

Jan Kutscher / Lars Herrmann

05/2012

Gestaltung von Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst im OP

Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze

(überarbeitet erschienen in: Im OP, Heft 05/2012, S. 213ff¹)

Herausforderungen an den Personaleinsatz im OP

Die aktuell für viele Krankenhäuser wichtigsten Herausforderungen an die Organisation des Personaleinsatzes im OP – und damit auch an die Gestaltung von Regelarbeits- und Bereitschaftsdienstzeiten – lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Wie können die regulär geplanten OP-Saallaufzeiten noch besser an den jeweiligen Bedarf angepasst werden – auch durch Entkopplung von tradierten Dienstzeiten?
- Wie vermeidet man das „Verschenken“ von OP-Kapazitäten und Absetzungen durch zu starre OP-Regelsaallaufzeiten?
- Welche Gestaltungsspielräume gibt es beim Gleichzeitigkeitsfaktor – auch zum saalübergreifenden Personaleinsatz und zur gegenseitigen Vertretung von Pausenzeiten?
- Welche Maßnahmen sind geeignet, um unvorhersehbare kurzfristige Personalausfälle zu kompensieren?
- Kann die Besetzung außerhalb der Regelsaallaufzeiten abgesenkt werden, ohne unerwünschte Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit zu riskieren?
- Wodurch kann die Lebensphasenorientierung des Arbeitszeitmodells gesteigert werden?

In diesem Beitrag skizzieren wir entsprechende Ansätze zur Bewältigung dieser Herausforderungen anhand verschiedener Praxisbeispiele aus Krankenhäusern unterschiedlicher Größe. Wir konzentrieren uns hierbei – ohne Anspruch auf systematische Vollständigkeit – auf den Arbeitszeitaspekt. Wir wollen einen Eindruck von der Vielfalt möglicher Maßnahmen vermitteln und in erster Linie dazu anregen, eigene Lösungen (weiter) zu entwickeln. Meist liegen in Verbesserungen des Personaleinsatzes deutlich größere Potenziale als in bloßen Prozessoptimierungen. Und oftmals werden durch bedarfs- und belastungsgerechte Personaleinsatzstrukturen Ablaufverbesserungen überhaupt erst bewirkt.

¹ Ausschließlich im Interesse der Lesefreundlichkeit wird nur die jeweils männliche Form verwendet.



Bedarfsorientierte Abwesenheits- und Besetzungssteuerung als Voraussetzung eines erfolgreichen Personaleinsatzkonzepts im OP

So selbstverständlich dieser Hinweis auch erscheinen mag: Wir sind im Zusammenhang mit OP-Personaleinsatzanalysen immer wieder darüber erstaunt, welche großen Toleranzen bei der Planung der Abwesenheitsquoten in vielen Krankenhäusern akzeptiert werden. Oft hört man dabei das Argument, dass Einschränkungen bei der Genehmigung von Urlaubswünschen zu Enttäuschungen bei den Mitarbeitern und einer Verschlechterung der Lage auf dem angespannten Arbeitsmarkt für qualifiziertes OP- und Anästhesie-Funktionsdienstpersonal führen würden.

Man erweist den Mitarbeitern jedoch letztlich keinen Gefallen, wenn man gegenüber dem Besetzungsbedarf während bestimmter Jahresphasen oder an einzelnen Wochentagen zu geringe und während anderer Zeiten zu hohe Abwesenheitsquoten toleriert. Denn der höhere Freiheitsgrad etwa bei der Urlaubsplanung wird durch (vorhersehbare) Phasen der Über- und Unterauslastung „erkauft“ – mit negativen Konsequenzen sowohl für die Beanspruchung der Mitarbeiter als auch für die Wirtschaftlichkeit des OP-Betriebs.

Erfahrungsgemäß wissen die Mitarbeiter eine ehrliche Kommunikation der betrieblichen Besetzungsanforderungen durch ihre Führungskräfte zu schätzen. Auf einer solchen Grundlage lässt sich dann über geeignete Lösungsvarianten diskutieren, die ebenso von den Mitarbeitern als zumutbar empfunden werden wie sie sich als ökonomisch tragfähig erweisen.

Differenzierung und Flexibilisierung der Dienststrukturen

Auch bei der Gestaltung der täglichen Dienststrukturen, also der Lage und Dauer der Dienste, bleiben Anpassungspotenziale vielfach ungenutzt, weil die Führungskräfte Konflikte mit den Mitarbeitern oder der Arbeitnehmervertretung befürchten – die oftmals gar nicht bzw. nicht in der befürchteten Dramatik auftreten, wenn man sich denn tatsächlich an Änderungen wagt.

