

Manfred Oppolzer, Stefan Nickel, Silke Werner, Alf Trojan

Begleitforschung eines Modellversuchs zur Umwandlung von Arbeitszeiten im Kontext aktueller Innovationen im Krankenhaus

Abschlussbericht

Auf einen Blick...

- Bezogen auf die Auswirkungen der neuen Modelle konnten als wichtige Teilerfolge die Absenkung der tatsächlichen Wochenarbeitszeiten sowie im ärztlichen Bereich die bessere Einhaltung arbeitszeitrechtlicher Normen erreicht werden. Es blieb allerdings eine Diskrepanz zwischen den offiziellen Arbeitszeitregelungen und den tatsächlich geleisteten Dienstzeiten.
- Auch für die anderen Dimensionen der Arbeitssituation (und Mitarbeitergesundheit) zeigten sich aus Sicht der betroffenen Mitarbeiter eher mehr als weniger Probleme: reale Einkommensverluste, geringere Flexibilität bei Personalengpässen, eingeschränkte Weiterbildungsmöglichkeiten, ungleich verteilte Arbeitsbelastungen, gefährdete Kontinuität der Patientenversorgung sowie keine (völlige) Kostenneutralität.
- Die Erarbeitung der neuen Modelle und deren Umsetzung erfolgten in der Regel als Projektarbeit innerhalb der betroffenen Bereiche. Dabei verlief der Prozess der Umsetzung trotz vieler Einzelklagen und Modifikationen im Detail ohne größere Probleme.
- Dagegen blieben die Pläne einer unternehmensweiten Neustrukturierung der Arbeitszeiten von Ärzten und Funktionsdiensten stecken.

Begleitforschung eines Modellversuchs zur Umwandlung von Arbeitszeiten im Kontext aktueller Innovationen im Krankenhaus

- Endbericht -

Projekt-Nr. 2002-420-5

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut für Medizin-Soziologie

Stefan Nickel, Silke Werner, Alf Trojan

Universität Hamburg
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Department Wirtschaft und Politik

Alfred Oppolzer

Hamburg, Februar 2007

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	4
1 Hintergrund und Problemstellung	7
1.1 Zur Aktualität des Themas „Arbeitszeit“	7
1.1.1 Praktisch-politische Bedeutung.....	7
1.1.2 Wissenschaftliche Bedeutung.....	8
1.2 Theoretische Zugänge.....	11
1.2.1 Sozialepidemiologische Belastungs- und Stressforschung.....	11
1.2.2 Gesundheitspolitischer Aktionszyklus.....	12
1.2.3 Innovations- bzw. Diffusionstheorie	13
1.3 Was sind „neue Arbeitszeitmodelle“?	14
2 Das PANDA-Projekt des LBK Hamburg	17
2.1 Ziele und Wege des Projekts.....	17
2.2 Projektorganisation.....	19
2.3 Ausgewählte Pilotbereiche	19
3 Evaluationskonzept und Methodik	21
3.1 Zielsetzungen der Begleitforschung	21
3.2 Forschungsdesign	23
3.3 Erhebungsverfahren und -instrumente	24
4 Ergebnisse der Fallstudien	27
4.1 Laborinstitut für Transfusionsmedizin	27
4.1.1 Ausgangssituation	27
4.1.2 Projektdurchführung	28
4.1.3 Auswirkungen des Projekts.....	29
4.1.4 Urteile der Projektakteure	36
4.2 Zentrale Notaufnahme I / Innere Medizin.....	38
4.2.1 Ausgangssituation	38
4.2.2 Projektdurchführung	39
4.2.3 Auswirkungen des Projekts.....	41
4.2.4 Urteile der Projektakteure	49
4.3 Zentrale Notaufnahme II.....	54
4.3.1 Ausgangssituation	54
4.3.2 Projektdurchführung	55
4.3.3 Auswirkungen des Projekts.....	55
4.3.4 Urteile der Projektakteure	63

4.4	OP-Funktionsdienst	64
4.4.1	Ausgangssituation	64
4.4.2	Projektdurchführung	65
4.4.3	Auswirkungen des Projekts.....	65
4.4.4	Urteile der Projektakteure	72
4.5	Anästhesie-Funktionsdienst.....	74
4.5.1	Ausgangssituation	74
4.5.2	Projektdurchführung	74
4.5.3	Auswirkungen des Projekts.....	75
4.5.4	Urteile der Projektakteure	81
4.6	Gynäkologie und Geburtshilfe	82
4.6.1	Ausgangssituation	82
4.6.2	Projektdurchführung	83
4.6.3	Auswirkungen des Projekts.....	83
4.6.4	Urteile der Projektakteure	90
5	Diskussion der Ergebnisse – was ist verallgemeinerbar?	93
5.1	Zielerreichung, förderliche und hemmende Faktoren	93
5.2	Ergebnisse im Kontext aktueller Innovationen.....	96
5.3	Schlussbemerkungen und Empfehlungen	99
	Literatur	101
	Anhang I: Basis-Fragebogen zur Erfolgskontrolle	106
	Anhang II: Basis-Leitfaden für Experteninterviews.....	118

Kurzfassung

Hintergrund und Problemstellung

Krankenhäuser müssen derzeit eine Vielzahl von Struktur- und Prozess-Innovationen implementieren. In diesem Kontext gewinnen neue Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst und Funktionsdienst an Bedeutung, die den veränderten arbeitszeitrechtlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen stärker als bisher Rechnung tragen. Die Interessen der Krankenhäuser und ihrer Patienten sollen hierdurch auch besser mit den beruflichen und privaten Interessen der Beschäftigten verknüpft werden. Die Verwirklichung dieser allgemein konsensfähigen, allerdings nicht widerspruchsfreien Zielsetzungen stellt dabei einen Beitrag zu den HBS-Schwerpunkten „Perspektiven der Arbeitsgesellschaft“ und „Zukunft des Sozialstaates“ dar. Zugleich schließt die vorliegende, ganz allgemein der Versorgungsforschung zurechenbare Studie eine Wissenslücke bei der methodisch orientierten und systematischen Untersuchung der Umgestaltung der Dienst- und Arbeitszeiten insbesondere von Ärzten und Funktionsdiensten in Krankenhäusern des deutschsprachigen Raumes.

Das PANDA-Projekt

Das PANDA-Projekt („**P**rozessorientierte **A**rbeitsorganisation / **N**eue **D**ienst- und **A**rbeitszeitmodelle“) des LBK Hamburg bildete das Forschungsfeld der wissenschaftlichen Begleitforschung. Ziel des Modellprojekts, das offiziell von Oktober 2001 bis September 2003 lief, war die schrittweise Ablösung der Bereitschaftsdienste durch alternative Modelle der Arbeitsorganisation und Arbeitszeit in allen Bereichen des Unternehmens. Weitere explizite Ziele waren: die rechtskonforme Gestaltung der Arbeitszeitmodelle, die Beibehaltung der Versorgungsqualität, mehr Mitarbeiterorientierung / Mitarbeiterzufriedenheit sowie „Kostenneutralität“ (d.h. nur die Vergütung, die bisher für Bereitschaftsdienste benötigt wurde, steht für die Finanzierung neuer Stellen zur Verfügung). Aufgrund der hohen Anforderungen an die personelle Besetzung zu ungünstigen Zeiten wurde versucht, über Rotationsregelungen für Mitarbeiter außerhalb der Schichtdienstmannschaft die durchschnittliche Belastung der einzelnen Mitarbeiter zu reduzieren.

Eine weitere Besonderheit des PANDA-Projekts betrifft die sog. „Bis-zu-48-Stunden-Regelung“. Zur Minimierung bzw. Vermeidung hoher Einkommensverluste durch den Wegfall der bisherigen Bereitschaftsdienstvergütung und durch die angestrebte Normalisierung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit wurde eine Rahmendienstvereinbarung für die Flexibilisierung der Arbeitszeitregelung abgeschlossen. Mit dieser Vereinbarung bot der LBK seinen bisher im Bereitschaftsdienst tätigen Mitarbeitern die Wahl einer wöchentlichen Arbeitszeit von bis zu 48 Stunden. Der LBK ging davon aus, dass kaum neue Stellen geschaffen werden müssen, wenn sich die Mehrheit der betroffenen Mitarbeiter für die 48-Stunden-Woche entscheidet.

Evaluationskonzept und Methodik

Hauptziel des Forschungsprojekts war die wissenschaftliche Begleitung der Neustrukturierung in sechs Pilotbereichen: einem Laborinstitut, zwei Zentralen Notaufnahmen, einer Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie je einem OP- und Anästhesie-Funktionsdienst aus dem Pflegebereich. Darüber hinaus wurden in der Begleitforschung spezifische ergänzende Fragestellungen bearbeitet: Diese betreffen die Analyse von Unterschieden zwischen kurz- und mittelfristig wahrgenommenen Auswirkungen der neuen Dienstpläne, ihrer Akzeptanz und Umsetzbarkeit aus Sicht verschiedener Akteure sowie ihrer Übertragbarkeit auf andere Krankenhäuser bzw. Abteilungen. Es wurden sowohl qualitative (zur Beschreibung von Ausgangsbedingungen, Akteurskonstellationen, Problemen bei der Umsetzung usw.) als auch quantitative Methoden der Sozialforschung (standardisierte Mitarbeiterbefragungen zur Erfolgskontrolle) angewendet. Aufgrund von Informationen über ähnliche Modellprojekte kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der Begleitforschung stellvertretend für viele andere Krankenhäuser sind und auch an anderen Klinikgruppen sehr ähnliche Erfahrungen gemacht wurden.

Ergebnisse

Alle Modelle beruhen im Wesentlichen auf der Überprüfung der arbeitsbezogenen Prozesse und der Umwandlung von Bereitschaftsdiensten in reguläre Schichtdienstzeiten. Bezogen auf die Auswirkungen der entwickelten Modelle konnten als wichtige Teilerfolge die Absenkung der tatsächlichen Wochenarbeitszeiten sowie – im ärztlichen Bereich – die bessere Einhaltung arbeitszeitrechtlicher Normen erreicht werden. Es blieb allerdings eine Diskrepanz zwischen den offiziellen Arbeitszeitregelungen und den tatsächlich geleisteten Dienstzeiten. Auch für die anderen Dimensionen der Arbeitssituation (und Mitarbeitergesundheit) zeigten sich aus Sicht der betroffenen Mitarbeiter eher mehr als weniger Probleme. Diese betrafen u.a. Aspekte, die im Vorfeld befürchtet bzw. in vergleichbaren Projekten ermittelt wurden: reale Einkommensverluste, geringe Flexibilität bei Personalengpässen, eingeschränkte Weiterbildungsmöglichkeiten, ungleich verteilte Arbeitsbelastungen, gefährdete Kontinuität der Patientenversorgung sowie keine (völlige) Kostenneutralität. Allerdings sind solche Auswirkungen nicht in allen Pilotbereichen gleichermaßen feststellbar.

Die Erarbeitung der neuen Modelle und deren Umsetzung erfolgten in der Regel als Projektarbeit innerhalb der betroffenen Bereiche. Dabei verlief der Prozess der Umsetzung trotz vieler Einzelklagen und Modifikationen im Detail ohne größere Probleme. Dagegen blieben die PANDA-Pläne einer unternehmensweiten Neustrukturierung der Arbeitszeiten von Ärzten und Funktionsdiensten stecken. Gründe für die weit verbreitete Zurückhaltung der einzelnen Krankenhäuser bei der Reorganisation ihrer Arbeitszeiten waren vor allem die abwartende Haltung gegenüber der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, die im Untersuchungszeitraum anstehende Teilprivatisierung der LBK Hamburg-Unternehmensgruppe, die begrenzten Budgets für neues Personal sowie die unsichere Rechtslage der Krankenhäuser hinsichtlich der Ergebnisse und Konsequenzen der (inzwischen abgeschlossenen) Tarifaueinandersetzungen.

Diskussion

Die Einführung neuer Arbeitszeiten im ärztlichen Dienst und Funktionsdienst bildet trotz ihrer großen Bedeutung im Bewusstsein der Mitarbeiter nur einen Ansatzpunkt in der aktuellen Umgestaltung von Krankenhäusern; auch das PANDA-Projekt war ein Baustein in einer ganzen Reihe von Prozesserneuerungen, die das „LBK Hamburg-Modell“ ausmachten. Wichtige Stichwörter der Neustrukturierung sind „Interdisziplinarität“, „geplante Abläufe“ und „Anpassung der gesamten Organisation“ an Nachfrageschwankungen. Durch die damit einhergehende Veränderung gewohnter Arbeitsabläufe und die zunehmend wahrgenommene Dominanz betriebswirtschaftlicher und rechtlicher Vorgaben gegenüber den unterschiedlichen Interessen der Mitarbeiter erwachsen allerdings auch offene oder verdeckte Widerstände, die mitunter negativ auf die Bewertung von Fragen nach der Arbeitsdauer und -belastung ausstrahlten. Bessere und nachhaltigere Ergebnisse bei der Sanierung und Modernisierung von Krankenhäusern sind darüber hinaus zu erwarten, wenn zeitgleich auch andere drängende Probleme der Ärzte und Funktionsdienste im Krankenhaus reformiert würden und der Fokus auf moderne, langfristig tragfähige Arbeitsmodelle gelegt würde.

Mit Blick auf die Handlungsempfehlungen lassen sich mindestens drei relevante Adressaten unterscheiden: die Krankenhäuser bzw. deren Leitungen, die Mitarbeitervertretungen sowie die sozial- und gesundheitswissenschaftliche Forschung.

- Die *Krankenhäuser* sollten ihre Arbeitszeit sowie ihre Arbeitsorganisation grundlegend erneuern: Den Kern der Erneuerung bilden vermutlich verlängerte Servicezeiten und versetzte Dienste; es ist uns aber nicht möglich, eine bestimmte Konfiguration als besonders beispielhaft zu empfehlen.
- Die *Mitarbeitervertretungen* sollten darauf einwirken, dass die Beschäftigten aktiv bei der Planung und Umsetzung neuer Arbeitszeiten eingebunden werden: Sie können in diesem Prozess Mediatorinnen zwischen unterschiedlichen Mitarbeiterinteressen sowie Vertreterinnen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik gegenüber dem Unternehmen sein.
- Die *wissenschaftliche Forschung* sollte aufbauend auf unseren Erfahrungen den systematischen Vergleich verschiedener Arbeitszeitregelungen sowie ganz allgemein eine bessere Erforschung ärztlicher Arbeitsorganisation und -belastungen anstreben.

1 Hintergrund und Problemstellung

Die Arbeitszeitbedingungen in Krankenhäusern bieten immer wieder Anlass zur Diskussion. Unter Berücksichtigung neuer Rahmenbedingungen und Probleme im Krankenhauswesen sowie der sich verändernden Klinikabläufe und Ansprüche von Patienten werden sich im zunehmenden Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern die Arbeitsbelastungen eher noch verdichten.¹ Bei begrenzten finanziellen Mitteln muss daher die Arbeitszeit effizient und rechtskonform eingesetzt werden. Im Folgenden sollen deshalb zunächst die Hintergründe und Problemfelder der (Neu-) Einführung neuer Arbeitszeitmodelle insbesondere für den ärztlichen Bereich dargestellt werden.

1.1 Zur Aktualität des Themas „Arbeitszeit“

1.1.1 Praktisch-politische Bedeutung

Krankenhäuser sind nicht nur durch die auf die Gesundheit der Patienten bezogene Zentralfunktion gekennzeichnet, sondern sind auch Arbeitsstätten, an denen Beschäftigte ihrem Beruf und Erwerb nachgehen. Diese Arbeitsstätten müssen den Mindestanforderungen des betrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutzes entsprechen. Letzteres ist allerdings schon deshalb eine Schwierigkeit, weil Anforderungen der Notfallmedizin und der „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ bewältigt werden müssen, was ohne Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeit unmöglich ist. Zudem ist die professionelle Orientierung insbesondere der Mediziner, in deren Zentrum die einzelfallbezogene Behandlung steht, nur sehr schwer mit geregelten Arbeitszeiten zu verbinden. Die Veränderungen von Arbeitszeiten, insbesondere die Abschaffung von Bereitschaftsdiensten erfolgt daher untrennbar verknüpft mit anderen strukturellen und inhaltlichen Innovationen im Krankenhaus. Dabei spielen neue gesetzliche Vorgaben eine ganz wesentliche Rolle als weitgehend unvermeidbare Rahmenbedingungen. Diese allgemeinen Merkmale des Untersuchungsfeldes sind Thema des Projekts; der Fokus wird allerdings bei den veränderten Arbeitszeiten liegen.

Im Gefolge der Reform der Krankenhausfinanzierung und Qualitätsdiskurse in den 1990er Jahren haben einzelne Häuser mit „flexibleren“ Arbeitszeiten und Beschäftigungsmodellen experimentiert, die allerdings oft mit negativen Folgen für die Beschäftigten verbunden waren (z.B. unbezahlte Mehrarbeit, befristete Arbeitsverträge, Ausgliederung ganzer Bereiche). In erster Linie ging es den Krankenhausträgern darum, den Personaleinsatz möglichst kostensenkend bzw. -neutral den gestiegenen Arbeitsanforderungen anzupassen (vgl. Simon 1997: 23 ff).

Hinsichtlich des Gesundheitsschutzes ihrer Beschäftigten sind die Krankenhäuser verstärkt durch das deutsche Arbeitszeitgesetz (ArbZG) von 1994 mit Wirkung zum 1. Januar 1996 sowie die Vorgaben der beiden Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 3. Oktober 2000 und 9. September 2003 zur Definition der Bereitschaftsdienste in vollem Umfang als „Arbeitszeit“ statt

¹ Damit der Text leichter lesbar ist, wird in dieser Arbeit nur die männliche Form benutzt, gemeint sind selbstverständ-

„Ruhezeit“ unter Anpassungsdruck geraten (vgl. Preusker 2003; DKG 2005).² Den Urteilen folgte eine Änderung des ArbZG zum 1. Januar 2004, was die Krankenhäuser bis 2007 umsetzen müssen. Nach einer zweijährigen Übergangsfrist und einem zusätzlichen Aufschub um ein Jahr ist das die endgültige Frist für die Kliniken. Ab dann darf die wöchentliche Arbeitszeit einschließlich Bereitschaftsdienste 48 Stunden nicht mehr überschreiten. Allerdings zeichnet sich auf europäischer Ebene eine Revision der EU-Arbeitszeitrichtlinie ab, die jedoch frühestens Ende 2006 abgeschlossen wird. Derzeitiges Hauptproblem sind neben dem organisatorischen Aufwand die enormen Kosten einer Neuregelung der Arbeitszeiten, die vom Marburger Bund auf eine Milliarde Euro geschätzt werden, von der Deutschen Krankenhausgesellschaft sogar auf 1,75 Milliarden Euro (Preusker 2003: 27 f). Das zweite große Problem ist der gestiegene Mehrbedarf an Medizinerinnen, die in den Kliniken eingestellt werden müssten, wenn alle Bereitschaftsdienste durch Schichtdienst-Modelle abgelöst würden – Erfordernisse, die in Deutschland angesichts fehlender Arbeitskräfte und eher sinkender Absolventenzahlen nicht realisierbar zu sein scheinen.

