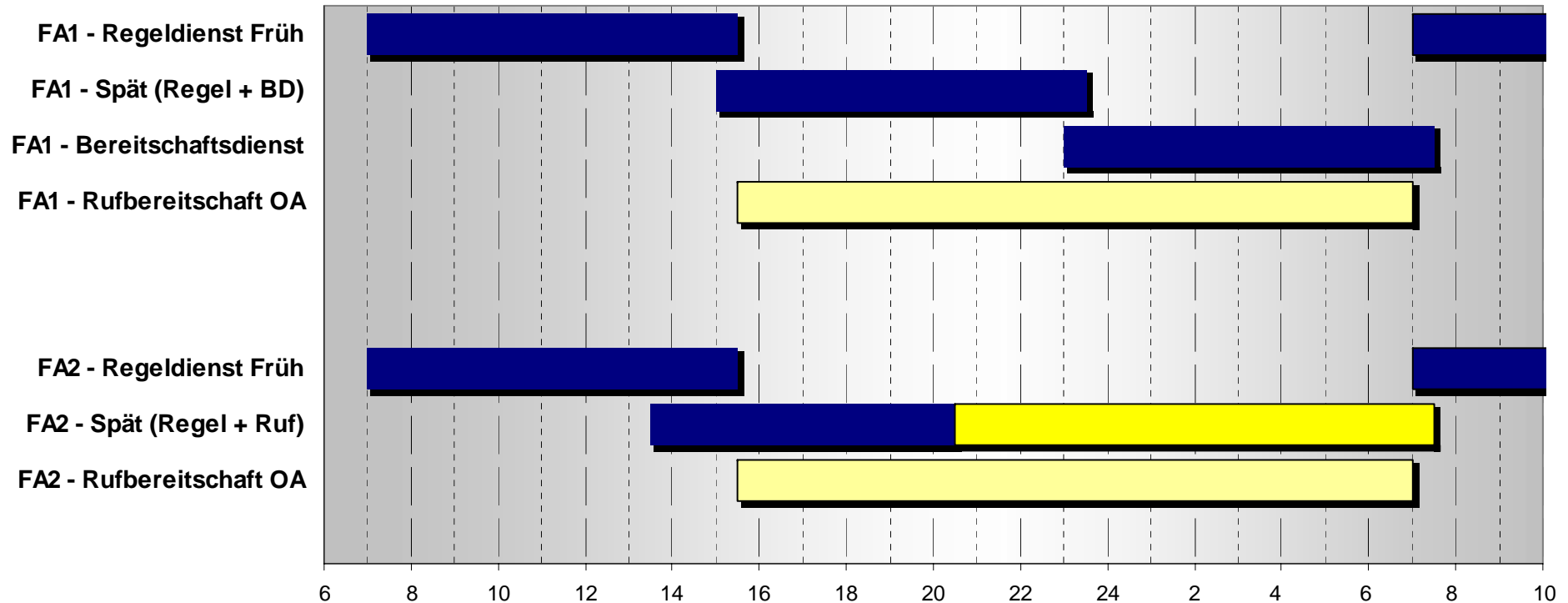
Regel-/Bereitschaftsdienstmodell (TVöD)



- 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)