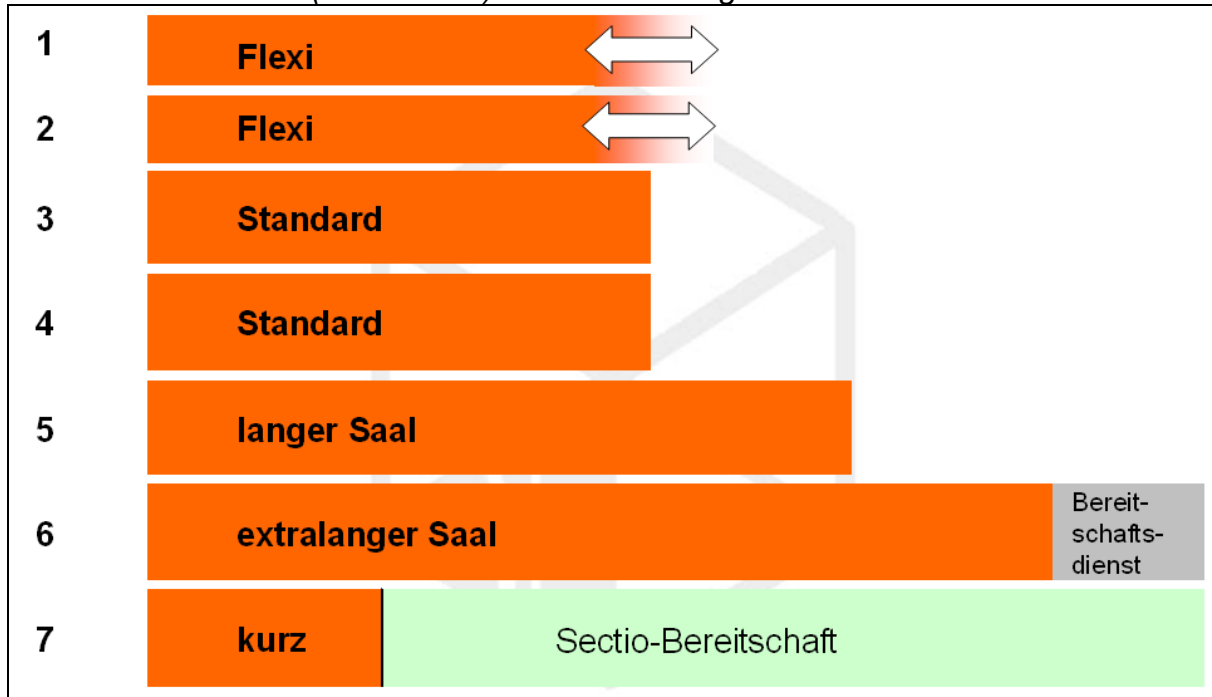
Die Dauer der Regelsaallaufzeiten wird noch sehr häufig von der täglichen Regelarbeitszeitdauer dominiert: Das OP-Aufkommen „hat sich“ beispielsweise an die nach Abzug der Vor- und Nachbereitungszeiten zu Dienstbeginn bzw. Dienstende verbleibende Zeit bei einer individuellen Fünf-Tage-Woche (mit zum Beispiel 7,7- oder 8-Stunden-Diensten) zu richten. Bei geringer Anzahl von OP-Sälen ist dann i.d.R. ein überdurchschnittlicher „Arbeitszeit-Verschchnitt“ unausweichlich, d.h. der Wertschöpfungsanteil innerhalb der verbrauchten Arbeitszeit vermindert sich. In größeren OP-Zentren lässt sich dem in gewissem Umfang durch die saalübergreifende Disposition von Operationen und Personal begegnen – was jedoch häufig einen erheblichen zusätzlichen Steuerungs- und Logistikaufwand erfordert.

Meist ist es sinnvoller, zunächst saalspezifische OP-Laufzeiten anhand von Standard-Betriebsprogrammen festzulegen. An dieser differenzierten Laufzeit-Struktur



werden anschließend die Standard-Arbeitszeitdauern ausgerichtet. Hierbei sind neben den gesetzlichen und tarifvertraglichen Bestimmungen weitere betriebliche Vorgaben zu berücksichtigen (zum Beispiel hinsichtlich der Beschränkung von Teamwechseln oder der Verwirklichung von Mitarbeiterpräferenzen).