Unabhängig von der Problematik der Bereitschaftsdienste, so zeigen Untersuchungen zur Einhaltung der Arbeitszeitbestimmungen in Krankenhäusern, ist die Praxis auch in anderer Hinsicht weit von einer gesetzeskonformen und optimalen gesundheitsgerechten Arbeitszeitgestaltung entfernt (vgl. z.B. Stern 1996; Marburger Bund 1998; Landesanstalt für Arbeitsschutz NRW 1999; Flintrop 2002; LASI 2003). Paradoxiereise arbeiten gerade die „Fachleute für Gesundheit“ nicht gesundheitsadäquat. Bei den Ärzten bereiten weiterhin die Einhaltung der täglichen Höchstarbeitszeiten sowie der Ruhezeiten zwischen zwei Diensten (insbesondere nach Bereitschaftsdiensten) größte Schwierigkeiten. Beim Pflegepersonal sind überlange Perioden mit ausschließlichen Nachtwachen, die Nichteinhaltung von Mindestruhezeiten oder die mit hohen Teilzeitquoten häufig verbundenen Übergabeprobleme eher die Regel als die Ausnahme. Da Krankenhausbeschäftigte zugleich eine hohe Verantwortung tragen, ist die Entwicklung und Einrichtung von innovativen Arbeitszeitmodellen dringend geboten, um Krankheit, Überdruß oder Ausbrennen zu verhindern, sowie berufliche und außerberufliche Verpflichtungen der Beschäftigten besser zu vereinen.

1.1.2 Wissenschaftliche Bedeutung

Mit wenigen Ausnahmen ist die Entwicklung und Erprobung neuer Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus bis heute nicht ausreichend evaluiert worden. Aus unserer inzwischen recht genauen Kenntnis des Forschungsfeldes in Deutschland können wir mit Sicherheit sagen, dass *kontinuierliche* und *systematische* Untersuchungen der Umgestaltung vor allem der Dienst- und Arbeitszeiten von Ärzten (und Funktionsdiensten) im deutschsprachigen Raum nicht vorliegen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit möchten wir jedoch auf eine Reihe von interessanten empirischen Studien auf dem Gebiet der Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus hinweisen:

lich immer beide Geschlechter.

² Bereitschaftsdienst leisten Mitarbeiter, die sich auf Anordnung des Dienstgebers außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit an einer vom Dienstgeber bestimmten Stelle aufhalten, um im Bedarfsfall die Arbeit aufzunehmen. Der Dienstgeber darf Bereitschaftsdienst nur anordnen, wenn zu erwarten ist, dass zwar Arbeit anfällt, erfahrungsgemäß aber die Zeit ohne Arbeitsleistung überwiegt (durchschnittliche Arbeitsleistung maximal 49%).

- Priester (1997) berichtet in seinem umfassenden (qualitativ orientierten) Überblick zum Entwicklungsstand neuer Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus ausschließlich über den Krankenpflegebereich. Im Mittelpunkt der ausgewerteten Modellversuche an 15 Kliniken stand die Einführung von Kern-, Haupt- oder Normalarbeitszeiten. Dabei zeigte sich u.a., dass es angesichts unterschiedlicher Interessenlagen und Ausgangsbedingungen weder sinnvoll noch möglich ist, ein „allgemeingültiges“ Arbeitszeitmodell implementieren zu wollen. Die angeführten Indizien für positive Entwicklungen, aber auch das eher pragmatisch geprägte Herangehen an Umstrukturierungen erfordern Priester zufolge eine kontinuierliche wissenschaftliche Begleitforschung sowie die Erarbeitung konkreter Diskussions- und Umsetzungshilfen für die Praxis.
- Für Höfflin (1997) und Sieczny (2000) spielt die Arbeitszeitfrage (in der Krankenpflege) ebenfalls eine „zentrale Rolle“ in der wissenschaftlichen Forschung, in Aussagen von Verbänden und Tarifparteien und auf der Ebene der betrieblichen Praxis. Dabei weisen die Autoren in ihren Forschungsberichten auch auf zwei methodische Probleme der Evaluierung hin: Erstens leiden viele Untersuchungen darunter, dass ein Modellversuch bereits längere Zeit eingeführt war oder in einzelnen Fällen vorzeitig abgebrochen wurde. Zweitens beziehen sich die Studien meist auf sehr eng begrenzte Bereiche, so dass es fraglich ist, ob sich die Ergebnisse auf verschiedene Kliniken oder Organisationseinheiten angemessen übertragen lassen.
- Unter dem Gesichtspunkt der bisherigen Aussparung von Ärzten bei entsprechenden Vorhaben sind die Erfahrungen des BAZOK-Projektes in 18 Modellkliniken aus Nordrhein-Westfalen (MFJFG 2000; MASSKS 2000) unter dem Schwerpunkt „Ärztliche Arbeitszeiten“ besonders interessant. In den meisten Fällen betonten die Ärzte ihr Interesse an einer zumindest begrenzten Verminderung der Arbeitszeit-Belastung, während die Umsetzungsmöglichkeiten des ArbZG und anderer Projektziele stark bezweifelt wurden. Hinzu kommt, dass die Verknüpfung von Organisations- und Arbeitszeitaspekten wichtiger ist als bei anderen Berufsgruppen. So betrafen die Lösungsvorschläge vorrangig arbeitsorganisatorische Veränderungen (z.B. OP-Planung, Regelung der Visiten), nach deren Erprobung Arbeitszeitkonzepte i.e.S. entwickelt oder umgesetzt werden sollten. (Ergebnisse zu Auswirkungen und Konsequenzen der Reorganisation liegen nicht vor.)
- In einer jüngeren Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (Blum, Müller und Offermanns 2004) wurden auch personelle und finanzielle Auswirkungen alternativer Arbeitszeiten in 52 Allgemeinkrankenhäusern geprüft. Der personelle Mehrbedarf entstünde demnach v.a. durch Nacht- und Wochenenddienste und wird bei einer ca. 40-Stunden-Woche auf 18.700 ärztliche Vollkräfte geschätzt; nur wenn sich alle deutschen Ärzte für eine 48-Stunden-Woche entscheiden würden, könne das Arbeitszeitgesetz „theoretisch“ stellenneutral umgesetzt werden. Die Zusatzkosten in den Allgemeinkrankenhäusern ab 100 Betten würden sich auf mehr als 500 Millionen Euro belaufen, selbst wenn man eine 48-Stunden-Woche mit 50 oder 100% betroffener Mitarbeiter unterstellt. Bei der Einschätzung der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Mitarbeiter befürchteten die Ärzte tendenziell eher Verschlechterungen.

Eine kontinuierliche wissenschaftliche Begleitforschung der Prozesse und Ergebnisse aktueller Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern findet (mit Ausnahme einiger kleiner Pilotprojekte) also nicht statt. Inhaltlich zeigt die Beforschung bisheriger Modellprojekte ebenfalls Erkenntnisdefizite: Diese betreffen vor allem die als „mittelbar“ eingestuften Auswirkungen neuer Arbeitszeitmodelle auf die Sozial- und Gesundheitsverträglichkeit (z.B. gesichertes Einkommen, geringe gesundheitliche Belastungen) und Zusammenarbeit der Beschäftigten einerseits sowie die Verbesserung der Patientenbetreuung (aus eigener oder fremder Sicht) andererseits. Auch wenn solche Zusammenhänge, beispielsweise in Bezug auf eine bessere Anpassung des Klinikalltags an den „normalen“ Lebensrhythmus der Patienten, in hohem Maße plausibel erscheinen, steht ihre empirische Prüfung weitgehend aus. Wenn es nicht gelingt, die Einsicht zu vermitteln, dass am Ende alle Beteiligten von den geplanten Umstellungen profitieren werden, kann die Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells schnell am Widerstand einzelner Berufsgruppen scheitern. Von betriebspolitischer und gewerkschaftlicher Seite werden in diesem Zusammenhang vor allem die sozialetischen Grenzen von Qualitätsmanagement-Programmen im Kontext der arbeitsschutz- und tarifrechtlichen Auseinandersetzungen hervorgehoben (vgl. Gewerkschaft ÖTV 2001).

Schließlich erfordert eine zeitgemäße Arbeitszeitgestaltung und Begleitforschung eine stärkere Beachtung *aller* Berufsgruppen und Funktionsbereiche des Krankenhauses, speziell bei Konzepten für die ärztliche Arbeits(zeit)organisation (vgl. MFJFG 2000, Bd. 2: 221 ff). Dies ist wegen der möglichen Nebenwirkungen isoliert betriebener (berufsgruppenbezogener) Modellprojekte auf andere Berufsgruppen und Funktionsbereiche von Bedeutung. In eigenen Befragungen zur Patienten- und Mitarbeiterorientierung in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung (39 Ärzte, 84 Pflegende) zeigte sich ein besonders hoher Handlungsbedarf im Bereich der „strukturellen“ Arbeiterschwernisse, d.h. im Kernbereich der arbeitszeitpolitischen Diskussion. Eine Folgebefragung in einem Krankenhaus der Maximalversorgung (40 Ärzte, 91 Pflegende) relativierte allerdings die These, dass das Pflegepersonal in jeder Hinsicht stärker als die Ärzte unter Belastungen bei der Arbeit leidet. Hier waren es stattdessen die Ärzte, die ihre Arbeitszufriedenheit, speziell auch unsere Fragen zu den Dienstplänen, Überstunden, Ruhe- und Pausenzeiten, sowie zur Effektivität der Arbeitsabläufe negativer beurteilten (vgl. Trojan, Nickel und Werner 2001).

Ungeachtet des Forschungsbedarfs ist die wissenschaftliche Begleitung betrieblicher Umstellungsprozesse schon allein wegen ihrer gesundheits- und berufspolitischen Implikationen von Interesse. Angesichts der internationalen Erfahrung, dass innerhalb der Krankenhäuser – wenn überhaupt – von den Initiatoren eher die Vorteile und weniger die Nachteile der Umstrukturierung des stationären Sektors thematisiert werden, besitzt der kritische Blick der Begleitforschung von außen eine Korrektivfunktion (vgl. Körner und Busse 2002: 165). Diese kann bei den Krankenhausreformen in Deutschland ein Gegengewicht darstellen zu einer einseitig an ökonomischen Effizienzkriterien orientierten Krankenhauspolitik. Neben dem Forschungsbedarf bezüglich der Identifizierung und Bilanzierung erfolgreicher Veränderungen in der Arbeitszeitgestaltung müssen auch Diskussions- und Umsetzungshilfen erarbeitet und krankenhausesübergreifende Fortbildungsprogramme im Sinne eines Erfahrungsaustausches über neue Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus organisiert werden.

1.2 Theoretische Zugänge

Die vorliegende Studie ist ganz allgemein der Versorgungsforschung zuzuordnen. Es geht darum, die Mitarbeiterorientierung und Arbeitsorganisation sowie die Patientenorientierung im Krankenhaus zu verbessern. Für die Gestaltung der Untersuchungsinstrumente und die spätere Interpretation der Ergebnisse haben wir auf drei theoretische Zugänge zurückgegriffen, die auch den Hintergrund für die im Abschnitt 3.1 formulierten Ziele der wissenschaftlichen Begleitforschung bilden.

1.2.1 Sozialepidemiologische Belastungs- und Stressforschung

Personenbezogene Dienstleistungsarbeit wird durch den Ko-Produzenten „Patient“ komplex und interaktionsintensiv (vgl. Pfaff, Münch und Badura 1999). Diese Tätigkeit ist zumeist schon für sich genommen sehr belastend. Die hohen Anforderungen werden nochmals verstärkt durch *körperliche* und – vor allem – durch *psychische* Belastungskomplexe, die in der einschlägigen Literatur wie folgt zusammengefasst werden:

- Arbeitsumfang, -verteilung und -organisation,
- Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten,
- Kommunikation und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Alle drei (psychischen) Stressorenkomplexe sind eng mit der Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus verknüpft. Insbesondere im Zusammenwirken mit einem Mangel an Kontrollmöglichkeiten und Ressourcen (z. B. geringer Abwechslungsreichtum der Arbeit, wenig Gratifikationen, geringer Entscheidungsspielraum, geringe Unterstützung, Persönlichkeitsfaktoren) führen solche Stressoren chronischer Art zu Stressreaktionen wie „Burnout“-Symptomen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Leistungsveränderungen verschiedenster Art (vgl. ebd.).

Dabei kann aber nicht davon ausgegangen werden, dass Arbeitszeiten eine „Schlüsselfunktion“ im Sinne einer Hauptdeterminante für die Entwicklung von Stressreaktionen einnehmen. Die Instrumente sind darauf abgestellt, dass das gesamte Panorama möglicher Stressoren in den Blick genommen wird. Außerdem muss einschränkend gesagt werden, dass es sich nicht um objektive, sondern *wahrgenommene* Stressoren (bzw. Belastungen) handelt. Wie groß das Ausmaß an körperlicher und psychischer Beanspruchung beispielsweise durch Wechselschicht und Nachtarbeit für Schichtdiensttätige im Einzelfall ist, hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab (vgl. BKK Bundesverband 2005: 15 ff).

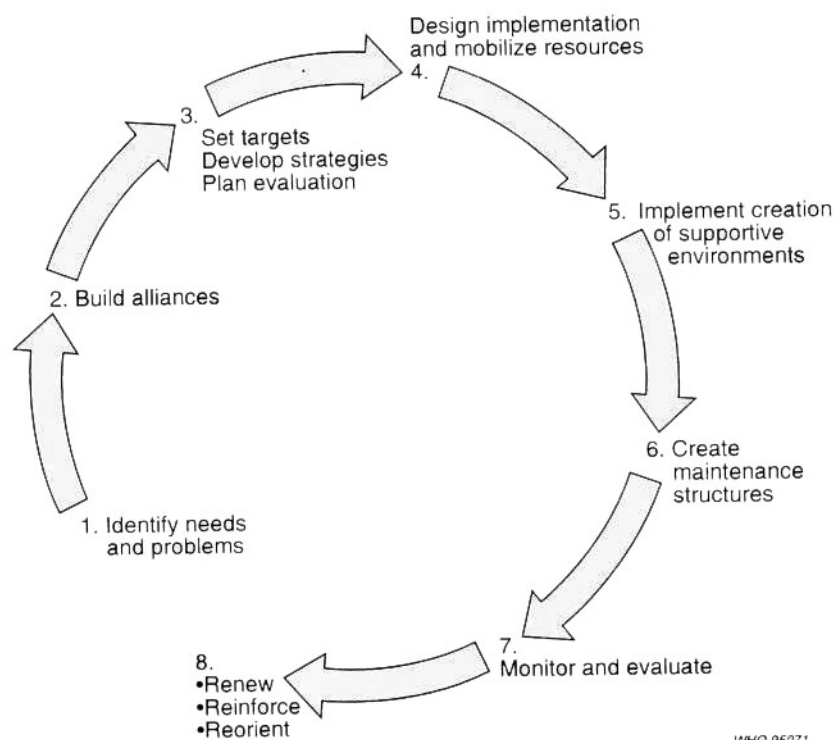
Die Fragestellung unseres Projektes in diesem Theoriezusammenhang lautet: Wie können durch innovative Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung subjektiv wahrgenommene Belastungen verringert und Ressourcen gesteigert werden, um auf diese Weise die individuelle Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern und die institutionelle Wettbewerbsfähigkeit des Krankenhauses zu erhalten oder zu steigern?

1.2.2 Gesundheitspolitischer Aktionszyklus

Der in der wissenschaftlichen Forschung so genannte „gesundheitspolitische Aktionszyklus“ (Health Policy Action Cycle) basiert auf amerikanischen Modellen und wurde von Rosenbrock (1995) als Grundlage für Public-Health-Innovationen bekannt gemacht. Dieser Zyklus stellt ein fast universelles Muster für Planungsprozesse dar (und ist dementsprechend auch unter anderen Namen bekannt (Qualitätsverbesserungs-Zyklus, Pflegeprozess-Zyklus, Planungs-Zyklus usw.). In seiner einfachsten Form besteht er aus den vier Stufen Situationsanalyse, Entscheidung über prioritäre Maßnahmen, Umsetzung und schließlich die Evaluation, die eine erneute Situationsanalyse darstellt und damit gleichzeitig auch den Eintritt in einen neuen Zyklus-Durchlauf. Für unser Projekt ist die Ausdifferenzierung interessant, wie sie von der WHO als Handlungstheorie für Gesundheitsförderungsmaßnahmen entwickelt wurde. Diese Variante wird in der Abbildung 1-1 wiedergegeben (vgl. Haglund, Pettersson, Finer und Tillgren 1996: 171).

Die zu untersuchenden Krankenhäuser befanden sich zu Beginn der Begleitforschung auf dem Weg von Stufe 3 zu Stufe 4: Die Ziele sind gesetzt; die Implementierung im ersten begrenzten Umfang stand unmittelbar bevor. (Die Prozessevaluation wird in Abschnitt 3 konkretisiert.) Am Ende des ersten Zyklus sollte eine Rückmeldung über die Pilotphase durch unser Forschungsprojekt stehen. Auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen sollte das Modell verbessert und der Zyklus erneut durchlaufen werden, um die innovativen Arbeitszeitmodelle später in anderen Krankenhauseinheiten zu implementieren.