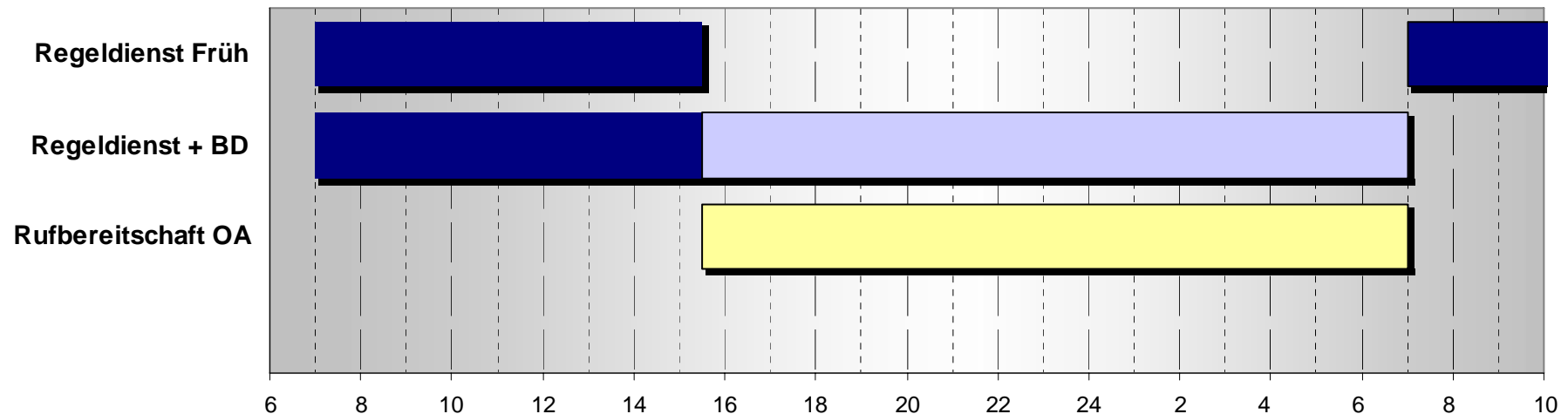


- Abdeckung der allgemeinen medizinischen Erstversorgung durch kooperierende FA (BD oder Schichtdienst), Inanspruchnahme des Rufdienstes bei fachspezifischen Fragestellungen
- Modell nur in den Fachabteilungen geeignet, in denen das medizinische Leistungsaufkommen in den Rufdienstzeiten eine Vertretung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