Grafik: Differenzierte (und flexible) Struktur der Regelsaallaufzeiten



Neben der regelmäßigen Differenzierung der OP-Laufzeiten – und als Folge davon der Dienstzeiten – stellt deren Flexibilisierung die zweite bedeutende Anforderung an einen wirtschaftlichen OP-Betrieb dar. Denn selbst bei akribischster Planung lassen sich kurzfristige Abweichungen des Tagesprogramms durch hinzukommende Notfälle, aus medizinischen Gründen erforderliche Absetzungen, Verzögerungen durch eingetretene Komplikationen u.a. nicht vermeiden. Zudem erweist auch ein vollständig vorhersehbares OP-Programm den Beteiligten nicht den „Gefallen“, zur vorgesehenen Saallaufzeit zu passen. Bei starren „Saallaufzeitende-Mauern“ ist das Verschenken wertvoller Arbeitszeit unausweichlich. Daher ist die Ergänzung einer differenzierten Dienststruktur durch Gestaltungselemente für kurzfristige Anpassungsmöglichkeiten bedeutsam. Die folgende Grafik stellt einige flexible Dienste vor.



Drei Beispiele für Flexi-Dienste

★ Dienste [z.B. „Früh★“]

= potenziell kurzfristige Abweichung von der *Dienstdauer*

„Dienstfenster“ [z.B. „Früh 8-18“]

= absehbar flexible Abweichung von der *Dienstlage* innerhalb einer Bandbreite

+ bzw. -Dienste [z.B. „Spät+“ oder „Spät-“]

= potenziell verlängerte bzw. verkürzte *Dienstdauer*

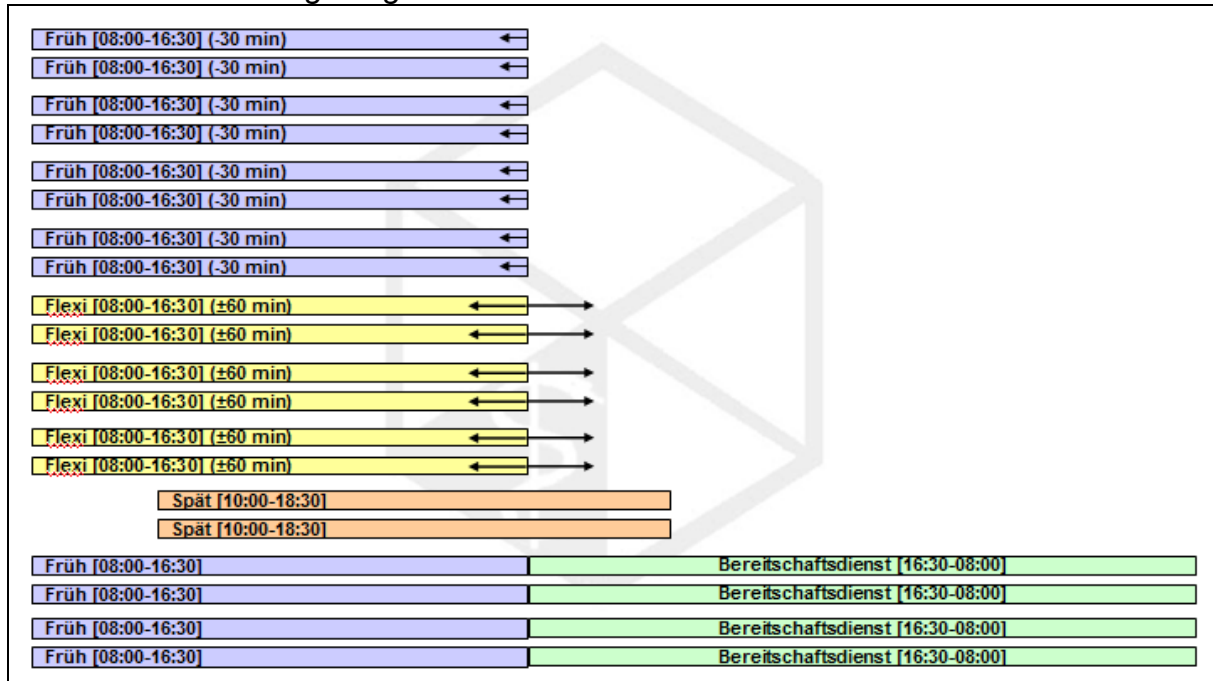
In nicht wenigen Krankenhäusern werden solche flexiblen Dienstformen durchaus praktiziert, ohne dass sie bzw. die dazugehörigen „Flexi-Spielregeln“ in Betriebsvereinbarungen oder Verfahrensanweisungen hinterlegt wären. Ob man ein solches Modell „gelebter“ Arbeitszeitflexibilität zu einem „geregelten“ Modell weiterentwickeln soll oder nicht, hängt in erster Linie von zwei Faktoren ab:

- Reicht der erzielte Anpassungsgrad aus, um einen wirtschaftlich tragfähigen OP-Betrieb sicherzustellen (hierzu finden Sie noch Ausführungen im Abschnitt zum Arbeitszeitcontrolling)?
- Können sich die Mitarbeiter auch langfristig mit der praktizierten flexiblen Regelung arrangieren oder treten Unzufriedenheiten etwa in Bezug auf die Gleichbehandlung der Mitarbeiter o.a. auf?