Abbildung 1-1. Gesundheitspolitischer Politikzyklus (nach Haglund et al. 1996)



Der Aktionszyklus wurde zu Recht als kaum theoriehaltige „Phasenheuristik“ kritisiert (Sabatier 1993). Ein theoretischer Beitrag zur Policy-Forschung entsteht erst dadurch, dass – ganz im Sinne formativer Evaluation – Fragen nach den Einflussfaktoren auf die einzelnen Stufen des idealtypischen Ablaufs gestellt werden. Hieraus entstehen steuerungstheoretisch relevante Erkenntnisse über die Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen auf der „mikropolitischen Ebene“ einzelner Krankenhäuser bzw. Krankenhausunternehmen. Diese Erkenntnisse sind deswegen so wichtig, weil in der Realität die Umsetzung von Maßnahmen jedweder Art gerade *nicht* so „rund läuft“, wie es in der Darstellung des Zyklus suggeriert wird. Insbesondere in der mit überwiegend qualitativen Methoden betriebenen Begleitforschung der Umsetzung von neuen Arbeitszeitmodellen in den Krankenhäusern sollen die externen und internen betrieblichen Handlungsbedingungen, Kriterien, Motive und Strategien unterschiedlicher Akteure sowie deren Zusammenspiel in der mikropolitischen Arena „Krankenhaus-Unternehmen“ und schließlich das Zustandekommen und unterschiedliche Gelingen von Maßnahmen der Organisationsentwicklung empirisch rekonstruiert werden. Mit diesem Fokus greifen wir Fragen auf, die von Lenhardt, Rosenbrock und Elkeles (1996: 18) als zentral wichtig für die empirische Forschung über betriebliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung herausgestellt wurden.

1.2.3 Innovations- bzw. Diffusionstheorie

Die Diffusionstheorie (auch: Innovationstheorie) schließt unmittelbar an die Fragen der Policy-Analyse an und überlappt sich teilweise mit ihnen. Die Diffusionstheorie ist ein Erklärungsversuch, wie und warum sich Neuerungen in einer Kultur oder einer Institution verbreiten und wodurch sie zu akzeptierten Gewohnheiten oder Handlungsmustern werden. Diffusion ist dabei definiert als ein Prozess, in dessen Verlauf eine Innovation in zeitlicher Folge zwischen Mitgliedern eines sozialen Systems über bestimmte Kanäle vermittelt und eventuell übernommen wird. Die Diffusionstheorie unterscheidet Menschen danach, ob sie Neuerungen früher oder später aufgreifen und annehmen. Man unterscheidet 5 Kategorien (in Klammern deren Quantitäten in der idealtypischen Kumulationskurve von „Adoptern“ gemäß Rogers 1983):

- Innovatoren / Initiatoren (2,5%),
- Vorreiter / frühe Adopter (13,5%),
- frühe Mehrheit (34,0%),
- späte Mehrheit (34,0%),
- Nachzügler (16,0%).

Das Projekt fokussiert darauf, wie durch Initiatoren in einem Krankenhausunternehmen die Basis für flächendeckende Innovationen (bzw. unternehmensweite Diffusion der Innovation) gelingen kann. Im Zeitrahmen unserer Studie konnten wir aufgrund der unsicheren Rechtslage bei der Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie wie auch durch den zu Projektbeginn unerwarteten Trägerwechsel der LBK-Gruppe im Wesentlichen nur die Innovatoren und Vorreiter, d.h. die beiden ers-

ten Kategorien der Kumulationskurve von Rogers erreichen.

Die Innovationsforschung lässt zwar keine genauen Aussagen über die Zeitspanne zu, die benötigt wird, um die Annahme einer Innovation durch zunächst die „frühe“ und später die „späte Mehrheit“ zu erreichen. Es gibt jedoch fünf entscheidende, die Adoptionswahrscheinlichkeit erhöhende Faktoren:

- relativer Vorteil gegenüber dem Bisherigen,
- Vereinbarkeit mit bestehenden Normen, Werten, Erfahrungen und Bedürfnissen,
- möglichst geringe Komplexität,
- Erprobbarkeit (die Möglichkeit, ohne sich langfristig festzulegen, Erfahrungen mit der Innovation zu sammeln), sowie
- Beobachtbarkeit (bzw. allgemeiner: das Erreichen von Sichtbarkeit und Bekanntheit der Innovation bei anderen potentiellen Anwendern, also die Frage nach Transfer-Chancen).

Mit den drei sich ergänzenden theoretischen Zugängen kommen Fragestellungen, Einflussfaktoren, Akteurskonstellationen sowie individuenbezogene und institutionsbezogene Erkenntnisse ins Blickfeld, die die spätere Interpretation unserer Ergebnisse in größeren theoretischen Zusammenhängen ermöglichen. Über die unmittelbare Ergebnis- und Rückmeldung an die beteiligten Krankenhäuser hinaus trägt das Forschungsprojekt also auch zum wissenschaftlich verallgemeinerbaren Erkenntniszuwachs in den drei genannten Theoriebereichen bei.

1.3 Was sind „neue Arbeitszeitmodelle“?

Versuche zur alternativen Gestaltung der Arbeitszeit von Ärzten und anderer Berufsgruppen mit Bereitschaftsdiensten im Krankenhaus gibt es mittlerweile in ausreichender Zahl (vgl. zum Überblick: Hamburger Ärzteblatt 6-7/03; LASI 2003). Nun ließe sich berechtigt fragen, ob etwa die Einführung einer oder mehrerer zusätzlicher Schichten bereits als „neues Arbeitszeitmodell“ bezeichnet werden könne und was es mit der scheinbaren Vielfalt solcher Modelle auf sich hat. Denn während ein echtes „Modell“ die als wichtig betrachteten Eigenschaften im Sinne eines Vorbildes herausstellen sollte, unterscheiden sich viele der gängigen Arbeitszeitmodelle eher unwesentlich untereinander wie auch zu den Arbeitszeitmodellen aus anderen Dienstleistungssektoren. Dass der Modellbegriff in dem von uns untersuchten Feld oft inflationär gebraucht wird, liegt vielleicht an der bestehenden Konkurrenz und dem Innovationswettbewerb in diesem Bereich.

Es wäre freilich ebenso ein Missverständnis, ein in der Praxis anderer Häuser erprobtes Arbeitszeitmodell einzuführen, ohne die Besonderheiten des jeweiligen Krankenhauses zu berücksichtigen. Der Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI 2003) hat deshalb im Auftrag der Sozial- und Gesundheitsminister der Länder vorhandene Arbeitszeitmodelle ausgewertet und eine Liste von neun Modellen zusammengestellt, mit denen die Arbeitszeitgestaltung der Krankenhausärzte und anderer Berufsgruppen den rechtlichen und tariflichen sowie teilweise zu-

sätzlich den Bedingungen der oben genannten Urteile des Europäischen Gerichtshofs angepasst werden können. Die verschiedenen Modelle lauten wie folgt:

a) Modelle mit Bereitschaftsdienst gemäß BAT/AVR³

- *Modell 1:* Bereitschaftsdienstmodell (bis 49% Inanspruchnahme) nach tariflichen Vereinbarungen: 7,5 Stunden Arbeitszeit und mehr als 12 Stunden Bereitschaftsdienst;
- *Modell 2:* Bereitschaftsdienstmodell (bis 25% Inanspruchnahme) nach tariflichen Vereinbarungen: mehr als 7,5 Stunden Arbeitszeit und mehr als 12 Stunden Bereitschaftsdienst;
- *Modell 3:* durch Bereitschaftsdienst mit bis zu 25% Inanspruchnahme geteilte Arbeitszeit: bis zu 7 Stunden Arbeitszeit (geteilt) vor und nach dem Bereitschaftsdienst, danach frei;
- *Modell 4:* versetzter Dienst vor Bereitschaftsdienst: 8 Stunden Arbeitszeit und 13 Stunden Bereitschaftsdienst;
- *Modell 5:* Spätdienstmodell: 7,5 bis 8,5 Stunden Arbeitszeit je nach Schicht und 11,5 Stunden Bereitschaftsdienst.

b) Modelle, die zusätzlich den Anforderungen des EuGH-Urteils entsprechen

- *Modell 6:* Drei-Schicht-Modell: drei Schichten à 8,5 Stunden inklusive Pause;
- *Modell 7:* Spätdienstmodell (Früh- und Spätdienst) auf der Grundlage der tariflichen Vereinbarungen; Bereitschaftsdienste mit gestaffelten Arbeitszeiten;
- *Modell 8:* Nachtdienstmodell / versetzte Dienste: Arbeitszeiten von 8 bis 8,5 Stunden, zum Teil kombiniert mit Arbeitsbereitschaft;
- *Modell 9:* Arbeitsbereitschaftsmodell: Arbeitszeit 7,5 bis 8,5 Stunden und Arbeitsbereitschaft von 10,75 bis 11,75 Stunden.

Diese Modelle oder Beispiele sind „idealtypisch“ zu verstehen und sollen lediglich eine Hilfestellung geben bei der Auswahl und Erarbeitung neuer Arbeitszeitmodelle. In der Praxis müssen alle Arbeitszeitmodelle jeweils den spezifischen organisatorischen, personellen und finanziellen Bedürfnissen eines Krankenhauses oder einer bestimmten Organisationseinheit angepasst und im Rahmen der rechtlichen Vorschriften variiert bzw. miteinander kombiniert werden (Freie und Hansestadt Hamburg 2003: 4 f.). Dies gilt nicht zuletzt für die Frage, wie weit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Veränderungen beteiligt sind und diese Veränderungen akzeptieren, wie auch für die Sicherstellung einer kontinuierlichen Patientenversorgung, die den Qualitätsanforderungen entspricht. So gibt es kleinere Sonderbereiche, in denen Bereitschaftsdienste den An-

³ BAT = Bundesangestelltentarif für den öffentlichen Dienst mit seinen Sonderregelungen für Ärzte (in Hamburger Krankenhäusern seit dem 1.1.2007 umgestellt auf den TVöD / Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst, wie er bei der „Arbeitsrechtlichen Vereinigung Hamburg (AVH) e.V.“ gilt); AVR = Arbeitsvertragsrichtlinien für kirchliche Krankenhäuser

forderungen an den Personaleinsatz besser entsprechen (z.B. Neonatologie). Dort können auch keine Synergieeffekte durch Kooperation mit anderen Abteilungen erzielt werden. Für solche Einzelfälle, kleine Spezialeinheiten, würde man gerne das Bereitschaftsdienst-Modell behalten, was nach dem Arbeitszeitgesetz ja durchaus möglich ist.

Darüber hinaus gibt es mittlerweile eine ganze Reihe von Krankenhäusern und Klinikgruppen, die nicht mehr auf richterliche Entscheidungen und gesetzliche Änderungen warten wollen, sondern im Sinne der Mitarbeiterzufriedenheit und des Patientenschutzes vor Ort bereits grundlegende Veränderungen der Arbeitsbedingungen und der Bereitschaftsdienstregelungen eingeführt haben. Neben dem hier im Fokus der Untersuchung stehenden PANDA-Projekt des LBK Hamburg gehören unter anderen folgende Modellprojekte dazu:

- das Ingolstädter Modell (Fastenmeier 2003),
- das Modell im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Mentges 2003),
- neue Arbeitszeiten im Berliner Krankenhauskonzern Vivantes (Berliner Zeitung 2003),
- das PRIMA-Projekt im Universitätsklinikum Freiburg (Weißflog, Schüpbach und Zehender 2005),
- das Projekt „Innovative Krankenhaus-Arbeitszeitmodelle“ für die Krankenhäuser des Landes Bremen / inkam Bremen (Platzkoster, Rossbach, Borges und Görzel 2006) sowie
- verschiedene Modelle in Schweizer Krankenhäusern (LASI 2003: 16 f).

Nicht unerwähnt bleiben sollte, dass es neben den vielen zustimmenden Einschätzungen zur Umwandlung von Bereitschaftsdiensten in Regeldienste stets auch kritische Stimmen zu den genannten oder anderen Modellen gibt (vgl. zusammenfassend Kubsova 2006).

2 Das PANDA-Projekt des LBK Hamburg

Im Oktober 2001 gründete der Landesbetrieb Krankenhäuser (LBK) Hamburg, dem zu jener Zeit sieben Krankenhäuser mit rund 12.500 Beschäftigten (darunter 1.450 Ärzte) angehörten, das landesweite Projekt PANDA („Prozessorientierte Arbeitsorganisation / Neue Dienst- und Arbeitszeitmodelle“). Anstoß hierfür war neben der mit dem EuGH-Urteil vom 3. Oktober 2000 erneut entfalteten Debatte über Bereitschaftsdienste im Krankenhaus und der damit einhergehenden rechtlichen Unsicherheit vor allem das Ergebnis interner Prozessanalysen des LBK. Nachfolgend werden zunächst die Ziele, die Projektorganisation und Pilotbereiche von PANDA beschrieben, um im Anschluss daran die Aufgaben und Methoden der Begleitforschung zu umreißen.

2.1 Ziele und Wege des Projekts

Erklärtes Ziel des LBK Hamburg bei seinem PANDA-Projekt war es, den bisherigen Bereitschaftsdienst schrittweise in allen Bereichen und für alle Berufsgruppen abzuschaffen und durch alternative Arbeitszeitmodelle zu ersetzen. Dabei ging es allerdings nicht um die Entwicklung und Umsetzung eines Idealmodells der Arbeitsorganisation und Arbeitszeitgestaltung, sondern um die Erreichung einer Vielfalt von z.T. nicht widerspruchsfreien Zielen (vgl. Debacher 2002: 129):

- Entwicklung eines „Baukastens“ von Alternativmodellen zum Bereitschaftsdienst, die auf die KLINOVA-Prozesse⁴ aufsetzen und für die Fachgebiete spezifiziert werden,
- rechtskonforme Gestaltung der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeitmodelle (auch im Hinblick auf die zu erwartende Rechtsprechung),
- Beibehaltung der Versorgungsqualität bezogen auf das Gesamtunternehmen,
- Mitarbeiterorientierung (Mitarbeiterzufriedenheit),
- Kostenneutralität (d.h. die Vergütung, die bisher für Bereitschaftsdienste benötigt wurde, steht für die Finanzierung neuer Stellen zur Verfügung).

Die genannten Ziele lassen sich auch ganz allgemein als Leitbild für die Erarbeitung neuer Arbeitszeit- und Dienstplanungsmodelle im Krankenhaus benennen (vgl. Büssing und Seifert 1995; MFJFG 2000: 8 ff). Kernpunkte der Veränderungen sind eine veränderte Arbeitsorganisation und eine fach- und berufsübergreifende Zusammenarbeit vor allem während der „Grundservicezeit“, in der lediglich eine Basisversorgung im Krankenhaus vorgehalten wird (z.B. nachts). Die Dauer der „Vollservicezeit“ mit Verfügbarkeit der kompletten medizinischen Palette von disziplinären und diagnostischen Spezialdiensten wird um mehrere Stunden ausgedehnt und richtet sich nach dem jeweiligen Bedarf: In einer Notaufnahme liegt sie bei 24 Stunden, in einigen Funktionsbereichen

⁴ KLINOVA steht für ein übergreifendes Klinikkonzept, das der LBK Hamburg entwickelt hat, um die betrieblichen Strukturen und Prozesse für eine qualitativ bessere Patientenversorgung effizienter zu gestalten, z.B. durch: geplante Behandlungsabläufe, Belegungsmanagement, Behandlungsstufen, OP-Reorganisation, integrierte Notaufnahme.

kann sie bei 8 Stunden liegen. Nach Festlegung dieser und anderer Rahmenbedingungen für eine neue Dienstgestaltung (z.B. benötigte Schichtstärke zu einzelnen Tageszeiten und Wochentagen, Qualifikationsprofile der Mitarbeiter) wird versucht, durch eine möglichst flexible Arbeitszeitgestaltung die Anforderungen der Arbeitsorganisation und die Mitarbeiterinteressen weitestgehend in Einklang zu bringen (Debacher und Pfeiffer 2003: 269). Genutzt werden dabei vor allem:

- Schichten mit festem Anfang und Ende,
- unterschiedlich lange Schichten,
- überlappende/versetzte Schichten,
- flexible Standardarbeitszeit,
- flexible Schichten (mit offenem Ende),
- bedarfsorientierte Gleitzeit.

Ein Streitpunkt in diesem Zusammenhang ist bis heute die Einführung eines „Allgemeinarztes für stationäre Versorgung“ (=Arbeitstitel), der in vielen Regelungen früheren fachübergreifenden Bereitschaftsdiensten ähnelt (vgl. Preusker 2003: 29). Dieser Arzt soll in der Grundsarbeitszeit für die interdisziplinäre/abteilungsübergreifende Versorgung der Patienten auf einer Normalstation zuständig sein; ist spezialisiertes Fachwissen erforderlich, so kann durch diesen Arzt notfalls ein Spezialist in Rufbereitschaft hinzugezogen werden. Voraussetzung dafür sind die Abgrenzung der Allgemeinversorgung von der Spezialversorgung sowie eine hohe Qualifikation des fachübergreifend tätigen Arztes. Dabei ergibt sich ein Konflikt vor allem aufgrund der hohen Anforderungen an die personelle Ausstattung zu ungünstigen Zeiten, speziell an Wochenenden und in der Nacht, und der daraus zwangsläufig für die Mitarbeiter resultierenden Belastung mit diesen Diensten. Über Rotationsregelungen und die Übernahme von Wochenenddiensten von Ärzten außerhalb der Schichtdienstmannschaft kann dann versucht werden, die durchschnittliche Belastung der einzelnen Mitarbeiter zu reduzieren (Debacher und Pfeiffer 2003: 269).

Eine weitere Besonderheit des PANDA-Projekts betrifft die so genannte „Bis-zu-48-Stunden-Regelung“. Zur Minimierung bzw. Vermeidung hoher Einkommensverluste durch den Wegfall der bisherigen Bereitschaftsdienstvergütung (die im ärztlichen Bereich 20 bis 30 Prozent der Gesamtvergütung ausmacht) und durch die angestrebte Normalisierung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit hat der Vorstand des LBK im Februar 2003 mit dem Gesamtpersonalrat eine Rahmendienstvereinbarung für die Flexibilisierung der Arbeitszeitregelung abgeschlossen (Debacher und Pfeiffer 2003: 268). Mit dieser Vereinbarung bot der LBK seinen bisher im Bereitschaftsdienst tätigen Mitarbeitern die Wahl einer wöchentlichen Arbeitszeit von bis zu 48 Stunden. Die Anzahl der zusätzlichen Arbeitsstunden orientierte sich dabei an der bisherigen Bereitschaftsdienstvergütung. Der LBK ging davon aus, dass kaum neue Stellen geschaffen werden müssen, wenn sich das Gros der Mitarbeiter für die 48-Stunden-Woche entscheidet. Diese Alternativregelung war auf PANDA-Pilotprojekte begrenzt und hatte eine Laufzeit bis Ende des Jahres 2005.