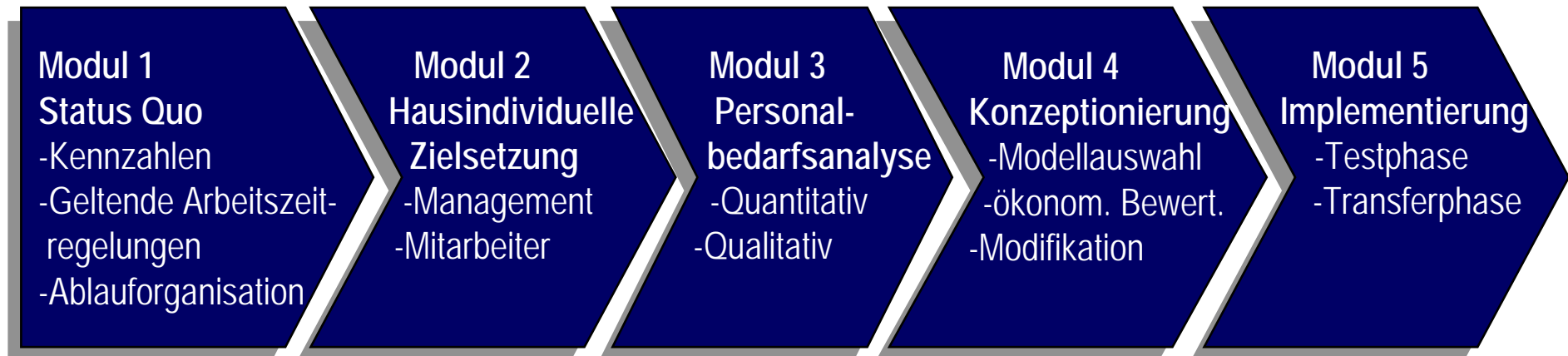
---

# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle

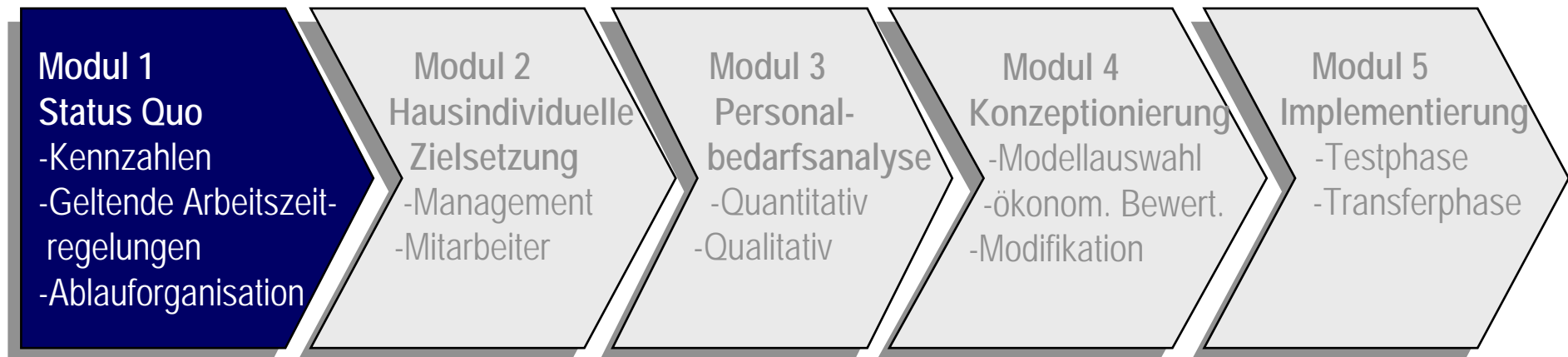
---



# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle



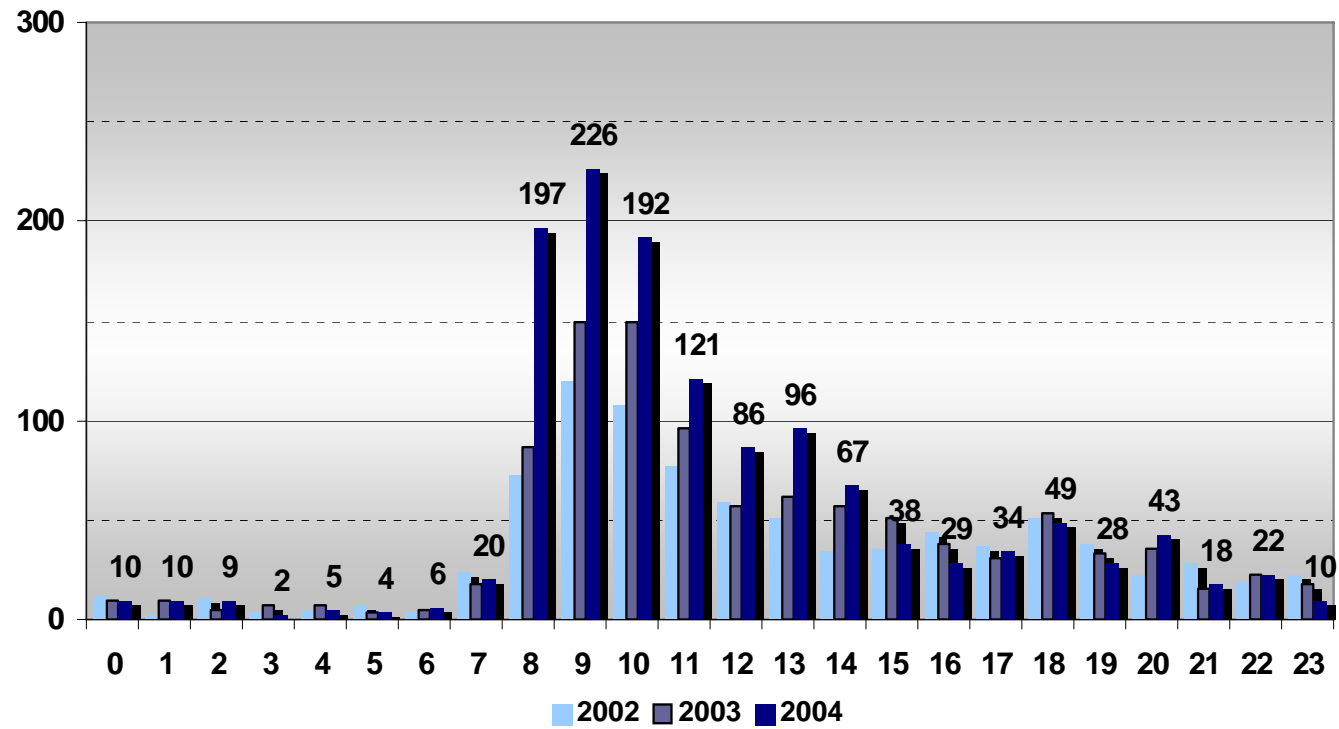
# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle



## ■ Darstellung des Status Quo

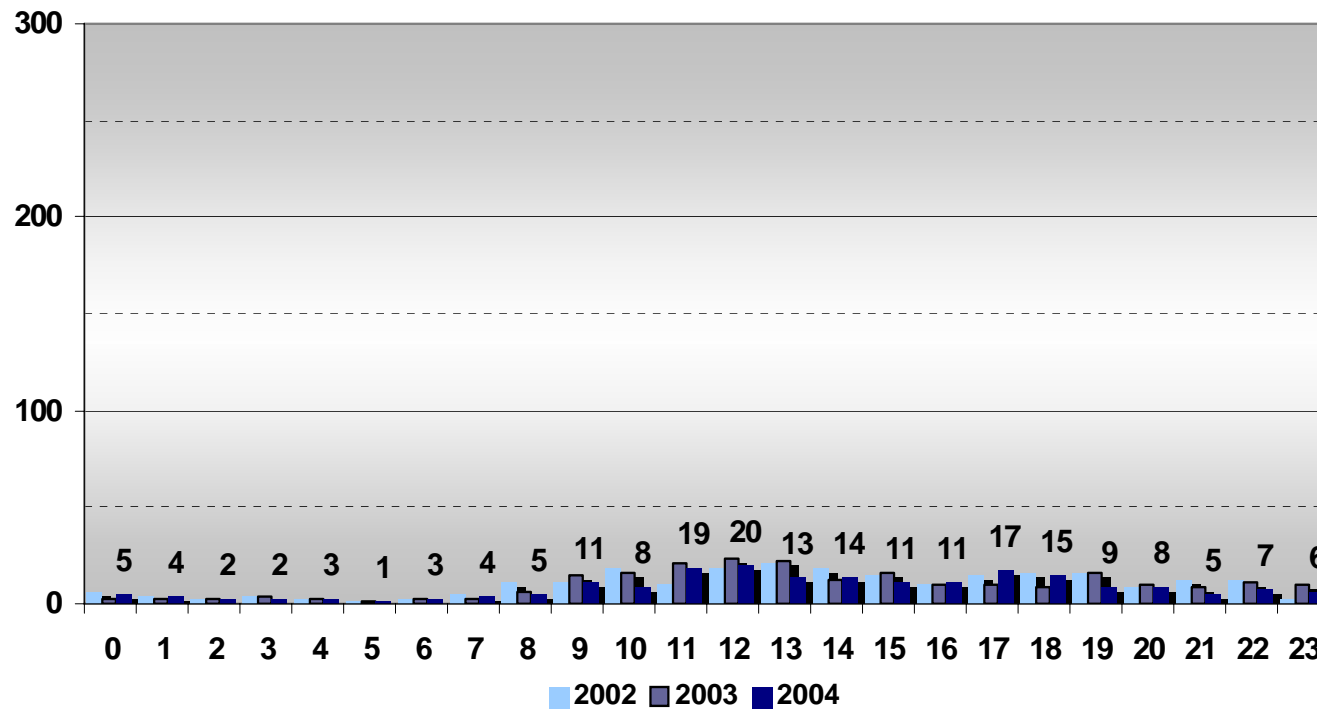
- Tätigkeiten, Arbeitsabläufe, Organisationsstruktur
- zeitraumbezogenes Leistungsaufkommen
- Personalstrukturen (Alter, Qualifikationen)
- Infrastruktur, andere externe Einflussgrößen
- Bestehende gesetzliche, tarifliche, betriebliche Regelungen
- Zukünftige Planungen (z. B. Standorterweiterung, Änderung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