Die nächste Abbildung stellt das für den OP-Funktionsdienst in einer Betriebsvereinbarung geregelte flexible Arbeitszeitmodell in einem Krankenhaus mit zehn OP-Sälen vor. Die mit kurzfristiger Arbeitszeitflexibilität verbundenen arbeitsrechtlichen Besonderheiten können hier aus Platzgründen nicht vertieft werden. Allgemein empfehlen wir, einvernehmliche Regelungen zwischen Arbeitgeber sowie Arbeitnehmervertretung und Mitarbeitern anzustreben.



Flexible Arbeitszeitregelung eines OP-Funktionsdienstes

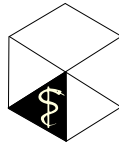


Stand-By-Modelle

In kleineren OP-Abteilungen oder bei hohem Spezialisierungsgrad reichen mitunter die Möglichkeiten der hierarchie-, fach- und berufsgruppenübergreifenden Einsatzflexibilität nicht aus, um Besetzungslücken beispielsweise durch kurzfristige Personalausfälle befriedigend ausgleichen zu können. Das Personaleinsatzkonzept kann in solchen Fällen um Stand-By- bzw. Einspringdienste ergänzt werden. Sie greifen dann, wenn Vertretungsspielräume unter Rückgriff auf anwesende Mitarbeiter ausgeschöpft sind.

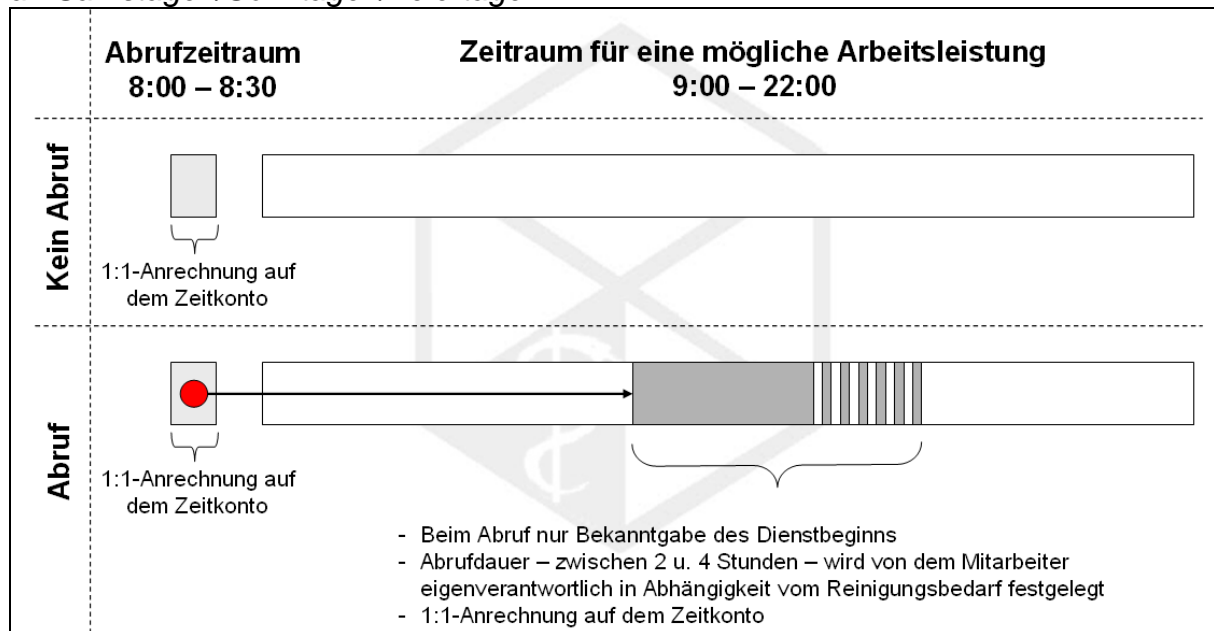
Der Grundgedanke beruht dabei auf dem Prinzip, dass der Mitarbeiter nur während eines meist sehr geringen Anteils seiner Freizeit mit einem kurzfristigen Abruf zum Dienst rechnen muss. Die hierfür vorgesehenen Tage können zudem langfristig im Voraus und unter Berücksichtigung der Mitarbeiterwünsche geplant werden. Im Gegenzug weiß der Mitarbeiter dann aber, dass an allen anderen freien Tagen definitiv keine „Einladung“ zum kurzfristigen Einspringen im Krankenhaus erfolgen wird. Viele Mitarbeiter berichten nach Einführung von Stand-By-Modellen, dass sie seither durch eine solche klare Spielregel ihre Freizeit intensiver genießen und besser entspannen können.