2.2 Projektorganisation

Für die Projektleitung und -steuerung wurden zwei zentrale Steuerungsgremien eingesetzt: das *PANDA-Projektteam* und die *Lenkungsgruppe* (vgl. LBK Hamburg 2003: 6 f).

Das von einem Mitarbeiter des Servicecenters KLINOVA-Management geleitete PANDA-Projektteam bestand u.a. aus jeweils einer Pflegekraft und einem Arzt aus allen LBK-Krankenhäusern und war für die Durchführung des Projekts im Sinne der Projektziele unter Mitarbeit und Diskussion des Gesamtpersonalrates und weiterer Akteure (arbeitsmedizinischer Dienst, Frauenbeauftragte, zusätzliche Experten) verantwortlich. Zu seinen Aufgaben gehörte es auch, Konzepte für die zukünftige Arbeitsorganisation und die Personalentwicklung zu den Themen berufliche Qualifizierung, „Lebensarbeitsplatz“ Krankenhaus und Übergangsmodelle zu erarbeiten, mögliche Arbeitszeitmodelle zusammenzustellen sowie die Umsetzungsplanung in den Häusern zu unterstützen. Parallel zum PANDA-Projekt wurden ab der Mitte 2002 erste Pilotprojekte (im Folgenden auch Pilot- oder Modellbereiche genannt) durchgeführt. Die Anpassung des PANDA-Grobkonzepts an die Erfordernisse der einzelnen Krankenhausbereiche erfolgte dabei überwiegend in Form einer eigenen Projektstruktur „vor Ort“ unter Einbindung der betroffenen Mitarbeiter und des jeweiligen Personalrates in Arbeitsgruppen. Bewährt hat sich die Kombination von PANDA-Pilotprojekten und Reorganisationsmaßnahmen im Rahmen der KLINOVA-Programme (vgl. Debacher und Pfeiffer 2003: 269). Von großer Bedeutung ist auch die frühzeitige und offene Kommunikation innerhalb der Häuser über die Projektziele und die benötigten Daten (z.B. Patientenaufkommen, medizinische und administrative Leistungen) gewesen. Die so zusammengestellten Informationen galten als gemeinsam beschlossene Ausgangsbasis für die weitere Projektarbeit.

Der übergreifenden Lenkungsgruppe als zweiter Steuerungsgröße gehörten in ihrer ursprünglichen Zusammensetzung folgende Mitglieder an: der PANDA-Projektleiter, der Geschäftsführer des Servicecenters KLINOVA-Management, Vertreter unterschiedlicher Unternehmensbereiche des LBK Hamburg (Personalmanagement, Unternehmensbereich „Leistungsstrukturen“, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit), Vertreter aus den Direktorien der Modellbetriebe sowie die Vorsitzende des Gesamtpersonalrates. Die Lenkungsgruppe war verantwortlich für die öffentliche Darstellung des Projekts sowie die Absicherung der zur Projektumsetzung erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen. Des Weiteren wurden in der Lenkungsgruppe die Kooperationsvereinbarungen mit den Modellbetrieben geschlossen. Die wissenschaftliche Begleitforschung war weder an den Sitzungen der Lenkungsgruppe noch an denen des Projektteams von PANDA beteiligt.

2.3 Ausgewählte Pilotbereiche

Als Kooperationspartner und Untersuchungsfeld der Begleitforschung wurden seitens PANDA sechs Organisationseinheiten als Modell- bzw. Pilotbereiche ausgewählt und vom Institut für Medizin-Soziologie beforscht (vgl. Tabelle 2-1). Eine ursprünglich geplante Kooperation mit den chirurgischen Abteilungen zweier Kliniken, in denen jeweils ein einschichtiger OP-Betrieb auf einen Zweischichtbetrieb, ggf. ergänzt um Rufbereitschaften, umgestellt werden sollte, konnte leider

nicht realisiert werden. Aufgrund der unsicheren Rechtslage hinsichtlich der zukünftigen Arbeitszeitregelungen im Krankenhaus, der (Teil-) Privatisierung der LBK-Gruppe zum 1. Januar 2005 sowie der sich zuspitzenden tariflichen Auseinandersetzungen kam es immer wieder zu zeitlichen Verzögerungen und/oder Widerständen bei der Projektumsetzung und damit auch zu unerwarteten Problemen bei der Beforschung des Feldes. Dies ist der wichtigste Grund dafür gewesen, dass die Laufzeit unseres Forschungsprojektes um ca. 2 Jahre kostenneutral verlängert werden musste.⁵

Tabelle 2-1. Beforschte Pilotbereiche im Überblick

Pilotbereiche	Anzahl der Betroffenen	Beginn der Umsetzung
(1) Laborinstitut für Transfusionsmedizin	22 MTA	01.10.2002
(2) Zentrale Notaufnahme der Klinik I	74 Ärzte	01.06.2003
(3) Zentrale Notaufnahme der Klinik II	48 Ärzte	01.10.2003
(4) OP-Funktionsdienst der Klinik II	44 Pflegekräfte	01.07.2004
(5) Anästhesie-Funktionsdienst der Klinik II	26 Pflegekräfte	01.07.2004
(6) Gynäkologie und Geburtshilfe der Klinik III	20 Ärzte	01.06.2004

Die Krankenhäuser, in denen trotz aller Unwägbarkeiten und Unsicherheiten die zu untersuchenden Arbeitszeitmodelle – mehr oder weniger wie geplant – gestartet wurden, hatten einige für das Forschungsprojekt wichtige Vorteile:

- hohe Innovationsbereitschaft und -erfahrung,
- Einbettung in professionelle größere Projektstrukturen (Trägerschaft durch das KLINOVA-Servicecenter des LBK bzw. PANDA-Projekt),
- Integration in größere Zusammenhänge der Organisationsentwicklung und des Qualitätsmanagements (Entwicklung eines zentrumsbasierten Klinikmodells),
- explizite Berücksichtigung von Mitarbeiterorientierung (Mitarbeiterzufriedenheit) sowie des Leitziels „Sicherung der Versorgungsqualität“.

Diese Gemeinsamkeiten boten zu Beginn der Begleitforschung eine hohe Gewähr dafür, dass die Projekte machbar sind und breitere Bedeutung haben würden. (Der LBK Hamburg hatte immerhin zugesichert, Workshops für den Austausch miteinander und den Transfer ergänzend zu den Projektmitteln der Hans-Böckler-Stiftung in Form von „Arbeitsleistung“ zu finanzieren.) Eine weitere Voraussetzung für einen positiven Projektverlauf waren nicht zuletzt die guten Kooperationserfahrungen einzelner Krankenhäuser mit unserem Institut aus vorherigen Forschungsprojekten.

⁵ Für das große Verständnis für unsere Lage und die immer wieder gezeigte Ausdauer möchten wir uns ausdrücklich bei der Hans-Böckler-Stiftung bedanken, namentlich bei Volker Grünewald und Dr. Karsten Schneider.

3 Evaluationskonzept und Methodik

3.1 Zielsetzungen der Begleitforschung

Der Auftrag der wissenschaftlichen Begleitforschung lag im Schnittpunkt der Hans-Böckler-Stiftung-Themen „Perspektiven der Arbeitsgesellschaft“ und „Zukunft des Sozialstaates“. Im Rahmen der Diskussion über Perspektiven der Arbeitsgesellschaft ging es darum, die Qualität der Erwerbsarbeit im Krankenhaus an der Befriedigung individueller Lebensbedürfnisse der Beschäftigten zu evaluieren, ohne allerdings betriebliche Erfordernisse und gesamtgesellschaftliche Verantwortung preiszugeben. Eine ergänzende These aus dem Schwerpunktthema „Zukunft des Sozialstaates“ ist in diesem Zusammenhang, dass viele Finanzierungsprobleme der Sozialleistungsträger erst durch Vollbeschäftigung gelöst werden können. Neue Arbeitszeitmodelle können prinzipiell auch als frauen- und familienfreundlich angesehen werden; allerdings müssen die Modelle dazu langfristige Einsatzpläne und eine weitgehende Wahlfreiheit im Hinblick auf die Arbeitszeitgestaltung bieten, um eine bessere Abstimmung zwischen den Erfordernissen der beruflichen Arbeit einerseits und den außerberuflichen (soziokulturellen, familiären und Freizeit-) Bedürfnissen andererseits zu gewährleisten. Durch die günstigere Verteilung der Arbeitszeit kann teilweise auch den Bedürfnissen Alleinerziehender besser entsprochen werden.

Zentrale Zielsetzung

Vor diesem Hintergrund und im Hinblick auf die sozialen Folgen veränderter Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung bei Ärzten und anderen betroffenen Beschäftigten verfolgte das geplante Forschungsprojekt als zentrale Zielsetzung die begleitende („formative“) Evaluation neuer Arbeitszeitmodelle im Rahmen des PANDA-Projektes. Diese reicht von der Aufarbeitung und Präzisierung von Problemwahrnehmungen, Ausgangsbedingungen und Zielsetzungen über die Beurteilung der Umsetzbarkeit und Erfolge konkreter Veränderungsmaßnahmen bis hin zum Transfer der Ergebnisse in die gegenwärtige und künftige Praxis. Gegenüber dem „klassischen“ Verständnis von Evaluation als Programmforschung ergeben sich aus diesem pragmatisch und partizipativ orientierten Ansatz – dies gilt im besonderen Maße für innovative Projekte – zwei grundlegende Unterschiede für die Funktion der Evaluation (vgl. ausführlicher Koch und Wittmann 1990; Komrey 1995; Badura und Siegrist 1999):

- Der Evaluationsgegenstand ist lediglich vorübergehend abgesteckt und wird im Fortgang der Untersuchung neu konturiert – je nach den Interessen der Organisationen, Gruppierungen oder Personen, die an dem Modellversuch beteiligt sind.
- Die Ergebnisse der Evaluation werden in erster Linie zur Optimierung des Modells genutzt, d.h. es sollen positive Aspekte, aber auch Probleme in der Konzeption und Umsetzung erkannt und darauf aufbauend Verbesserungsvorschläge erarbeitet werden.

Beide Funktionen überlappen einander und sind nebeneinander erforderlich, wenn man Probleme erkennen und für die Zukunft daraus lernen will, sowie die eingesetzten Ressourcen auch hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit ihres Einsatzes beurteilen möchte. Je nach thematischem Kontext bedarf es hierzu sowohl qualitativer (zur „Verbalisierung von Erfahrungsrealität“) als auch standardisierter Methoden der empirischen Sozialforschung (zur „Quantifizierung“).

Ergänzende Zielsetzungen

Die allgemeine Zielsetzung der formativen Evaluation sollte in dem Projekt durch einige spezifischere Fragestellungen ergänzt werden:

- *Analyse der Unterschiede zwischen subjektiv wahrgenommenen kurz- und mittelfristigen Auswirkungen von Arbeitszeitmodellen:* Im Idealfall sind kurzfristig positive Auswirkungen der Modellprojekte erhebbar, die aber nicht stabil sind. Umgekehrt gibt es Auswirkungen, die erst nach einer bestimmten Zeit messbar sind, jedoch eine Reihe von Interpretationsproblemen in sich bergen (z.B. die erwähnte Zurechenbarkeit der am Ende vorgefundenen Ergebnisse zu den Interventionen). Dennoch sollten mittel- und langfristige Analysen nicht unterbleiben. Sie können oft wichtige Einblicke ergeben, ob, wann und warum Veränderungen im Zeitverlauf eintreten bzw. sich im weiteren Verlauf eines Modellprojektes (ggf. erst nach Abschluss der Einführungsphase) verstärken oder abschwächen.
- *Analyse der Akzeptanz und Umsetzbarkeit des Arbeitszeitmodells im Kontext der Innovationsprozesse im Krankenhaus:* Trotz der allgemein konsensfähigen Ziele der Sozialverträglichkeit, Kostenneutralität oder Beschäftigungswirksamkeit lassen sich Probleme im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis der Realisierung eines Modells vermuten. Umso bedeutsamer ist die Beteiligung und Mitwirkung der betroffenen Akteure. Sie müssen daher mit ihren Sichtweisen, Motiven, Interessen, Bedürfnissen usw. selbst zum Thema der wissenschaftlichen Begleitforschung werden. Diese betrifft vor allem die Beschreibung der Eingangserwartungen verschiedener Akteure, die Analyse von Schwierigkeiten und Abstimmungsproblemen bei ihrer Interaktion, sowie die Einschätzung von Risiken und Chancen, Aufwand und Ertrag aus verschiedenen Perspektiven.
- *Analyse der Übertragbarkeit eines Modells auf andere Einheiten:* Geht man davon aus, dass es keinen „Königsweg“ zu neuen Arbeitszeitmodellen gibt, sondern ein bestimmtes Arbeitszeitmodell nur unter spezifischen Voraussetzungen, d.h. je nach Arbeitsanfall, Stellenbesetzung, Technologie, Akteurskonstellationen usw. zu einer Fachabteilung, Station oder einem Krankenhaus passt, lassen sich die entwickelten Modelle nicht im Verhältnis 1:1 auf andere Bereiche übertragen. Hinter dieser Frage steht das grundsätzliche Problem, unter welchen Bedingungen sich innovative Arbeitszeitmodelle implementieren lassen. In der vergleichenden Prozessanalyse alternativer Möglichkeiten der Arbeitszeitgestaltung wollen wir Voraussetzungen und Grenzen ihrer Übertragbarkeit ermitteln.

3.2 Forschungsdesign

Das als Längsschnittuntersuchung angelegte Forschungsdesign erlaubte die Messung und den Vergleich der Planungsprozesse, der Implementierung und Akzeptanz verschiedener Arbeitszeitmodelle aus dem PANDA-Projekt. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die wissenschaftliche Begleitforschung keine Resultate im kausalanalytischen Sinne von Erfolgs- oder Wirkungskontrolle bringt; für derartige Fragestellungen wäre es nötig gewesen, in strukturäquivalenten Versuchs- und Kontrollgruppen die Ausprägungen der abhängigen Merkmale *vor* der Umgestaltung der Arbeitszeit und ausreichende Zeit *danach* zu messen und miteinander zu vergleichen (vgl. hierzu insbesondere die Forderungen im „Kontrollparadigma“ von Evaluationsdesigns bei Frondel und Schmidt 2001). Solche Kontrollgruppen sind im LBK Hamburg nicht vorhanden gewesen. Die idealtypischen Evaluationsdesigns, wie von Frondel und Schmidt (2001) vorgeschlagen, ließen sich in unserem Forschungsfeld daher nicht realisieren. Ein solches Vorgehen würde darüber hinaus ein hinreichendes theoretisches Wissen über die Zusammenhänge zwischen Zielen, Maßnahmen, Wirkungen und Umwelteinflüssen verlangen, was im Falle von Pilotprojekten „naturgemäß“ nicht vorhanden ist. In unserem Fall gebot bereits die im Untersuchungszeitraum erwartete Veränderung der Beurteilungskriterien und Randbedingungen (z.B. Personalwechsel, Testeffekte, Gesetzesänderungen wie die DRG-Einführung, Veränderungen der Arbeitsorganisation und andere Interventionen) eine stärker qualitativ orientierte und nicht-experimentelle Vorgehensweise. Die Begleitdokumentation und die qualitativen Teilstudien erlaubten eine Kontrolle der gleichzeitigen Veränderungsprozesse (vgl. Kapitel 3.3).

Mit dem Design ist eine zweite Einschränkung angesprochen: Streng genommen ist unsere Studie eine Summe von Einzelfalluntersuchungen ausgewählter Pilotbereiche des LBK Hamburg. Die vorwiegend explorativ und beschreibend ausgelegten Ergebnisse lassen sich also nicht unmittelbar auf andere Kliniken oder Klinikbereiche übertragen. Es ist aber zu erwarten, dass sich allgemeine Erfahrungen und Zusammenhänge bei Kontrolle relevanter exogener Einflüsse sinnvoll nutzen lassen und dass vergleichbare Entwicklungen zukünftig auch in anderen Kontexten zu beobachten sein werden. Dabei sollte im Sinne der Methode der „dichten Beschreibung“ (Geertz 2003) ein ganzheitliches Verständnis des Untersuchungsgegenstandes unter Einbeziehung von so vielen als relevant erkannten Einflussfaktoren wie möglich erreicht werden. Darüber hinaus kam der wissenschaftlichen Begleitung die Funktion einer fortlaufenden Qualitätsverbesserung zu: Indem die (Zwischen-) Ergebnisse unserer Arbeit – soweit erwünscht – möglichst zeitnah an die unterschiedlichen Akteure und Gremien mit Steuerungsfunktion auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene zurückgespiegelt wurden, konnte die Qualitätsentwicklung des Projekts gefördert werden. Die von dem LBK Hamburg bzw. den für das PANDA-Projekt zuständigen Mitarbeitern in Aussicht gestellten Informations- und Fortbildungsangebote sowie Workshops zum Thema „Neue Arbeitsorganisation und Arbeitszeiten im Krankenhaus“ sollten ebenfalls dazu beitragen, den organisierten Erfahrungsaustausch in diesem Forschungsfeld zu fördern. Insgesamt aber wurde zur Wahrung der Neutralität und Glaubwürdigkeit der wissenschaftlichen Begleitung die Rolle der Beobachtung, Analyse und Bewertung klar getrennt von der des Projektmanagements und der Prozessbegleitung.

3.3 Erhebungsverfahren und -instrumente

Bei der wissenschaftlichen Begleitforschung kamen im Kern folgende Methoden zum Einsatz: Dokumentenanalyse (inkl. Analyse der im Projektverlauf von den Arbeitsgruppen in den Pilotbereichen selbst generierten Daten), schriftliche Mitarbeiterbefragungen sowie Experteninterviews mit ausgewählten betrieblichen Schlüsselpersonen. Im Folgenden sollen die Ziele, Instrumente und Auswertungsverfahren dieser Methoden skizziert werden.