### Ambulante Kontakte im Tagesverlauf Mo - Fr





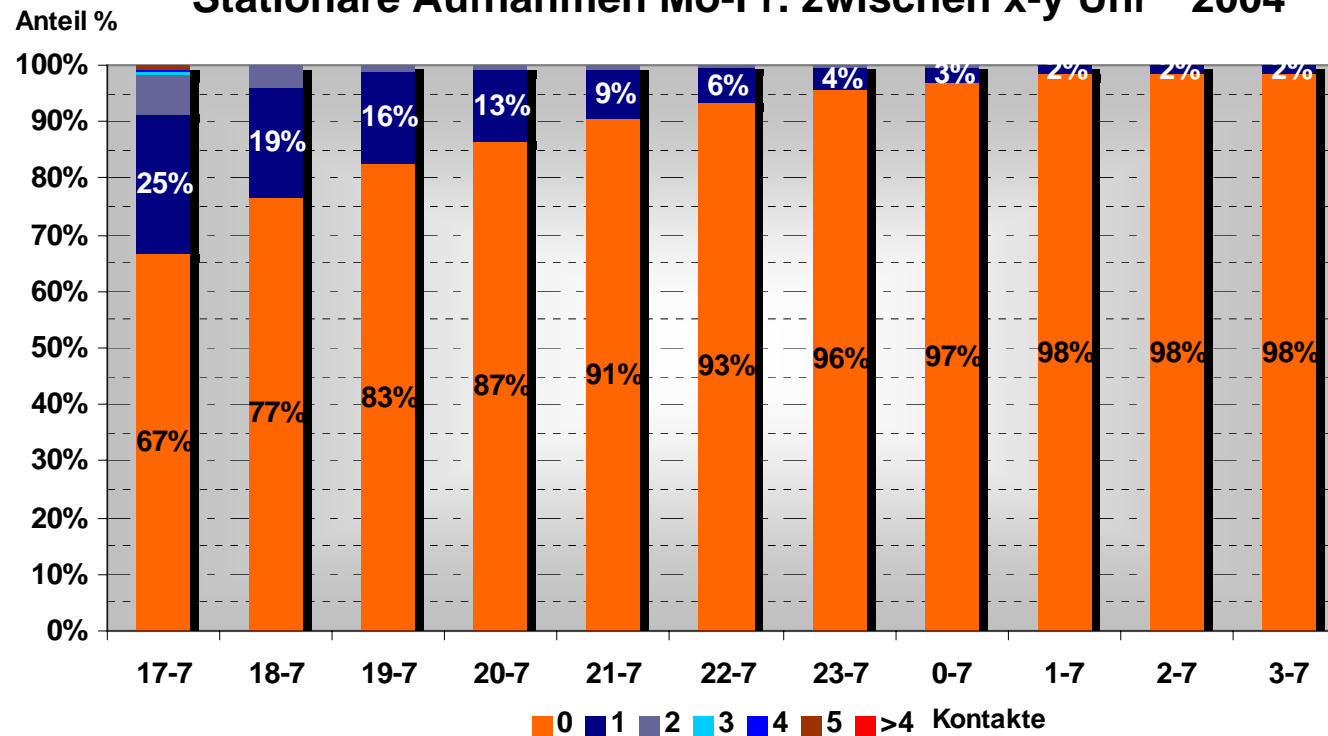
### Ambulante Kontakte im Tagesverlauf Wochenende





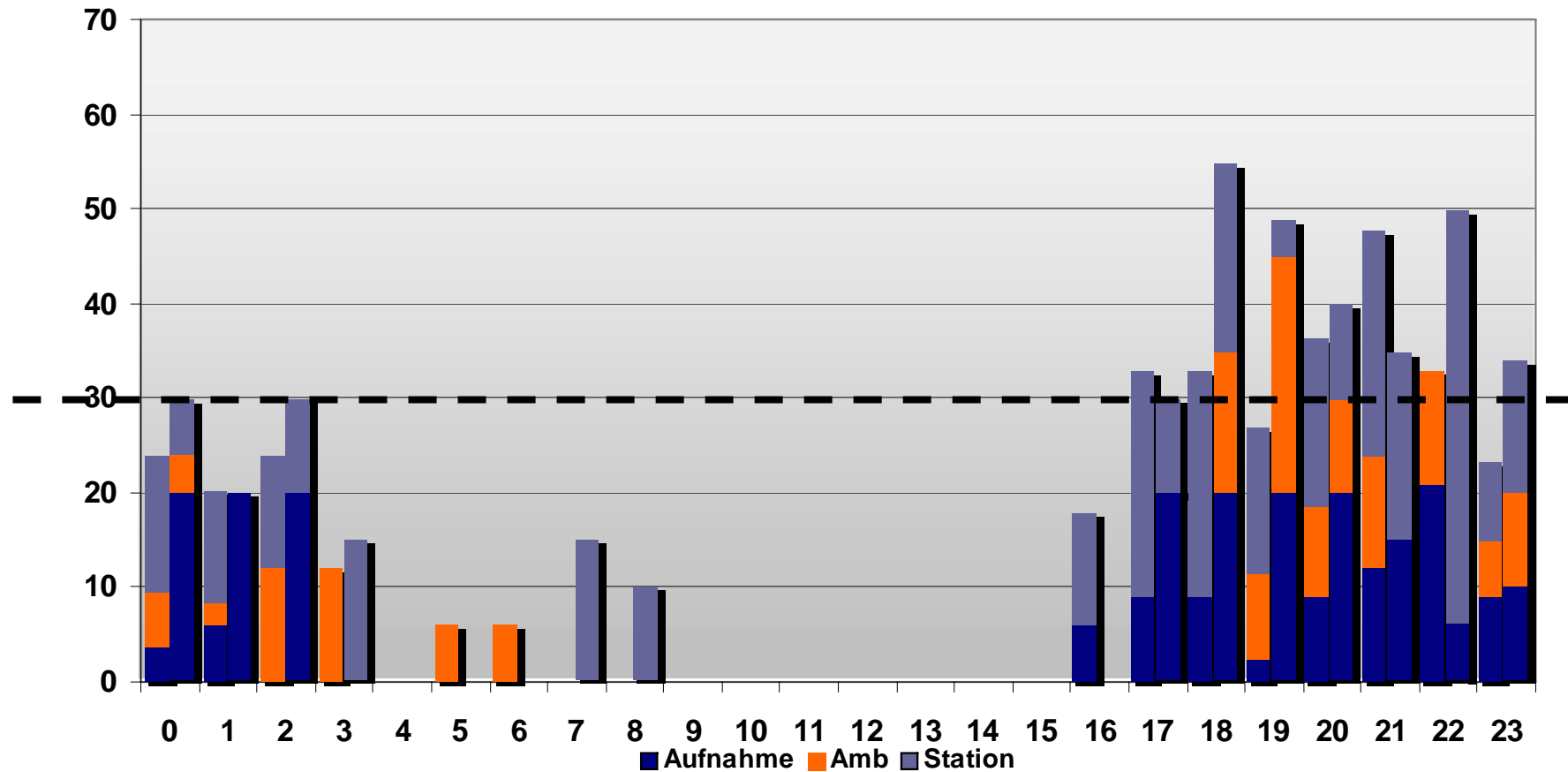
# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle

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

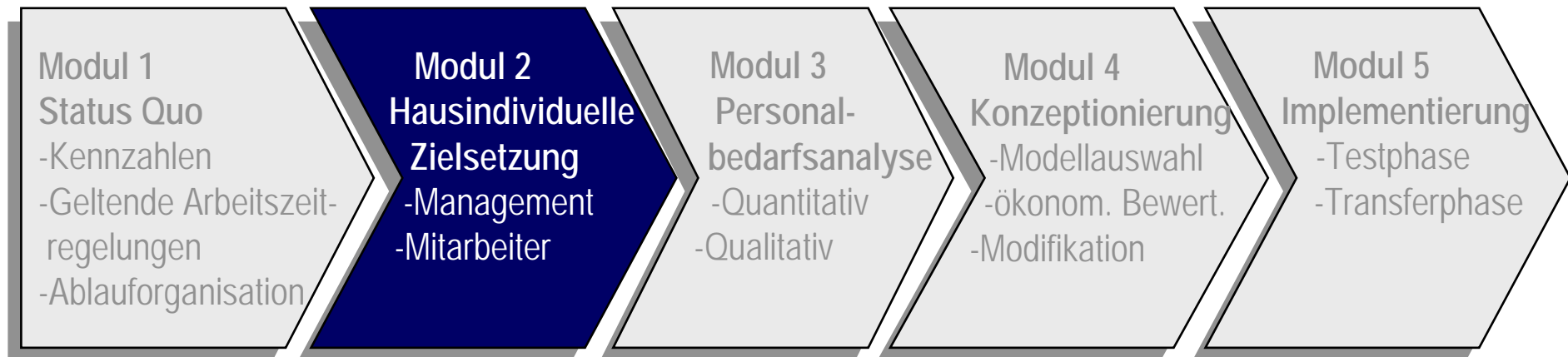




# Analyse Arbeitsaufschreibung



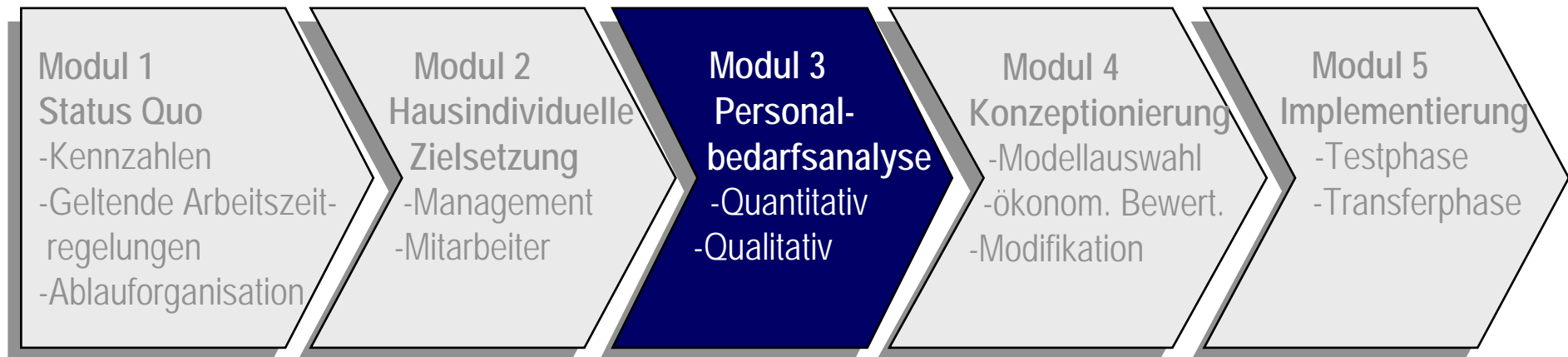
# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle



## ■ 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)

# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle

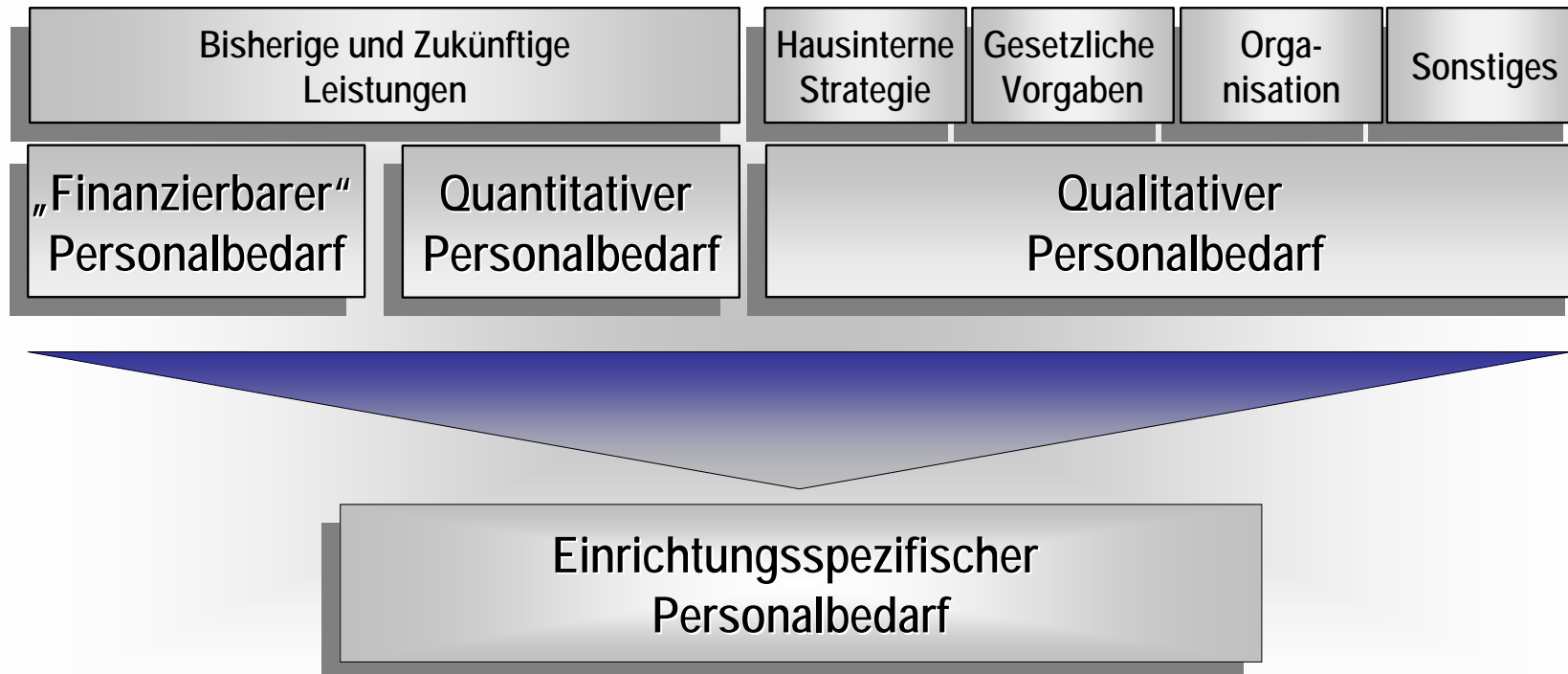


## ■ Personalbedarf

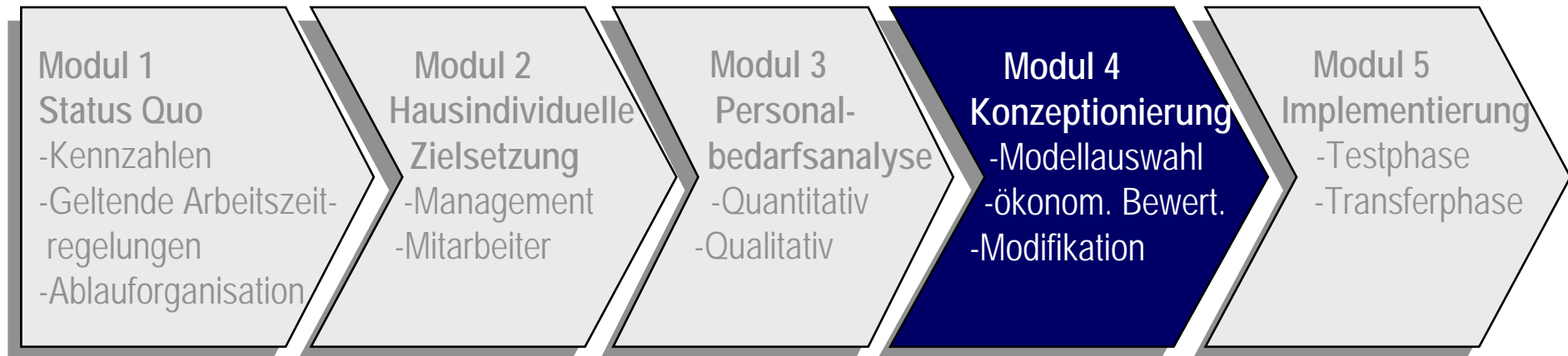
- Quantitative Personalbedarfsberechnung
- Erhebung der zeitraumbezogenen benötigten Mitarbeiterqualifikation:  
Wann und wo wird welche Arbeitsqualität benötigt?
- Umfassende Darstellung des tatsächlich benötigten Personalbedarfes



# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle



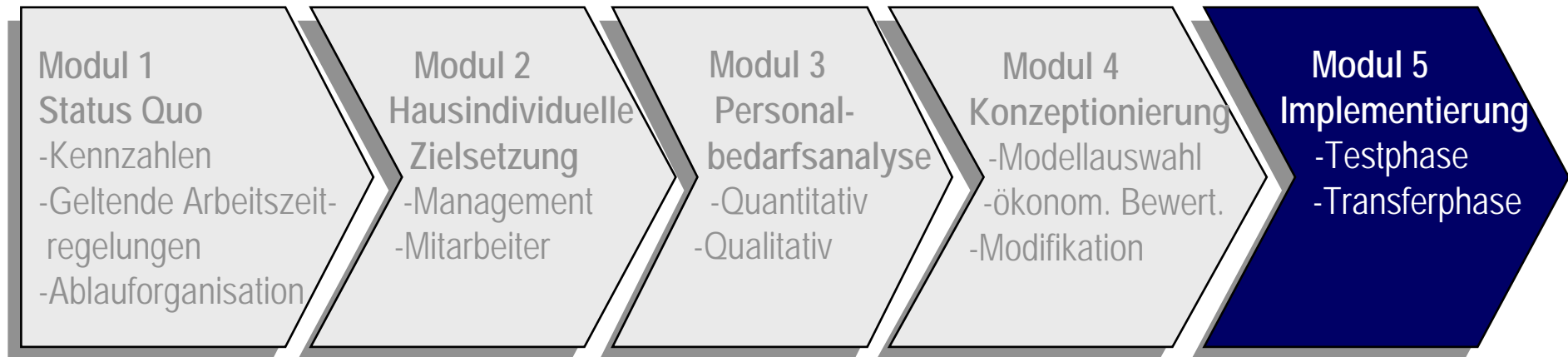
# Vorgehensweise Entwicklung Arbeitszeitmodelle



## ■ 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

# GEBERA-Vorgehensweise Personaleinsatzplanung



## ■ Implementierung

- Definition einer Testphase (z. B. 8 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



# weitere Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung

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



## Erfahrungsaustausch Arbeits(zeit)organisation des Ärztlichen Dienstes

### Schwerpunktthemen

- Aufnahme und Entlassungsmanagement (Juni 2007)
- Notfallmanagement (Sep 2007)
- Tätigkeitszuordnungen Ärztlicher Dienst (Dez 2007)

### Arbeitszeitgestaltung

- Dienstplangestaltung
- Gestaltung des Veränderungsprozesses