Für das Krankenhaus besitzt ein Stand-By-Konzept den Vorteil, dass kurzfristige Vertretungen im Ausmaß der vorgehaltenen Einspringdienste verlässlich sind. Darüber hinaus können sie im Bedarfsfall ohne nennenswerten Aufwand aktiviert werden, denn es muss nicht erst eine oft lange Liste in Frage kommender Mitarbeiter „durchgeklingelt“ werden.



Das nächste Schaubild zeigt das Stand-By-Modell, das in einem OP-Reinigungsdienst ausschließlich an Sams-, Sonn- und Feiertagen zur Anwendung kommt. An den anderen Wochentagen reichen die Möglichkeiten der Einsatzflexibilität aus, um auch bei unvorhergesehenem Personalausfall die Aufgaben zu bewältigen.

Stand-By-Modell im OP-Reinigungsdienst eines kleineren kommunalen Krankenhaus an Samstagen/Sonntagen/Feiertagen



Arbeitszeitorganisation außerhalb der Regelsaallaufzeiten

Neben dem Trend zur Differenzierung der Regelsaallaufzeiten mit Verlängerungen einzelner Säle in den späten Nachmittag und frühen Abend hinein, sind die Krankenhäuser zunehmend bestrebt, außerhalb der Kernleistungszeiten Personalressourcen sowohl aus Kostengründen als auch im Mitarbeiterinteresse zu schonen. Dies geht einher mit Überprüfungen der Besetzungstärken sowie der Zuordnungen zu den Arbeitszeitformen (wie Vollarbeit/Regelarbeitszeit, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft).

Oftmals stellt sich im Zuge einer derartigen Analyse heraus, dass die Anzahl der Mitarbeiter in den Anwesenheitsdiensten reduziert werden könnte, wenn es geeignete Backup-Konzepte gäbe, mit denen sich auch ein unerwartet hohes Arbeitsaufkommen bewältigen lässt – etwa drei gleichzeitig durchzuführende akute Operationen, wenn die Standardvorhaltung auf nur zwei gleichzeitige OP ausgelegt ist. Ein einfaches Praxisbeispiel für die Systematisierung von Unterstützungsketten enthält der nächste Kasten.

Vertretungskaskaden zur Abdeckung gleichzeitiger OP-Anforderungen außerhalb der Kernleistungszeiten in einer anästhesiologischen Klinik



Anforderung

- Notwendigkeit zur zeitgleichen Bewältigung von zwei akuten Eingriffen – bei lediglich je einem Bereitschaftsdiensthabenden im ärztlichen Dienst wie im Funktionsdienst
- Beide Rufdiensthabenden sind aktiviert, aber noch auf dem Weg

Vertretungskaskade – Ärztlicher Dienst

- bei Bedarf wird der Anästhesist aus der Intensivstation in den OP gerufen
- nachrangig bei Bedarf wird einer der Diensthabenden der Inneren Medizin oder der Chirurgie in die Intensivstation gerufen

Vertretungskaskade – Funktionsdienst

- bei Bedarf wird ein Mitarbeiter aus der Intensivstation in den OP gerufen
- nachrangig bei Bedarf wird ein Mitarbeiter aus doppelt besetzten Stationen in die Intensivstation gerufen
- nachrangig bei Bedarf wird die Rettungsstelle temporär nach außen für operative Notfälle abgemeldet

Wie auf Mitarbeiterwünsche (auch) bei der Einteilung der Anwesenheitsdienste außerhalb der Regelsaallaufzeiten eingegangen werden kann, wird im folgenden Abschnitt an einem Beispiel vorgestellt.

Lebensphasenorientierung

Durch die Veränderungen der Altersstruktur und der Arbeitsmarktsituation versuchen die meisten Krankenhäuser, ihre Arbeitszeitorganisation „alternsgerechter“ und „lebensphasenorientierter“ auszurichten. Im Vergleich zu vielen anderen Branchen ist die Möglichkeit für die Mitarbeiter in den meisten Krankenhäusern, ihre Interessen in Bezug auf Dauer und Lage ihrer persönlichen Arbeitszeit zu beeinflussen, bereits recht beachtlich. Angesichts der vorhandenen Gestaltungsoptionen ist das Management nicht selten darüber enttäuscht, dass sich die Begeisterung der Mitarbeiter über das Angebot an individualisierten Arbeitszeiten in Grenzen hält.