Dokumentenanalysen

Die Begleitdokumentation der PANDA-Pilotprojekte richtete sich zunächst retrospektiv auf die Einführung der neuen Arbeitszeitmodelle; der Prozess der Reaktionen auf ein neues Modell und seine (erwartbare) kontinuierliche Anpassung an Mitarbeiter- und Strukturerefordernisse dauerte jedoch die gesamte Projektlaufzeit an. Zur fortlaufenden Begleitdokumentation gehörten vor allem die Sammlung und Analyse von Projektpapieren zur Information und Kommunikation in den beteiligten Krankenhäusern, Berichten aus anderen Kliniken, Artikeln in Zeitschriften sowie „Feld-Notizen“, die Erfahrungen aus unseren Präsentationen und Diskussionen vor Ort und andere relevante Ereignisse wiedergeben. Diese eher unsystematische Feldforschung ergänzte die systematischen quantitativen und qualitativen Teilstudien über die gesamte Projektlaufzeit.

Mitarbeiterbefragungen

Einen Schwerpunkt der Begleitforschung bildeten die Entwicklung und Anwendung eines schriftlichen, standardisierten Erhebungsinstruments zur Erfolgskontrolle bezüglich verschiedener Merkmale der wahrgenommenen Arbeitsbelastung und -beanspruchung sowie der Qualität der Patientenbetreuung aus Sicht der Mitarbeiter. Obgleich im Prinzip die prospektive der retrospektiven Veränderungsmessung überlegen erscheint (vgl. Steffanowski et al. 2002), kam für die T0-Messung aus forschungspraktischen Gründen nur die retrospektive Erfolgskontrolle in Frage. Dies ist allerdings nicht als gravierender Nachteil zu betrachten: Die von uns als durchaus realistisch angesehene Einschätzung der Kooperationspartner war, dass Ergebnisverzerrungen durch bewusst gesteuerte Beschönigung des *alten* und vorurteilsbedingte Abwertung des *neuen* Modells zustande kommen könnten und die T0-Messung damit relativ unbrauchbar machen würden.

Die Befragungen waren als Vollerhebungen aller Betroffenen (ohne Kontrollgruppe) angelegt und sollten ursprünglich zu 2 Erhebungszeitpunkten erfolgen: ca. 6 bis 8 Monate nach Einführung (T1; inkl. Messung der erinnerten Situation zu T0) und ca. 12 bis 14 Monate nach Einführung (T2). Aufgrund von zeitlichen Verzögerungen im PANDA-Projektverlauf und anderer Widerstände bei der Umsetzung der Arbeitszeitmodelle vor Ort konnten diese Vorgaben nur in zwei Modellbereichen erreicht werden (Laborinstitut für Transfusionsmedizin und Zentrale Notaufnahme der Klinik I). Für alle anderen Pilotprojekte musste auf eine Folgerhebung verzichtet werden. Allerdings lag in diesen Fällen der T1-Erhebungszeitpunkt sehr viel später und kann daher mit der T2-Messung der beiden ersten Bereiche gleichgesetzt werden.

Das modulare Erhebungsinstrument wurde auf Grundlage eigener Vorarbeiten (vgl. Trojan, Nickel und Oppolzer 1999; Nickel und Trojan 2002; Nickel und Trojan 2004) und anderer Studien (u.a. Zerssen 1976; Bartholomeyczik 1978; Höfflin 1998) sowie unter Mitwirkung der Beschäftigten und Mitarbeitervertretungen entwickelt und umfasste sowohl allgemeine als auch spezifische Aspekte zur Arbeitssituation und Gesundheit der betroffenen Mitarbeiter. Im Einzelnen wurden – mit geringfügigen Modifikationen in einzelnen Bereichen – folgende Themenkomplexe berücksichtigt (vgl. Standard-Fragebogen im Anhang A):

- Länge der Wochenarbeitszeit und Arbeitszeitpräferenzen,
- Einhaltung gesetzlicher Arbeitszeitregeln,
- „normale“ Lebensführung / Lebensqualität außerhalb der Arbeit,
- psychophysische Belastungen,
- Kommunikation und Kooperation,
- Organisation der Arbeitsabläufe,
- patientengerechte Versorgung,
- Gesundheit der Mitarbeiter (Beschwerden-Liste von Zerssen 1976),
- Arbeitszeitzufriedenheit und „Bindung“ an den Arbeitsplatz,
- Beteiligung der Mitarbeiter an der Arbeitszeitgestaltung,
- subjektive Relevanz neuer Arbeitszeiten,
- soziodemografische und betriebliche Merkmale.

Die Auswertungen erfolgten zunächst deskriptiv auf der Basis von Häufigkeitsverteilungen, Kreuztabellen, Mittelwertvergleichen und Korrelationen (nach Pearson). Zur Überprüfung der statistischen Signifikanz wurden der Chi-Quadrat-Test, Varianzanalysen sowie der t-Test für abhängige und unabhängige Stichproben verwendet. Die Irrtumswahrscheinlichkeit in Bezug auf Unterschiede oder Zusammenhänge, die im statistischen Sinne nicht mehr als „zufällig“ betrachtet werden, ist mit $p \leq 0,05$ (signifikant) und $p \leq 0,01$ (sehr signifikant) festgelegt.

Mit einem Signifikanztest kann nichts über die Stärke bzw. praktische Relevanz der aufgefundenen Veränderungen ausgesagt werden.⁶ Um diese beurteilen zu können, wurde zusätzlich die Effektstärke (ES; auch Differenzmaß „d“ genannt) berechnet, indem Mittelwerte und Streuung von jeweils zwei Messreihen in Beziehung gesetzt werden. Die Berechnung erfolgte nach der Formel:

$$ES = (\text{Mittelwert}_{T1 \text{ bzw. } T2} - \text{Mittelwert}_{T0}) / \text{Standardabweichung}_{T0}$$

Um mit den Werten dieser Maßzahl arbeiten zu können, werden gemäß Cohen (1977) die Effektstärken in folgende Kategorien eingeordnet: $ES \geq 0,20$ „kleiner“; $\geq 0,50$ „mittlerer“; $\geq 0,80$ „großer“ Effekt. Ein positives Vorzeichen (+) weist auf eine Verbesserung, ein negatives (-) auf eine Verschlechterung im zeitlichen Verlauf hin.

Experteninterviews

In Ergänzung zur laufenden Begleitdokumentation und zu den Mitarbeiterbefragungen sollten mit Hilfe von qualitativen, leitfadengestützten Experteninterviews (ca. 3 bis 5 Monate nach der ersten Befragung sowie am Ende der Begleitforschung) mit ausgewählten betrieblichen Schlüsselpersonen die Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung und Übertragbarkeit neuer Arbeitszeitmodelle in der „mikropolitischen“ Arena der Pilotprojekte untersucht werden. Von besonderem Interesse ist hierbei gewesen, über welche Handlungsmöglichkeiten die Mitarbeiter und ihre betrieblichen Interessenvertretungen zu Beginn und im Verlauf der Modellphase verfügten und wie diese in Zukunft am besten genutzt werden können. Des Weiteren sollten die konkreten Gründe und Ziele für die Teilnahme am Projekt, der Prozess der Implementierung (Umsetzungsschritte, Ressourcenaufwand, Teilnehmer, Konflikte) sowie bilanzierende Einschätzungen der Erfolge und Misserfolge des Projekts einschließlich seiner Wirtschaftlichkeit seitens der Projektakteure ermittelt werden (vgl. Basis-Interviewleitfaden für alle untersuchten Modellbereiche im Anhang B).

Als Interviewpartner wurden jeweils 3 bis 7 strukturverantwortliche Akteure und/oder Betroffene aus den untersuchten Pilotbereichen ausgewählt (darunter PANDA-Mitarbeiter, Vertreter des Projektmanagements, Personal- bzw. Betriebsrat, ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung, Abteilungsleitung). Die Auswertung des in der Regel auf Tonband protokollierten Textmaterials orientierte sich an allgemeinen Verfahren der interpretativen Inhaltsanalyse: Transkription, Paraphrasierung, Überschriften, thematischer Vergleich, theoretische Generalisierung (vgl. Bogner, Littig und Menz 2005). Allgemeiner Gegenstand der Inhaltsanalyse sind Wissensbestände im Sinne von Erfahrungsregeln, die das Funktionieren von sozialen Systemen bestimmen. Der Fokus unserer Studie liegt bei förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Implementierung von Innovationen im Krankenhaus sowie ihrer Akzeptanz aus Sicht der beteiligten Akteure.

⁶ Hinzu kommt, dass die ehrgeizigste Untersuchung bei einer zu kleinen Stichprobe selten zu signifikanten Ergebnissen führt, obwohl die Forschungsannahme evtl. tatsächlich richtig ist.

4 Ergebnisse der Fallstudien

Im Folgenden werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung für die untersuchten sechs Pilotbereiche des PANDA-Projekts dargestellt. Die Darstellung erfolgt jeweils in vier Schritten: erstens die Beschreibung der Ausgangssituation, zweitens der Prozess der Projektumsetzung, drittens die Evaluation von Auswirkungen der neuen Arbeitszeitmodelle sowie viertens die bilanzierende Einschätzung der Prozesse und Ergebnisse seitens zentraler Projektakteure. Im Falle von Feinanpassungen eines Modells auf der Basis der Rückmeldung von Ergebnissen der Begleitforschung werden diese ebenfalls gesondert beschrieben.

4.1 Laborinstitut für Transfusionsmedizin

Seit rund 40 Jahren versorgt das ausgewählte Laborinstitut für Transfusionsmedizin verschiedene Krankenhäuser sowie eine Vielzahl von ärztlichen Praxen mit Blut. Folgende Leistungen werden rund um die Uhr – auch an Sonn- und Feiertagen – angeboten: Ausgabe von Blutkonserven, immunhämatologische Laborleistungen, konsiliarische Beratung. Von jährlich ca. 80.000 Blutspenden werden Standard-Erythrozylenkonzentrate, Quarantäne-Plasma, gefrorenes Frischplasma und Thrombozytenkonzentrate hergestellt. Zudem werden Eigenblutspenden durchgeführt.

4.1.1 Ausgangssituation

In dem Laborbetrieb waren zu Beginn des Projektes 25 Medizinisch-technische Assistentinnen (MTA) beschäftigt: 17 MTA in Ganztags-, 1 in Dreiviertel-, 5 in Halbtags­tätigkeit und 2 in Altersteilzeit mit 37,5 und 25%. Dies entspricht 20,9 Vollkräften.

Eine Mitarbeiterin im Bereitschaftsdienst (BD) kam um 19.30 Uhr und arbeitete bis 8.12 Uhr am nächsten Morgen. Von 21.00 bis 7.00 Uhr leistete sie dabei 10 Stunden BD der Stufe C (wird mit 65% gewertet). Diese 10 Stunden wurden als 6,5 Stunden Regelarbeitszeit gewertet. Sie arbeitete also 2,7 Stunden Regelarbeitszeit vor und nach dem BD plus gewertete 6,5 Stunden resultierend aus dem BD; dies sind insgesamt 9,2 Stunden. Sie hätte aber an diesen zwei Tagen 15,4 Stunden (2 x 7,7) gemäß Tarifvertrag arbeiten müssen. Es entstand daher von Montag bis Donnerstag jeweils ein Minus von 6,2 Stunden, die durch Überstundenabbau und/oder Wochenenddienste ausgeglichen wurden. Ein finanzieller Anreiz war für die MTA durch die Bereitschaftsdienstregelung nicht gegeben (vgl. Hatten 2003b: 198). Für eine kostenneutrale Stellenaufstockung standen folglich keine Beträge zur Verfügung, die bisher für Bereitschaftsdienste ausbezahlt wurden.

Aus diesen Gründen waren die MTA mit ihrer damaligen Arbeitszeitregelung unzufrieden und wollten auf Schichtdienst umstellen. Auch die Leitung des Laborinstituts wünschte eine Umstellung und verband dies mit der Hoffnung, die Arbeit im Ganzen besser strukturieren zu können. Ende des Jahres 2001 bat die Leitung das Servicecenter KLINOVA, genauer gesagt das PANDA-Projekt, um Unterstützung bei der Organisations- und Arbeitszeitänderung im MTA-Bereich. Er-

klärtes Ziel war die Einführung eines MTA-Regeldienstes rund um die Uhr, einschließlich einer Optimierung der Arbeitsprozesse bei Wahrung der Kostenneutralität. Außerdem sollten arbeitsmedizinische Erkenntnisse bei der Gestaltung des Arbeitszeitmodells berücksichtigt sowie festgelegte Zeitpunkte für die Erbringung von Leistungen (z.B. bestehende Öffnungszeiten des Blutspendedienstes) beachtet werden.

4.1.2 Projektdurchführung

Anfang Februar 2002 wurde eine Arbeitsgruppe aus drei MTA, zwei Ärzten, dem kaufmännischen und dem ärztlichen Leiter (später vertreten durch den leitenden Oberarzt) sowie einem Personalratsvertreter gebildet. Die Projektleitung übernahm eine Mitarbeiterin des PANDA-Projekts. Es wurde also eine unternehmensinterne, aber institutsexterne Projektleitung gewählt mit Fachwissen auf dem Gebiet der Arbeitszeitgestaltung und der Durchführung von Projekten. Die Projektleiterin steuerte und koordinierte das Projektteam, überwachte die Terminplanung und moderierte die Sitzungen. Die Arbeitsgruppe vereinbarte, sich alle 14 Tage für zwei Stunden zu treffen. Dabei wurde der Arbeits- und Zeitplan um einen Monat verfehlt. (Aus betrieblichen Gründen fielen zwei Sitzungen aus). Im Folgenden werden die Ergebnisse der Projektarbeit beschrieben.

Am 23. März 2002 wurde ein erster Workshop mit MTA und Ärzten des Instituts durchgeführt. In dem Workshop sollten Schwachstellen im Arbeitsablauf herausgearbeitet und gemeinsam festgelegt werden, welche Probleme so gravierend sind, dass sie auf jeden Fall verändert werden müssen. Auf der Prioritätenliste ganz oben lagen die Organisation des sog. Cito⁷-Arbeitsplatzes sowie „zu lange Wege“ zwischen den einzelnen Arbeitsplätzen. Eine Kartenabfrage zu betrieblichen Problemen ergab außerdem folgende Themen: „Einarbeitung nicht immer gewährleistet“, „ungünstige Arbeitszeiten (zu viele Über- und Minusstunden)“, „interne Kommunikation zwischen Ärzten und MTA“, „zu wenig Geräteunterstützung“ sowie „Einsatz der Geräte rund um die Uhr gewünscht“. Die Projektgruppe hat diese Punkte in ihren Arbeitsplan eingearbeitet und im Rahmen der Projektarbeit nach Lösungswegen gesucht. Im Sinne einer Verbesserung der Arbeitsorganisation wurden u.a. Geräteverlagerungen vorgenommen, um Wege zu verkürzen und Arbeitsplätze ergonomischer zu gestalten (vgl. ausführlich Hatten 2003b: 199).

Alle Tätigkeiten der MTA wurden ebenfalls einer Analyse unterzogen. Überprüft wurden insbesondere die Leistungsanforderungen im Tages- und Wochenverlauf. Eine Umwandlung des Bereitschaftsdienstes der Stufe C in Schichtdienst ohne zusätzliche Stellen machte es unumgänglich, neben der Ablaufoptimierung auch Arbeiten in die Nacht zu verlegen. Dafür wurden alle Tätigkeiten nach folgenden Kriterien bewertet: zeitkritisch, arztabhängig (Arzt ist im Rufdienst), jederzeit zu unterbrechen, erforderliche Konzentrationsleistung, Länge der Laufwege. Es wurden so „geeignete“ Tätigkeiten identifiziert und bei Wegfall eines dritten Spätdienstes in die Nachtschicht verlagert. Nachdem die Arbeitsplätze feststanden, erfolgte die Festlegung der notwendigen Personalbesetzung für alle Arbeitsschichten und Arbeitsplätze unter Berücksichtigung vorhandener Arbeitsver-

⁷ Bezeichnung für eilig (und schwer planbar) zu bearbeitende Notfälle

träge. Ergebnis der Projektarbeit war ein klares 3-Schicht-Modell mit teilweise versetzten Diensten (11 Frühdienste: 7.00/8.00-15.12/16.12 Uhr; 2 Spätdienste: 12.48/13.48-21.00/22.00 Uhr; 1 Nachdienst: 21.15-7.15 Uhr), das an den Wochenenden mit 1 bis 2 Mitarbeiterinnen pro Schicht auskam. Eine zusätzliche Betriebsvereinbarung sah vor, den Anteil der Nacharbeit auf maximal die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit sowie auf vier (in der Regel: zwei) Nachtdienste hintereinander zu begrenzen.

Am 13. Juli 2002 hat die Arbeitsgruppe ihre Ergebnisse im Rahmen einer Abschlussveranstaltung den übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorgestellt und gemeinsam diskutiert. Die anwesenden MTA waren mit dem Ergebnis einverstanden und befürworteten einen Probelauf von sechs Monaten, beginnend mit dem 1. Oktober 2002. Am Ende des Probelaufs folgten eine Mitarbeiterbefragung (durch die Begleitforschung) zu den kurzfristigen Auswirkungen des Projekts sowie eine Auswertung der Überstunden, Ausfallszeiten und der Personalkosten.

4.1.3 Auswirkungen des Projekts

Zwischen Juni und Juli 2003 wurden 22 MTA des Laborinstituts zum ersten Mal zu ihrer Arbeitssituation vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste (T0: erinnerte Situation) sowie zu ihrer aktuellen Lage (T1) befragt. Eine Folgebefragung (T2) fand im Zeitraum Februar/März 2004 statt. Der Rücklauf zum ersten Erhebungszeitpunkt betrug $n=16$ (72,7%) und verringerte sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt auf $n=11$ (50,0%). Davon gaben jeweils alle Mitarbeiterinnen an, bereits vor der Umsetzung des Pilotprojekts in ihrem jetzigen Arbeitsbereich beschäftigt gewesen zu sein.