Tatsächlich dürfte den meisten Krankenhäusern nicht unbedingt durch ein bloßes „Noch Mehr“ an Teilzeitdiensten, „Wunschkonzepten“ usw. geholfen sein. Stattdessen kommt es in der Regel stärker darauf an, kreativ mit konkreten persönlichen Anliegen an die Arbeitszeitgestaltung umzugehen. Zusätzlich kann es sich anbieten, in längeren zeitlichen Abständen spezielle Arbeitszeitkonzepte vorzustellen und gezielt zu bewerben. Damit signalisiert der Arbeitgeber nicht nur, dass er sich des hohen Stellenwerts einer individualisierten Arbeitszeitgestaltung bewusst ist. Zugleich weckt er die „Arbeitszeit-Neugierde“ bei denjenigen Mitarbeitern, die sich erst wenig Gedanken über Alternativen zu ihrem bisherigen Arbeitszeitaltag gemacht haben. Die nachstehende Grafik zeigt das Beispiel einer Wahlarbeitszeitregelung auf Basis eines Zeitkontenmodells, das in einer kleineren Klinikgruppe eingeführt wurde, um über den Jahresurlaub hinaus längere Auszeiten bei vollem Sozialversicherungs-

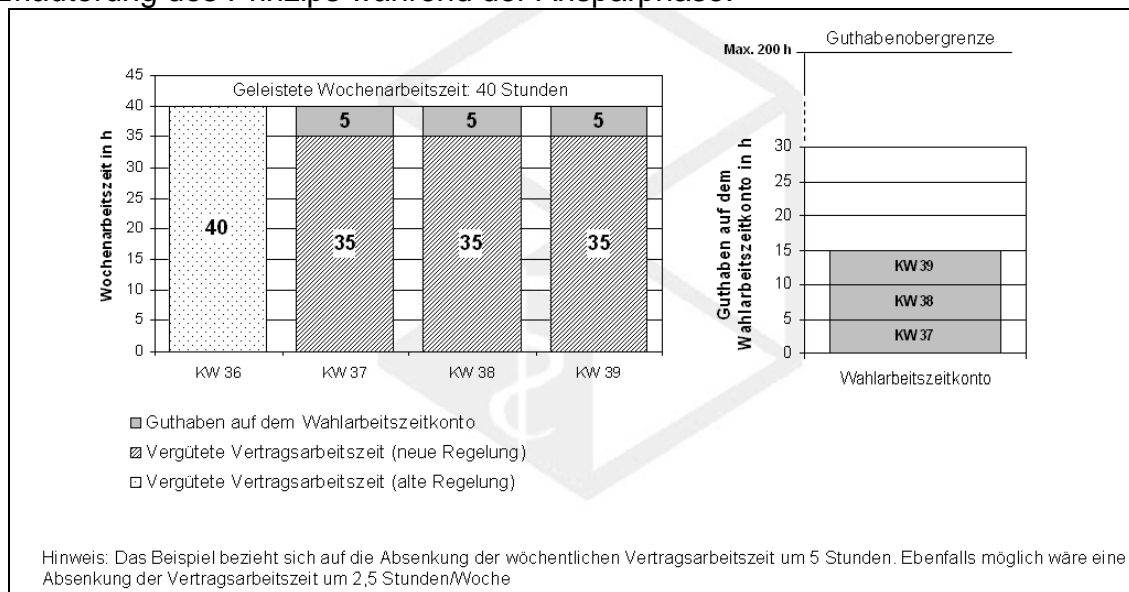


schutz anzubieten. Dies ist erfahrungsgemäß eine reizvolle Option gerade auch für sonst wenig „teilzeitaffine“ Mitarbeitergruppen.

Auszüge aus der Gesamtbetriebsvereinbarung zu einer Wahlarbeitszeitregelung in einer Klinikette