Die Untersuchungspopulation der Befragten weist zum ersten Erhebungszeitpunkt mehrheitlich (ca. 44%) ein Alter von 40 bis 49 Jahren auf. Sie besteht ausschließlich aus Frauen und wird zur Hälfte aus Personen mit (Ehe-) Partner gebildet. Jeweils 25% der befragten Mitarbeiterinnen zu T1 sind jünger als 30 Jahre und leben allein. In der Folgebefragung haben vor allem weniger Personen geantwortet, die mit einem (Ehe-) Partner ohne Kind(er) leben. Entsprechend höher fallen die Anteile der Alleinlebenden (36%) und Partnerschaften mit Kind(ern) (27%) aus.

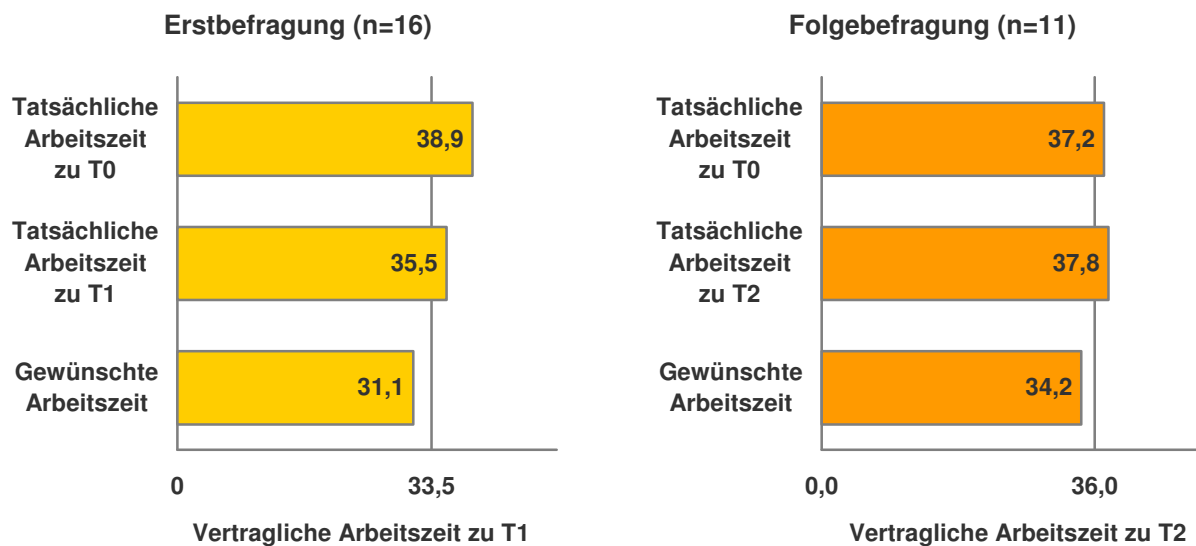
Ein Vergleich der Teilnehmer mit den uns zur Verfügung gestellten Daten zur Gesamtheit aller MTA hinsichtlich des Merkmals ‚Alter‘ zeigt eine gute Übereinstimmung ($p=0,68$ zu T1 bzw. $0,86$ zu T2; Chi-Quadrat-Anpassungstest). Aufgrund des Studiendesigns sowie der zufrieden stellenden Rücklaufquote ist ebenfalls davon auszugehen, dass die Verteilung der ‚wahren‘ Zufriedenen und Unzufriedenen annähernd der Untersuchungspopulation in der Studie entspricht.

Arbeitszeit und Arbeitszeitwünsche

Belastungsarme Arbeitszeiten zu haben ist eine von mehreren Herausforderungen, die in der arbeitszeitpolitischen Diskussion der letzten Jahre geäußert wurden. Dazu gehören insbesondere die Reduzierung sozial und gesundheitlich nachteiliger Dienste, sowie die Vermeidung von Überstunden, zu kurzen Ruhezeiten und unzureichenden Pausen. Durch diese Umschreibung wird der Begriff der ‚Arbeitszeit‘ umfassend und nicht einschränkend definiert, so dass jede persönliche Anwe-

senheit von Arbeitnehmern am Arbeitsplatz in Wahrnehmung ihrer Aufgabe unter diesen Begriff fällt.

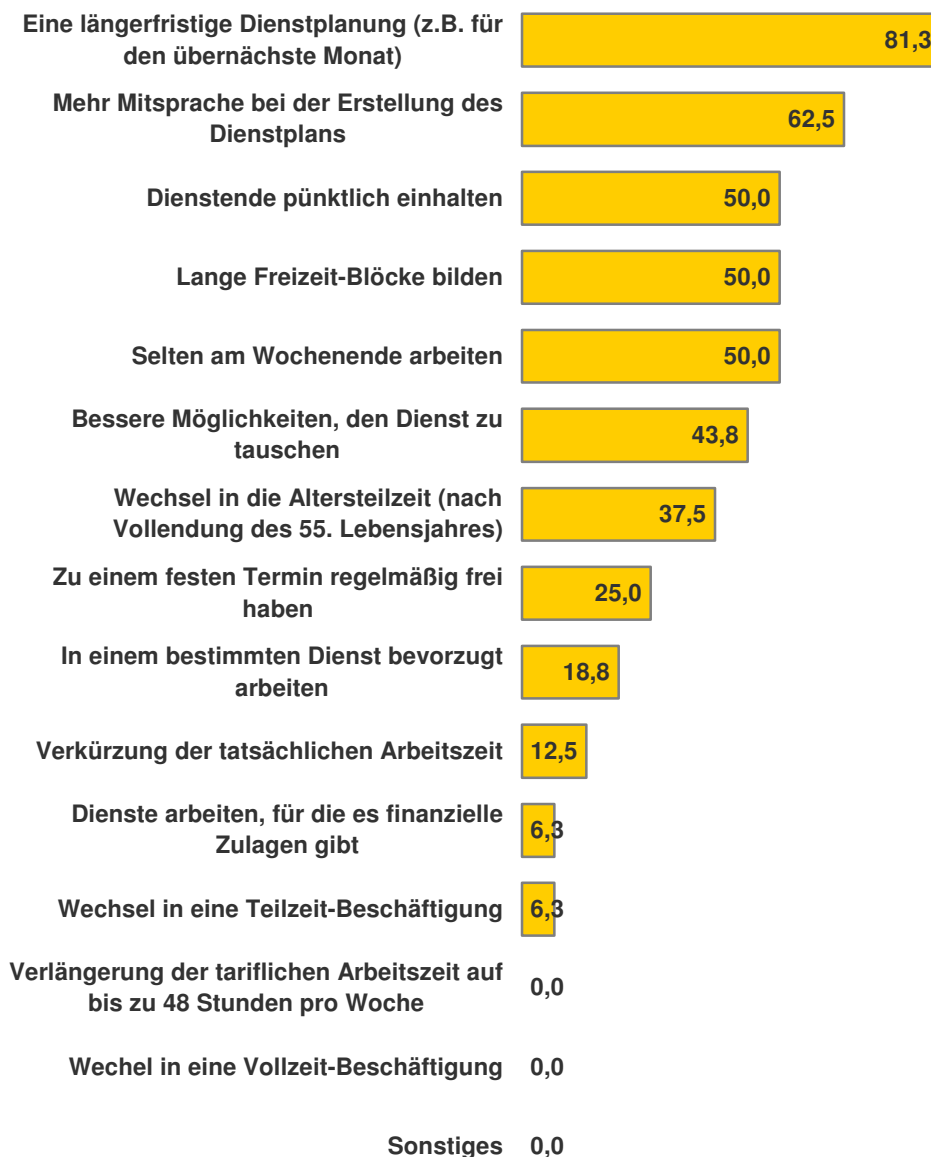
Abbildung 4-1. Tatsächliche, gewünschte und vertragliche Arbeitszeit in Stunden pro Woche (Mittelwerte)



Die tatsächliche Wochenarbeitszeit (inkl. Überstunden, Anwesenheit durch Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft) liegt bei den befragten MTA mit durchschnittlich 38,9 Stunden zu T0 und 35,5 Stunden zu T1 um 5,4 bzw. 2 Stunden über der vertraglichen Wochenarbeitszeit zum Zeitpunkt der Erstbefragung (linke Seite der Abbildung 4-1). Damit konnte ein wesentliches Ziel des Pilotprojekts, nämlich der Abbau von Überstunden und Mehrarbeit, bereits in relativ kurzer Zeit erreicht werden. Sofern die Befragten sich zu T1 nur um 2,4 Stunden kürzere Wochenarbeitszeiten wünschen, liegen auch Arbeitszeitwirklichkeit und -wunsch dicht beieinander. Hier ist allerdings zu beachten, dass die Angaben zu den Arbeitszeiten nicht von allen Mitarbeiterinnen, sondern nur von den Antwortern der jeweiligen Befragungen ermittelt wurden. Eine entsprechende Reduktion der tatsächlichen Anwesenheit am Arbeitsplatz konnte in der Folgebefragung daher nicht festgestellt werden. Vielmehr liegen sowohl die Angaben für T0 als auch für T2 nahe der vertraglich festgelegten Wochenarbeitszeit (vgl. rechte Seite der Abbildung 4-1).

Arbeitszeitwünsche reduzieren sich jedoch nicht nur auf die Belastungsdimension der Arbeitszeit, sondern betreffen auch die Mitbestimmung und die Flexibilität des Dienstplans. In der Rangfolge der Arbeitszeitwünsche liegen diejenigen Wünsche weit vorne, die sich auf die eigenen Entscheidungsmöglichkeiten hinsichtlich der Dienstplangestaltung beziehen (Abbildung 4-2). Eine längerfristige Dienstplanung wird von 81% der Befragten im Allgemeinen als wichtig angesehen. Knapp zwei Drittel (63%) streben auch mehr Mitsprache bei der Erstellung des Dienstplans an. Beide Wünsche betreffen eher die langfristige Arbeitszeitsouveränität von Beschäftigten, deren Erfüllung weniger in Widerspruch mit den Anforderungen der Organisation treten dürfte, als es bei kurzfristigen Einflussmöglichkeiten der Fall ist.

Abbildung 4-2. Wünsche an die Arbeitszeit und Dienstplanung; nur zu T1 erhoben
(Angaben in %; maximal 5 Nennungen möglich)

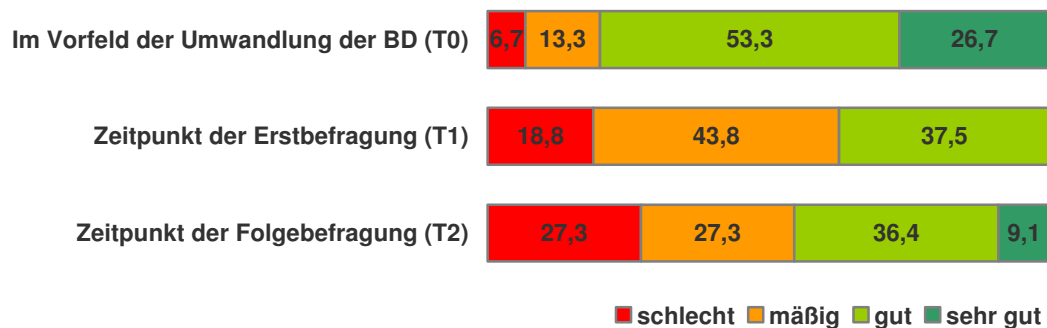


Jeweils 50% der Mitarbeiterinnen wünschen sich, ihre Dienstenden pünktlich einzuhalten, lange Freizeit-Blöcke zu bilden sowie selten am Wochenende zu arbeiten. In diesen Bereichen geraten die Wünsche mit anderen individuellen oder organisatorischen Zielen leicht in Konflikt: So mag z.B. ein langer Freizeitblock zwar auch Erholungsmöglichkeiten bieten, er ist aber bei Vollzeitbeschäftigten nur zum Preis langer Dienstketten zu haben. Arbeitsmedizinische Untersuchungen haben jedoch ergeben, dass kurze Dienstketten und eingestreute freie Tage einen höheren Erholungseffekt haben als lange Dienstketten mit einer anschließenden langen Freiphase.

Unter ökonomischen Gesichtspunkten ist auffällig, dass der Wunsch, Dienste zu arbeiten, für die es finanzielle Zulagen gibt, sowie die Möglichkeit einer Verlängerung der tariflichen Arbeitszeit auf bis zu 48 Stunden pro Woche so gut wie nie genannt werden. Der Wunsch nach einer Maximierung des Einkommens scheint hinter dem Wunsch nach mehr Freizeit zurückzustehen.

Neben den Einstellungen und Vorlieben hinsichtlich der Arbeitszeiten und arbeitszeitpolitischen Zielen haben wir die Mitarbeiterinnen auch gefragt, wie sie die Mitbestimmung ihrer Berufsgruppe im Vorfeld des Pilotprojekts erlebt haben bzw. gegenwärtig erleben (vgl. Abbildung 4-3). Demnach haben 80% der Mitarbeiterinnen ihre Beteiligung im Vorfeld der Umsetzung als ‚gut‘ oder ‚sehr gut‘ empfunden. Dies spricht für eine gelungene Vorbereitung und Durchführung des Projekts durch die verantwortlichen Akteure, die verschiedene Formen der Mitarbeiterbeteiligung (z.B. Gründung einer Arbeitsgruppe, Workshops, Kurzbefragungen, Präsentationen) in die Umgestaltung integriert haben.

Abbildung 4-3. Mitbestimmungsmöglichkeiten der eigenen Berufsgruppe bei der Arbeitszeitgestaltung (Angaben in %; n=16 bzw. 11)

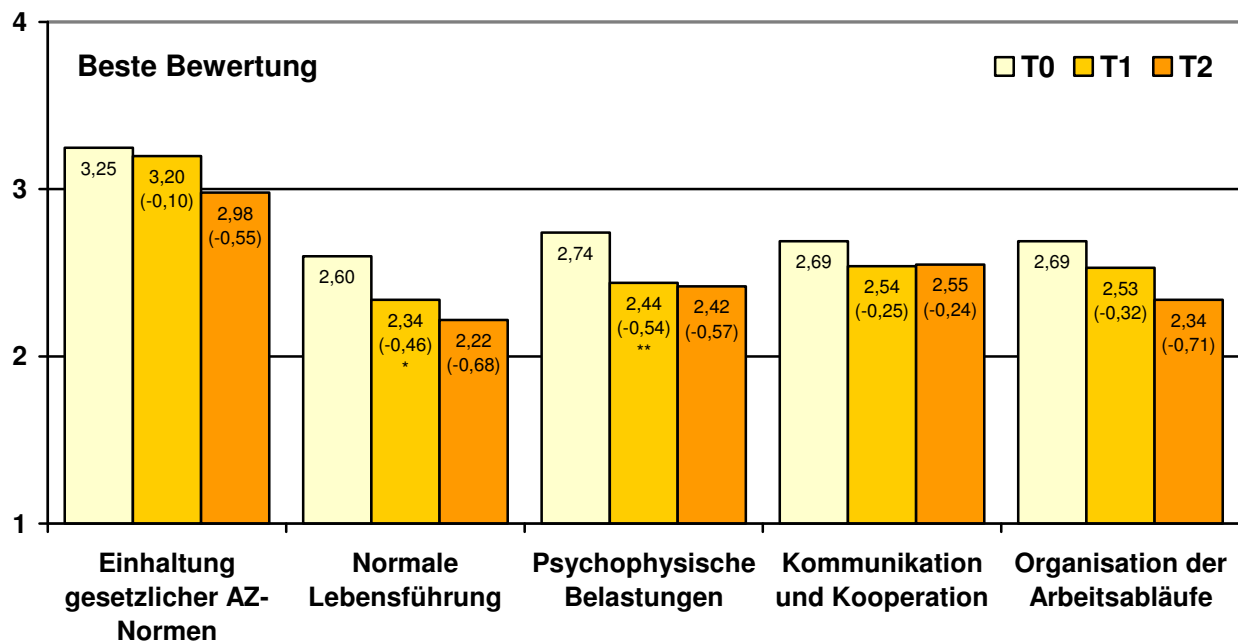


Im Arbeitsalltag ist die Mitarbeiterbeteiligung naturgemäß eingeschränkt und kennzeichnet eher die Entscheidungsspielräume und Arbeitszeitoptionen, welche die neue Arbeitszeitregelung im Routinebetrieb bietet. Immerhin geben über ein Drittel (38%) der Befragten zu T1 an, dass die Mitbestimmungsmöglichkeiten ihrer Berufsgruppe bei der Arbeitszeitgestaltung mindestens ‚gut‘ seien. Zu T2 steigt dieser Anteil sogar auf rund 46% an

Arbeitssituation und Gesundheit

Mit Hilfe einer differenzierten Erfolgskontrolle sollte festgestellt werden, ob die erhofften Vorteile erreicht wurden, sich alle Berufsgruppen an die getroffenen Absprachen gehalten haben und für die Mitarbeiter keine kritischen bzw. belastenden Situationen aufgetreten sind, die mit dem neuen Modell in Beziehung zu bringen sind. Dabei wurde mit der Befragung eine Einschätzung verschiedener Erfolgskriterien durchgeführt mit dem Ziel, die positiven und negativen Effekte der durchgeführten Interventionen zu erfassen. Im Folgenden werden wir zunächst die Ergebnisse anhand der Mittelwerte und Effektstärken für die sechs Qualitätsbereiche der Arbeitssituation und ihrer Messungen kommentieren (vgl. Abbildung 4-4).