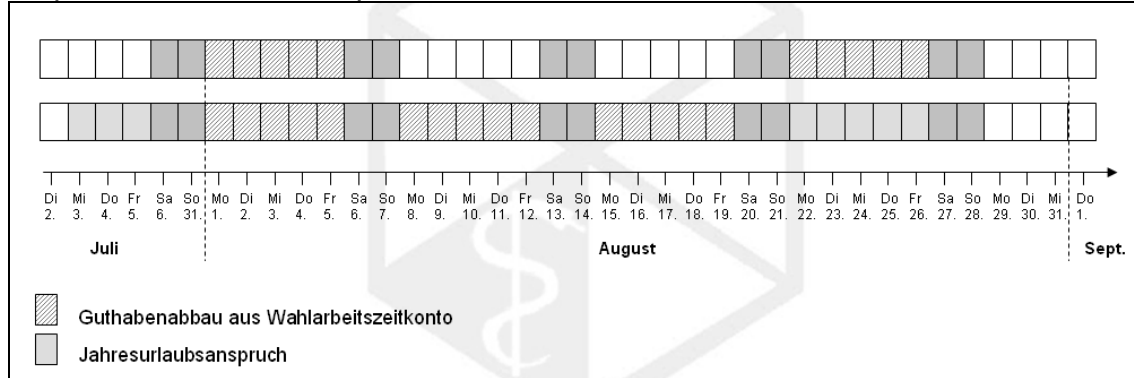
- Die Arbeitszeit kann um 2,5 oder 5 Stunden/Woche bei entsprechender Anpassung der Vergütung gesenkt werden.
- Dies muss gegenüber Führungskraft und Personalabteilung bis zum 1. des übernächsten Monats schriftlich angekündigt werden.
- Es wird ein gesondertes Wahlarbeitszeitkonto geführt.
- Die vormalige Vertragsarbeitszeit bleibt weiterhin Planungsgrundlage in der Ansparphase und Bezugsgröße für Zeitgutschriften auf dem Wahlarbeitszeitkonto.
- Der Abbau von Zeitguthaben im Wahlarbeitszeitkonto wird mit der Führungskraft vereinbart.
- Es sind Freistellungen in ganzen Tagen oder Tageblöcken möglich.

Erläuterung des Prinzips während der Ansparphase:

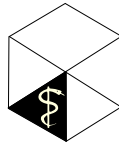




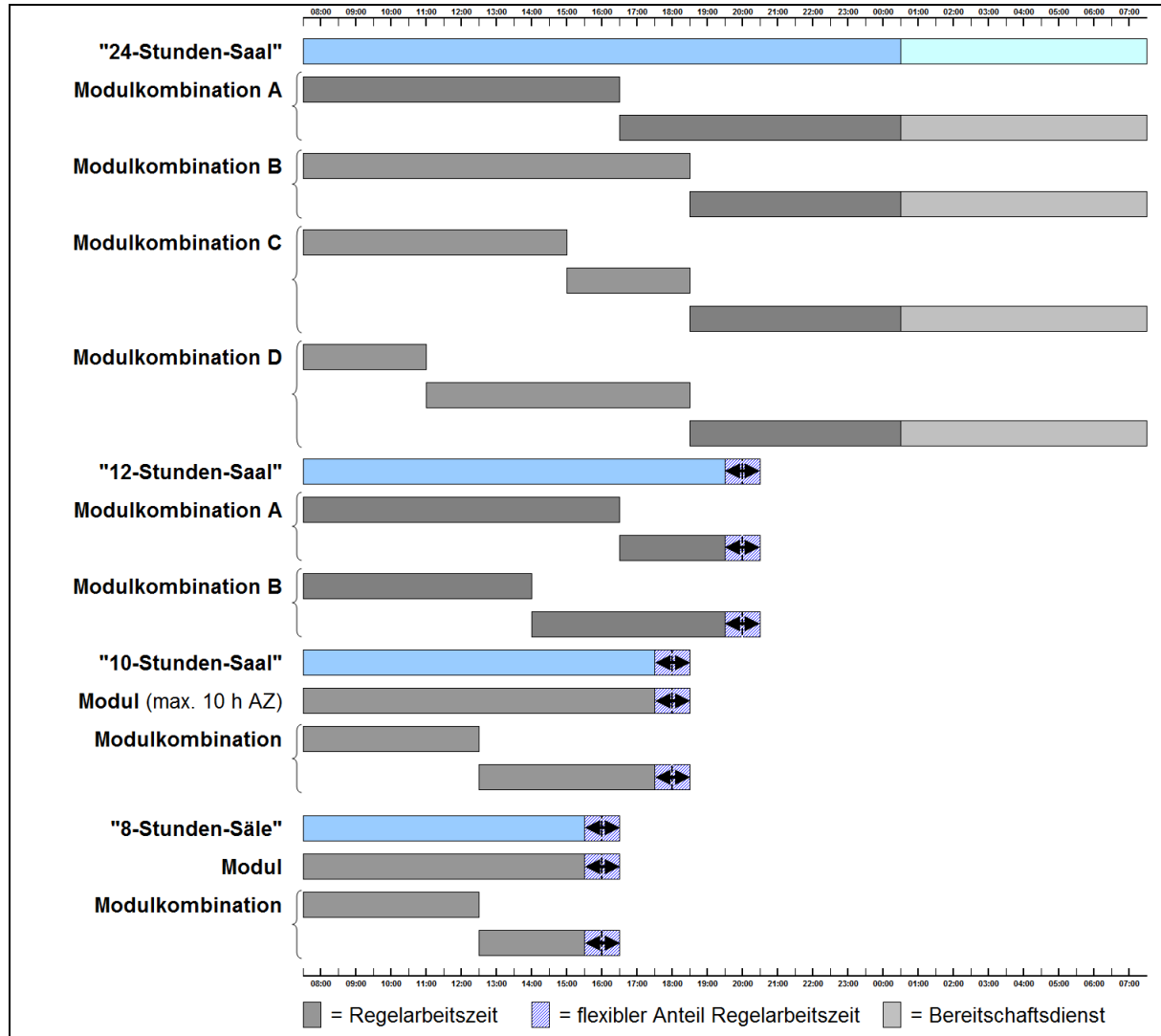
Beispiel für die Entnahmephase:



Die Anforderungen der OP-Organisation an eine kontinuierliche Arbeitsplatzbesetzung über mehrere Tage sind vergleichsweise niedrig. Sogar auch untertägig sind fast immer Veränderungen der Zusammensetzung der OP-Teams möglich. Der OP ist deshalb für eine individualisierte Arbeitszeitorganisation geradezu prädestiniert. Das folgende Schaubild illustriert beispielhaft diesbezügliche Offerten, wenn die Besetzungsstruktur von vornherein modular aufgebaut wird.



Modulkombinationen bei differenzierter Saallaufzeitstruktur



Arbeitszeitcontrolling (auch) im OP

An Daten, die zum OP-Geschehen erfasst und in Berichten aufbereitet werden, herrscht in den meisten Krankenhäusern kein Mangel. Allerdings besteht vielfach eine große Diskrepanz zwischen dem Umfang der gesammelten und aufbereiteten Daten auf der einen Seite und andererseits deren Relevanz für die Steuerung des Personaleinsatzes.

Eine Steuerung ist bekanntlich nur möglich, wenn Kriterien festgelegt werden und anschließend gemessen wird, ob diese erreicht werden bzw. wie groß auftretende Abweichungen sind. So sagt die Existenz und Anwendung einer flexiblen und mitarbeiterorientierten Arbeitszeitregelung allein zum Beispiel noch nichts über deren wirtschaftlichen Erfolg aus. Hierfür ist es erforderlich, Produktivitätskennzahlen zu bilden. Im OP richten sich diese stets nach der Relation zwischen



(a) durchschnittlicher Prozesszeit und

(b) verbrauchter Arbeitszeit des eingesetzten Personals, die stets unter Einbeziehung der Besetzungsstärke, also auch des Gleichzeitigkeitsfaktors (ggf. funktionsspezifisch differenziert) zu betrachten ist.

Hingegen lassen reine Auslastungskennzahlen, wie sie in der Praxis häufig anzutreffen sind, den Teil (b) der Relation unberücksichtigt – und damit gerade den innerhalb des OP-Teams am meisten beeinflussbaren Faktor!

Als Prozesszeit kann sich zum Beispiel die Summe der chirurgischen Maßnahmenzeiten eignen. Die chirurgische Maßnahmenzeit ist als Zeitspanne zwischen der OP-Freigabe durch den Anästhesisten und der „Abgabe“ des Patienten an den Anästhesisten (Beginn der Ausleitung) definiert.

Der Steuerungserfolg ist erfahrungsgemäß dann am höchsten, wenn der Quotient aus Prozesszeit und Arbeitszeitverbrauch für jeden OP-Tag einzeln dargestellt und umgehend zurück gemeldet wird: Wenn die Mitarbeiter und Führungskräfte idealer Weise jeweils am Folgetag das Ergebnis ihrer Anstrengungen sehen, können Ansätze für Verbesserungen leichter identifiziert werden. Dabei helfen dann auch weitere Reportings etwa zur Pünktlichkeit des ersten Schnitts oder zur mittleren Dauer der Wechselzeit zwischen den OP-Maßnahmen.

Der Blick auf die Produktivität kann übrigens auch für die Realisierung von Arbeitszeitinteressen der Mitarbeiter hilfreich sein, auch wenn dies zunächst paradox klingen mag: Denn wenn man sich vor Augen hält, dass ein Produktivitätskennwert das *Ergebnis* in den Fokus rückt, öffnet sich der Weg dorthin jeglicher Individualisierung, sofern die Zielerreichung dadurch unterstützt oder wenigstens nicht behindert wird.