Abbildung 4-4. Arbeitssituation im Zeitverlauf (Mittelwerte der Qualitätsskalen; Effektstärken T0-T1 und T0-T2 in Klammern; n=16 bzw. 11)



* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ (t-Test)

Negative Entwicklungen betreffen vorrangig die normale Lebensführung außerhalb der Arbeit (Effektstärke: -0,46 zu T1 bzw. -0,68 zu T2) sowie die psychophysischen Arbeitsbelastungen (-0,54 bis -0,57). Mittelfristig werden darüber hinaus auch Probleme der Arbeitsreorganisation und Personaleinsatzplanung erkennbar, die angesichts gesteigerter Leistungsanforderungen im Laborinstitut nicht leicht zu lösen sind. Ohne dies im Einzelnen mit Tabellen zu belegen, soll hier entlang der Einzelitems der jeweils untersuchten Dimension das Wichtigste noch einmal in Kürze zusammengefasst werden:

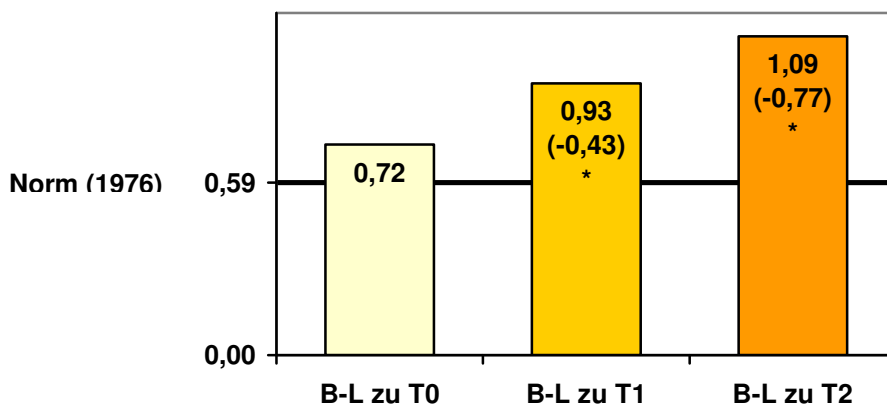
- *Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen des ArbZG:* Kurzfristig nehmen die MTA nur in Teilen positive Veränderungen, d.h. geringere Probleme oder Mängel wahr. Fühlten sich beispielsweise im Rahmen der (erinnerten) Ausgangssituation 75% der Befragten ‚selten‘ oder ‚nie‘ von einer Verlängerung der täglichen Arbeitszeit auf über 10 Stunden betroffen, so steigert sich dieser Anteil zu T1 auf rund 94%. Andere Probleme wie die Nicht-Einhaltung von vorgeschriebenen Ruhezeiten und Ruhepausen nehmen dagegen bereits nach der ersten Erprobungsphase zu und bilden einen Trend, der sich vor allem durch das erneute Überschreiten der täglichen Höchstarbeitszeit im weiteren Zeitverlauf negativ verstärkt (Effektstärke zu T2: -0,55).
- *‚Normale‘ Lebensführung bzw. Lebensqualität außerhalb der Arbeit:* Die negativen Einflüsse der neuen Arbeitszeitregelung zeigen sich fast in allen Bereichen des Alltagslebens, vor allem bei der Menge der verfügbaren Zeit für Aktivitäten im privaten Bereich (Eigen- und Familienzeit) sowie der Vereinbarkeit der Arbeitszeit mit gesellschaftlichen Zeitrhythmen (z.B. Mitwirkung in Vereinen oder Organisationen, Einstellung der Kinderbetreuung / Freizeitgestaltung auf die Arbeitszeit).

- *Psychophysische Arbeitsbelastungen*: Deutlichster Verbesserungsbedarf besteht im Hinblick auf die zunehmende Arbeitsverdichtung. So reduziert sich der Anteil derer, die sich ‚selten‘ oder ‚nie‘ durch körperliche Erschöpfung nach der Arbeit belastet fühlen, im Projektverlauf von 31% (T0) auf 6% (T1) bzw. 9% (T2). Der empfundene Zeitdruck bei der Arbeit nimmt in ähnlicher Weise zu. Eine vergleichbare negative Entwicklung – wenngleich auf einem höheren Niveau angesiedelt – zeigt sich auch bei dem Gefühl, die Arbeit sei so viel, dass man nie damit fertig werden kann, sowie bei der Übernahme von Tätigkeiten, für die eine Person nicht genügend ausgebildet ist (Unterschiede von 23 bzw. 29 Prozentpunkten zwischen T0 und T2). Die übrigen Belastungssituationen sind bis zum Zeitpunkt der zweiten Befragung relativ stabil geblieben.
- *Kommunikation und Kooperation*: Hier zeigen sich so gut wie keine Veränderungen zwischen der Ausgangssituation und der Situation zum Zeitpunkt der Erstbefragung. Lediglich der Anteil zufriedener Mitarbeiter mit dem Informationsaustausch mit angrenzenden Diensten verringert sich kurzfristig von 63% auf 38% (T1), um dann aber wieder auf einen erfreulichen Wert von 73% (T2) anzusteigen.
- *Organisation der Arbeitsabläufe*: Leichte Verschlechterungen betreffen zu T1 vor allem die Verteilung der Arbeit über den Tag sowie die benötigte Anzahl des Personals. Zu T2 nehmen dagegen Probleme in der alltäglichen Organisation und Kontinuität der Arbeit zu: Kurzfristige Änderungen des Dienstplans und Unterbrechungen der aktuellen Arbeitsvorgänge gehören ebenso dazu wie die verminderte Flexibilität bei personellen Engpässen. Diese Konstellation bildet vermutlich auch eine der Hauptursachen für die steigenden psychophysischen Arbeitsbelastungen.

Eine indirekte Folge veränderter Arbeitszeitgestaltung und -organisation liegt in der Gesundheit der Mitarbeiter (Abbildung 4-5). Gemessen am Gesamtwert der Beschwerden-Liste (B-L) übersteigen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste den Referenzwert der Normalbevölkerung (0,72 gegenüber 0,59).⁸ Dieser Wert steigt zu T1 signifikant auf 0,93 und zu T2 weiter auf 1,09. Ein Blick auf die Rangliste der am häufigsten genannten Beschwerden zeigt, dass mit dem neuen Arbeitszeitmodell vermehrt Schmerzen des Bewegungsapparates einhergehen (Kreuz, Rücken, Nacken und Schulter) (ohne Tabelle). Ebenfalls folgt eine Zunahme psychomentaler Beschwerden, nämlich Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen, Schlafstörungen, Mattigkeit, Reizbarkeit sowie innere Unruhe. Magen-Darm-Störungen als typisches Symptom bei reinen Nachtarbeitern treten kaum in Erscheinung.

⁸ Der Durchschnittswert für die Normalbevölkerung beruht auf einer repräsentativen Eichstichprobe aus dem Jahr 1976. Eine neue Eichung des Instruments findet derzeit statt.

Abbildung 4-5. Mitarbeitergesundheit im Zeitverlauf (Mittelwert der Beschwerden-Liste: Bestwert = 0, schlechtester = 3; Effektstärken T0-T1 und T0-T2 in Klammern)

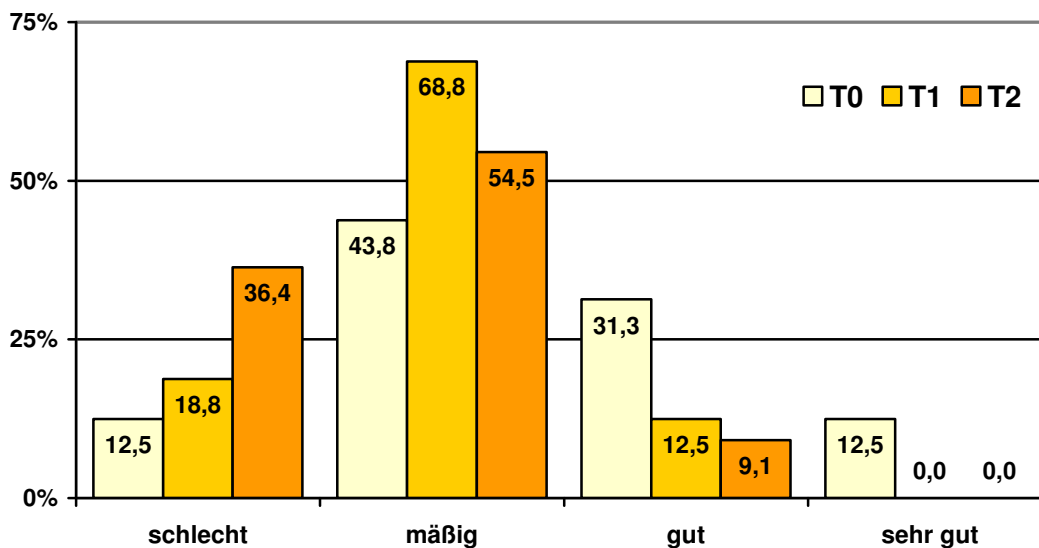


* p<0,05, ** p<0,01 (t-Test)

Gesamteinschätzung des Projekts

Eine abschließende Bewertung sollte die Mitarbeiterzufriedenheit mit dem neuen Modell sowie dessen wahrgenommenen Auswirkungen auf die Arbeitssituation dokumentieren. Die Analyse der Mitarbeiterzufriedenheit basiert zunächst auf einer Gesamteinschätzung der Arbeitszeitbedingungen im zeitlichen Verlauf (Abbildung 4-6). Es zeigt sich, dass zum Zeitpunkt der ersten Fortschrittsmessung nur 12,5% der Mitarbeiterinnen ihre Arbeitszeit ‚gut‘ oder ‚sehr gut‘ beurteilen. Zu T2 bleibt dieser Wert in etwa konstant, gleichzeitig erhöht sich aber noch einmal der Anteil der gänzlich ‚schlechten‘ Bewertungen auf 36%. Dies ist eine relativ starke Verschlechterung im Vergleich zur Ausgangssituation um rund 35 Prozentpunkte (Effektstärke T0-T2: -0,80; p<0,05).

Abbildung 4-6. Arbeitszeit-Zufriedenheit im Zeitverlauf (Angaben in %; n=16 bzw. 11)



Signifikanz: T0-T1: p<0,05; T0-T2: p<0,05 (t-Test)

Auf die Fragen, ob die Mitarbeiterinnen an ihrem Arbeitsplatz bleiben würden, wenn sie ein anderes Angebot bzw. die Möglichkeit zum Wechseln hätten („Bindung an den Arbeitsplatz“), sowie ihren Arbeitsplatz ihren Freunden empfehlen können („Empfehlung des Arbeitsplatzes“) hat die Einführung des neuen Modells dagegen kaum einen Einfluss. Die beobachtbaren Unterschiede sind gering und im statistischen Sinne nicht signifikant.

4.1.4 Urteile der Projektakteure

Im Folgenden werden die Phasen und Probleme bei der Projektumsetzung sowie der Grad der Zielerreichung, orientiert an den Zielsetzungen des Vorhabens zu Projektbeginn und den Kriterien der Begleitforschung, durch zentrale Projektakteure bzw. -experten⁹ bewertet. Besonderes Augenmerk wurde auch auf die Information der Mitarbeiter vor Ort und die Nutzung der Befragungsergebnisse aus der Begleitforschung gelegt.

Bewertung der Planung und Umsetzung des Projekts

Während des Probelaufs wurden die regelmäßigen Dienstbesprechungen und gesonderte Mitarbeiterversammlungen genutzt, die bisherigen Erfahrungen zu diskutieren und weitere Verbesserungen vorzunehmen (vgl. auch Hatten 2003b: 200). Schon im Oktober und November 2002 war ersichtlich, dass an den Tagen von Montag bis Donnerstag der Spätdienst nicht ausreichend besetzt war. Problem verschärfend wirkte sich aus, dass die Anforderungen auf der Nachfrageseite nach Blutprodukten (Kliniken und niedergelassene Ärzte) immer später auftraten und die MTA gezwungen waren, ihre Arbeit länger in den Abend zu verschieben. Es kam regelmäßig zu Engpässen, die entweder zu Überstunden im Spätdienst oder zu einer hohen Belastung im Nachtdienst führten. Ab Dezember konnte der Spätdienst durch Umorganisation des Frühdienstes mit einem zusätzlichen „frühen“ Spätdienst (11.48-20.00 Uhr) verstärkt werden.

Als positiv erwies sich die aktive Unterstützung und Einbindung der ärztlichen und kaufmännischen Leitung in das Projekt. Die Beschlüsse der Arbeitsgruppe erhielten damit ohne Verzögerung eine Zustimmung der Leitung und hatten sofort verbindlichen Charakter. Umgekehrt wurde die Einbeziehung der Betroffenen während der Planungs- und Umsetzungsphase des Projekts gewährleistet durch eine wöchentlich stattfindende Dienstbesprechung, auf der die Teammitglieder regelmäßig über den Projektfortschritt berichteten und Ergebnisse zur Diskussion stellten. Die zwei Veranstaltungen, der Workshop zur Arbeitsablaufverbesserung und die Veranstaltung zur Vorstellung der Arbeitsergebnisse und zur gemeinsamen Planung des Probelaufs haben die Akzeptanz und Kooperation bei den MTA sehr gefördert. In diesem Zusammenhang erwies sich auch die Wahl einer externen Projektleitung als vorteilhaft: Sie wurden von allen Teammitgliedern in ihrer Funktion anerkannt, respektiert und als „neutral“ empfunden.

Dennoch sind im Zuge der Arbeitszeitumgestaltung alte Konflikte über „Dienstplangerechtigkeit“ insbesondere zwischen Vollzeit- und Teilzeitkräften (inkl. allein erziehende Mütter) aufgebrochen:

⁹ PANDA-Mitarbeiter, Leitende MTA, Leitender Oberarzt, kaufmännische Leitung, Personalrat

Die Vollzeitkräfte fühlten sich benachteiligt, weil sie tatsächlich oder vermeintlich mehr Tätigkeiten („was übrig bleibt“) und/oder Dienste zu ungünstigen Zeiten ausüben mussten. Im Februar 2003 wurde daher ein Workshop organisiert, um gemeinsame Regeln für die Dienstplangestaltung zu erarbeiten. Die MTA haben sich einvernehmlich auf Grundsätze zur „gerechteren“ Verteilung der Spät-, Nacht- und Wochenenddienste geeinigt. Auch der Umgang mit persönlichen Wünschen zur individuellen Arbeitszeitverteilung wurde einvernehmlich geregelt. Im Verlaufe der Projektarbeit kamen weitere ungelöste Probleme zum Vorschein und mussten bearbeitet werden, denn sie hatten Auswirkungen auf die Kooperation der MTA und damit auf den Arbeitsablauf. Es gab z.B. Probleme im Bereich der Übergaben oder des Einspringens bei Engpässen. Nach Meinung der Projektleiterin sei die späte Bearbeitung dieser Konflikte jedoch nicht hinderlich gewesen.

Bewertung der Zielerreichung (inkl. Wirtschaftlichkeit)

Mit Blick auf die Zielerreichung vertraten die befragten Projektakteure sehr wohl die Ansicht, dass Teilerfolge verzeichnet werden konnten. Sehr begrüßt wurde die (anfängliche) Reduzierung der Anwesenheit am Arbeitsplatz in Richtung auf die tarifliche Wochenarbeitszeit sowie der Anspruch auf Schichtdienstzulage und Nachtarbeitszuschläge; auch die Arbeitsabläufe am Tage wurden nach Aussage der Akteure effektiver gestaltet, die Geräteumstellungen z.B. hätten den erwarteten Erfolg gebracht. Demgegenüber hätten sich die allgemeine Belastungssituation und Lebensqualität außerhalb der Arbeit nicht geändert, vor allem durch die immer weitere Verlagerung der Arbeit in den Spät- und Nachtdienst. Hinzu kommt, dass die Verschiebung der Spätdienste bis 22.00 Uhr (vorher bis 20.00 Uhr) eigenen Freizeitaktivitäten zuwiderliefe. Das ist und konnte nicht mit dem Arbeitszeitmodell aufgefangen werden. Nicht zuletzt die Gewöhnung an den Nachtdienst, ohne Schlafphase und mit angereicherten, festen Arbeitsinhalten, war – wie von den befragten Experten zu Beginn befürchtet – von den MTA nicht leicht zu verkraften gewesen, zumal sie sich selber noch mit Erwartungen an die zu leistende Arbeit unter Druck setzten und das Projektteam damit zu tun hatte, immer wieder zu erläutern, dass die Erwartungen an die Arbeitsleistung von der Unternehmensseite nicht so hoch seien und die Einhaltung von Pausen wichtiger sei.

Aus Sicht der Projektakteure bzw. -experten stimmen ihre persönlichen Erfahrungen weitgehend mit den Ergebnissen der Begleitforschung überein. Ohne das neue Arbeitszeitmodell, so der allgemeine Konsens, wären die Ergebnisse vermutlich wohl noch schlechter ausgefallen. Begründet wird diese Annahme u.a. mit dem Hinweis auf externe Einflussfaktoren, welche die Arbeitsbedingungen massiv verschlechtert hätten: auf der Beschaffungsseite vor allem die zunehmende Konkurrenz um Blutspenden und auf der Nachfrageseite die immer späteren Anforderungen durch Kliniken und Praxen mit kurzen Bearbeitungsfristen. Solche exogenen Faktoren seien es auch gewesen, die das Erreichen der wirtschaftlichen Zielsetzung „Kostenneutralität“ vor dem Hintergrund des PANDA-Projekts im Nachhinein schwieriger gestalteten, als ursprünglich gedacht. Ein anderer Teil der Unzufriedenheit der MTA wurde von einigen auch auf die „erinnerte“ Einschätzung der Ausgangssituation (zu viele Dienste, zu lange Anwesenheitszeiten am Arbeitsplatz) zurückgeführt, die vor dem Hintergrund der aktuellen Situation zu positiv ausfiel.

4.2 Zentrale Notaufnahme I / Innere Medizin

Klinik I unserer Fallstudien ist ein Krankenhaus der höchsten Versorgungsstufe mit einer Notfallaufnahme rund um die Uhr. Die Zentrale Notaufnahme dieser Klinik (ZNA-I) ist verknüpft mit den medizinischen Fachabteilungen für Gastroenterologie, Kardiologie und Onkologie. Sie ist die erste Anlaufstelle für alle internistischen Notfälle, bevor diese in die einzelnen Fachabteilungen weitergeleitet oder binnen kurzer Zeit wieder entlassen werden.

4.2.1 Ausgangssituation

Auf der ZNA-I existierte bereits vor der Teilnahme an dem PANDA-Projekt ein Arbeitszeitmodell, das den grundlegenden Anforderungen eines Schichtsystems im weitesten Sinne entsprach. Genauer betrachtet, verteilte sich der ärztliche Dienst auf der ZNA-I traditionell auf unterschiedlich gestaffelte Schichten. Der bis 31. Mai 2003 gültige Dienstplan bestand aus insgesamt drei Frühdiensten (versetzt von 7.30-17.30 Uhr), einem „Speaker“-Dienst (Stationssprecher mit Schicht von 7.00-17.30 Uhr), einem Oberarztendienst (8.00-16.30 Uhr) sowie einem Spätdienst (15.00-22.30 Uhr). Diese so genannten „regulären“ Dienste oder „Regeldienste“ wurden von festen Mitarbeitern der ZNA-I abgedeckt. Die ärztliche Versorgung während der Nacht wurde von vier Bereitschaftsdiensten der Stufen D und C (16.30-08.00 Uhr) aus den internistischen Abteilungen der Klinik sichergestellt. Der Personalbedarf dieses Arbeitszeitmodells sah die Beschäftigung von 15,3 Vollkräften (VK) vor. Am Wochenende galt ein etwas abgewandelter Dienstplan, der sich in erster Linie durch eine Personalreduktion (nur ein Frühdienst, keine Oberarztanwesenheit) am Tage und verlängerten Bereitschaftsdienstzeiten während der Nacht auszeichnete. Der Bereitschaftsdienst wurde vor Ort auf der ZNA-I abgeleistet, wobei die Organisation der Arbeit, wenn möglich, intern so aufgeteilt wurde, dass sich meistens einer der Mitarbeiter in dieser Zeit ausruhen konnte.

Seit 1. Juni 2003 wurde in der ZNA-I eine neue Arbeitszeitregelung im Rahmen des PANDA-Projekts „Innere Medizin“ erprobt.¹⁰ Vorrangiges Ziel der Arbeitszeitumstellung war die Einführung eines Regeldienstes mit versetzten Schichten für Ärzte rund um die Uhr, der die bisherigen Bereitschaftsdienste ablöst und mit einer Optimierung der Arbeitsprozesse sowie einer mehrmonatigen Rotation der Übernahme von Schichten der ZNA-I durch Ärzte der Inneren Stationen einhergeht. Angestrebt wurde die kostenneutrale Entwicklung von neuen Arbeitszeitmodellen bei gleichbleibender Qualität der Patientenversorgung, die Senkung der Arbeitsbelastungen durch lange Dienstzeiten und Überstunden (ein Thema, das seit längerem auf der Agenda von Personalversammlungen stand) sowie eine rechtskonforme, zeitlich angemessene Umsetzung des EuGH-Urteils zum Bereitschaftsdienst als Regelarbeitszeit (vgl. auch Abschnitt 1.1). Andererseits bedeutete die Übernahme von Bereitschaftsdiensten einen zusätzlichen Einkommensgewinn für die Ärzte, auf den viele nicht verzichten wollten. Allen betroffenen Ärzten waren jedoch die öffentliche Debatte darüber und die EuGH-Rechtssprechung im Vorfeld des Projekts bekannt.

¹⁰ Neben der internistischen Notaufnahme gibt es in der Klinik I eine chirurgische Notaufnahme. Das PANDA-Projekt betraf jedoch nur die internistische ZNA, daher der Titel des Projektes „Innere Medizin“.

4.2.2 Projektdurchführung

Das PANDA-Pilotprojekt „Innere Medizin“ lief parallel zu einem Projekt, welches sich explizit mit der Arbeitsorganisation bzw. Veränderung der Arbeitsabläufe und Prozessoptimierung beschäftigte. Hier soll in erster Linie das Projekt zur Arbeitszeitveränderung im Fokus stehen.

Innerhalb des Krankenhauses wurde das Projekt koordiniert durch eine Person mit Leitungsfunktion (=Projektmanager). Daneben existierten ein Projektbeirat sowie eine eigene Projektgruppe „Innere Medizin“, welche die konkrete Projektarbeit wie die Entwicklung des neuen Arbeitszeitmodells übernahm; diese Gruppe setzte sich zusammen aus dem Projektmanager, einem PANDA-Mitarbeiter, einer Vertretung des Personalsrats, der Personalabteilung sowie den ärztlichen Leitungen und Assistenzarztsprechern der ZNA-I und angrenzender Abteilungen. Der Personalsrat (später: Betriebsrat) hatte innerhalb der Projektgruppe die Aufgabe, hinsichtlich der zu beachtenden gesetzlichen, tariflichen oder betrieblichen Regelungen sowie aus vorhandenen Erfahrungen im Schichtdienst arbeitender Bereiche zu beraten. In der Klinik I wurde das Arbeitszeitprojekt während der gesamten Entwicklungslaufzeit von dem PANDA-Mitarbeiter begleitet.

Die Mitarbeiter der ZNA-I und der drei Medizinischen Abteilungen wurden über die Teilnahme der Klinik I am PANDA-Projekt und dessen Ziel der Umwandlung von Bereitschaftsdiensten in Schichtdienste vorab im Rahmen einer plenaren Großveranstaltung ebenso wie in dem Organ des Personalsrats „Der Personalsrat informiert“ in Kenntnis gesetzt. Über die Projektgruppenarbeit zur Entwicklung des neuen Arbeitszeitmodells konnten sich die einzelnen Mitarbeiter im Intranet informieren, in das eine aktuelle Modellpräsentation eingestellt wurde.

Insgesamt umfasste der Zeitraum der Entwicklung des Schichtdienstmodells vier Monate (Oktober 2002 bis Januar 2003). Der Beirat traf sich einmal in der Startphase und dreimal während der Entwicklungszeit des neuen Arbeitszeitmodells. Die Projektgruppe hingegen hat sich während der ersten 6-8 Wochen der Entwicklung wöchentlich getroffen, später intern zwei Projektteams gebildet und an zwei komprimierten Workshoptagen alle Ergebnisse der Arbeit zu einem neuen Schichtdienstmodell zusammengetragen. Auf den Projektgruppentreffen wurden regelmäßig Verlaufsprotokolle erstellt, die an die Lenkungsgruppe gesandt wurden.

Die Projektdurchführung auf der ZNA-I / Inneren Medizin folgte analog den vier vom PANDA-Projekt vorgesehenen Phasen der Arbeitszeitumgestaltung:

1. Erhebung,
2. Konzeption,
3. Umsetzung / Einführung,
4. Pilotierung / Anpassung.

Die erste Phase der Erhebung erfasste die aktuelle Datenlage zum Patientenaufkommen auf der ZNA-I wie die Tagesganglinien und Durchgangszettel, um daran den konkreten Personalbedarf ebenso wie die Optimierung von Arbeitsprozessen auszurichten.

Die Konzeption eines neuen Arbeitszeitmodells begann mit einer vom Projektmanagement durchgeführten „Blitzumfrage“ unter den beteiligten Ärzten der Projektgruppe mit dem Ziel, die von den Mitarbeitern gewünschte Schichtstärke auf der ZNA-I zu erfassen. Diese Umfrage ergab einen Bedarf an 26 Vollkräften (Arbeitstitel: „dicker Daumen“, also eine grobe Schätzung). Anhand dieser Informationen wurde daraufhin ein differenzierter Schichtdienstplan (Arbeitstitel: „Variante 2“) mit einem Personalbedarf an 19,4 Vollkräften für die ZNA-I / Innere Medizin entwickelt. Aus einem Abgleich der Kosten für das alte Bereitschaftsdienstmodell mit denen des neuen Schichtdienstmodells resultierte eine nochmalige Reduktion der Vollkräfte auf 18,3, womit die erforderliche Kostenneutralität des neuen Schichtsystems sichergestellt werden konnte. Trotzdem konnten im Vergleich zum alten Bereitschaftsdienstmodell durch die Umstellung auf Schichtdienst drei neue Vollzeitstellen für Ärzte auf der ZNA-I eingerichtet werden

In dem neu entwickelten Schichtmodell für die ZNA-I / Innere Medizin wurden sämtliche Bereitschaftsdienste in „Vollarbeit“, d.h. drei reguläre Nachtdienste umgewandelt. Auf der ZNA-I gibt es nach wie vor einen festen Stamm von Mitarbeitern, die sich diesen Arbeitsplatz frei wählen konnten. Aufgrund der hohen Regelarbeitszeit am Tage sind in diesem Bereich viele Frauen in Teilzeit beschäftigt. Diese Mitarbeiter verlassen die ZNA-I nur, wenn sie sich noch in der Facharztausbildung befinden, deren Weiterbildungsordnung eine Rotation auf verschiedenen Inneren Abteilungen vorschreibt. Zu den festen Mitarbeitern existiert die so genannte „Abteilungsrotation“, d.h. alle übrigen Schichtdienste werden von Mitarbeitern der angeschlossenen Inneren Abteilungen in einem Rotationszeitraum von einem halben Jahr abgedeckt, in dem diese fest der ZNA-I zugeteilt werden. (Die drei Abteilungen haben einen geregelten Dienstplan von 8.00-16.30 Uhr, eine Rufbereitschaft; Anforderungen während der Nacht werden nach dem neuen Arbeitszeitmodell nicht mehr über Bereitschaftsdienste, sondern über den Nachtdienst der ZNA-I abgedeckt.)

Das Dienstplanmodell auf der ZNA-I sah neben der Ablösung der Bereitschaftsdienste die Einführung von jeweils einem zusätzlichen Spätdienst (16.00-21.00 Uhr) sowie Speaker-Dienst (14.00-20.30 Uhr; entfällt am Wochenende) vor. Nach wie vor gibt es also in der Woche drei Frühdienste und einen Oberarztendienst, aber mehrere andere Schichten. Die personelle Aufstockung war nicht zuletzt eine Reaktion auf das erhöhte Patientenaufkommen an den Wochenenden, an denen alle ambulant tätigen niedergelassenen Mediziner ihre Praxen geschlossen haben: Hier wurden im Vergleich zum vorherigen Dienstplan zwei weitere Frühdienste und ein zweiter Spätdienst eingeführt. Parallel zur Umstellung der Arbeitszeiten wurde eine Dienstvereinbarung über die so genannte „48-Stunden-Regelung“ mit den betroffenen Abteilungen beschlossen (vgl. Abschnitt 2.1).

Die abschließende Befürwortung der jeweiligen Mitarbeiter und Abteilungsleitungen ebenso wie die des Personalrats und letztendlich der Krankenhausleitung im Februar 2003 führte zu der Entscheidung, das neue Arbeitszeitmodell nach Schichtsystem auf der ZNA-I / Inneren Medizin ab

dem 1. Juni 2003 in einer ersten Erprobungsphase bis zum 1. Dezember 2003 umzusetzen. Die Implementierung des neuen Arbeitszeitmodells erfolgte in einem Schritt. Während der Probezeit hat sich die Projektgruppe weiterhin regelmäßig alle 14 Tage getroffen, um die Feinsteuerung des Modells zu koordinieren. Nach Ablauf der Probezeit wurde entsprechend versucht, den Schichtplan noch einmal „mitarbeiterfreundlicher“ zu gestalten: Konkret wurde der neue Dienstplan auf der ZNA-I dahingehend modifiziert, dass einer der Frühdienste auf 10 Stunden (zzgl. 45 Minuten Ruhepause) verlängert wurde, der kurze 5-Stunden-Spättdienst wieder entfiel und ein Nachtdienst um 30 Minuten vorgezogen wurde. Mit der Reduzierung von Spätdiensten bei gleichzeitiger Vorverlagerung von Nachtdiensten wurde einem Anliegen der Mitarbeiter schon während der Entwicklung des neuen Schichtmodells entsprochen, bei denen vor allem kurze Spätdienste bzw. allgemein Dienste zu ungünstigen Zeiten sehr unbeliebt waren.

Mit PANDA wurde eine Umsetzungsvereinbarung über die Projektdurchführung abgeschlossen, und nach Ablauf der Probephase begann die wissenschaftliche Begleitforschung des Projekts.

4.2.3 Auswirkungen des Projekts

Zwischen Dezember 2003 und Februar 2004 wurden alle 74 Ärzte der ZNA und der angrenzenden Abteilungen der Inneren Medizin zum ersten Mal zu ihrer Arbeitssituation vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste (T0: erinnerte Situation) sowie zu ihrer aktuellen Lage (T1) befragt. Eine Folgebefragung (T2) fand im Zeitraum November/Dezember 2004 statt. Der Rücklauf zum ersten Erhebungszeitpunkt betrug $n=31$ bzw. 42% und erhöhte sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt auf $n=35$ (48%). Davon gaben 24 Mitarbeiter an, bereits vor der Umsetzung des Pilotprojekts in ihrem jetzigen Arbeitsbereich beschäftigt gewesen zu sein.

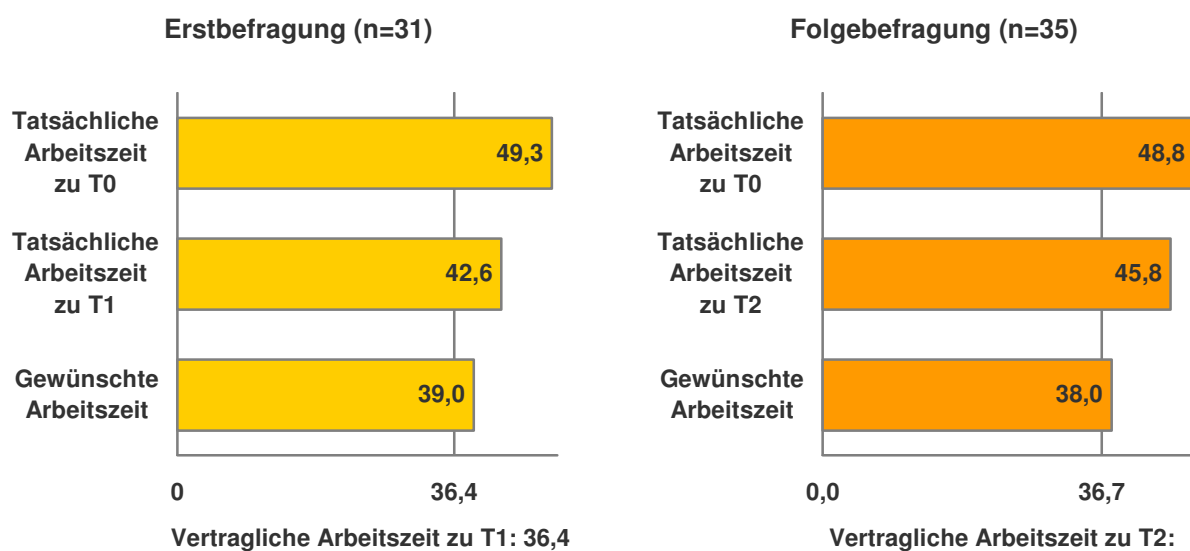
Die Gruppe der Antworter weist zum ersten Erhebungszeitpunkt mehrheitlich (ca. 58%) ein Alter unter 40 Jahren auf. Sie besteht zu knapp zwei Dritteln aus Männern und wird etwa zur Hälfte aus Personen mit (Ehe-) Partner gebildet. 42% der befragten Mitarbeiter sind Assistenzärzte, weitere 29% Fachärzte ohne Leitungsfunktionen. Über die Hälfte (58%) der Befragten waren bereits oder sind gegenwärtig im Schichtdienst der ZNA-I tätig. In der Folgebefragung haben erwartungsgemäß mehr Personen geantwortet, die seit der Umstellung der Arbeitszeiten im Schichtdienst der ZNA-I tätig waren oder sind. Entsprechend niedriger fallen die Anteile der Personen ohne Schichtdienst-Erfahrung aus (28,6% zu T2 gegenüber 41,9 zu T1). Dieser Unterschied ist wichtig für die Interpretation der Ergebnisse! Darüber hinaus unterscheiden sich die beiden Stichproben nur noch im Hinblick auf die Haushaltssituation (geringfügig mehr Alleinlebende zu T2).

Ein Vergleich der Antworter mit den uns zur Verfügung gestellten Daten zur Gesamtheit aller Ärzte der ZNA-I hinsichtlich der Merkmale Funktion, Alter und Geschlecht zeigt eine gute Übereinstimmung ($p=0,42$ bis $0,87$ zu T1 bzw. $0,22$ bis $0,78$ zu T2; Chi-Quadrat-Anpassungstest). Aufgrund des Studiendesigns sowie der ausreichenden Rücklaufquote ist ebenfalls davon auszugehen, dass die Verteilung der ‚wahren‘ Zufriedenen und Unzufriedenen annähernd der Untersuchungspopulation in der Studie entspricht.

Arbeitszeit und Arbeitszeitwünsche

Die tatsächliche Wochenarbeitszeit (inkl. Überstunden, Anwesenheit durch Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft) liegt bei den befragten Ärzten mit durchschnittlich 49,3 Stunden zu T0 und 42,6 Stunden zu T1 um 12,9 bzw. 6,2 Stunden über der vertraglichen Wochenarbeitszeit zum Zeitpunkt der Erstbefragung (linke Seite der Abbildung 4-7). Damit konnte ein wesentliches Ziel des Pilotprojekts, nämlich der Abbau von Überstunden, bereits in relativ kurzer Zeit erreicht werden. Sofern die Befragten sich im Vergleich zur tatsächlichen Arbeitszeit zu T1 nur um 3,6 Stunden kürzere Wochenarbeitszeiten wünschen, liegen auch Arbeitszeitwirklichkeit und -wunsch dicht beieinander.

Abbildung 4-7. Tatsächliche, gewünschte und vertragliche Arbeitszeit in Stunden pro Woche (Mittelwerte)



Hier ist allerdings zu beachten, dass die Angaben zu den Arbeitszeiten nicht von allen Mitarbeiterinnen, sondern nur von den Antwortern der jeweiligen Befragungen ermittelt wurden. Entsprechend fiel die Reduktion der tatsächlichen Anwesenheit am Arbeitsplatz in der Folgebefragung nicht so stark aus. Die tatsächliche Arbeitszeit zu T2 beträgt den Angaben der Befragten zufolge durchschnittlich 45,8 Stunden pro Woche und liegt damit wieder deutlich über der vertraglich gesetzten Arbeitszeit von 36,7 Stunden (vgl. rechte Seite der Abbildung 4-7).

Arbeitszeitwünsche reduzieren sich jedoch nicht nur auf die Belastungsdimension der Arbeitszeit, sondern betreffen auch die Mitbestimmung und die Flexibilität des Dienstplans. In der Rangfolge der Arbeitszeitwünsche liegen diejenigen Wünsche weit vorne, die sich auf die eigenen Entscheidungsmöglichkeiten hinsichtlich der Dienstplangestaltung beziehen (Abbildung 4-8). Selten am Wochenende zu arbeiten wird von 58% der Befragten im Allgemeinen als besonders wichtig angesehen, gefolgt von mehr Wahlmöglichkeiten zwischen Freizeit- und Überstundenausgleich und der Möglichkeit, das Dienstende pünktlich einzuhalten (jeweils 48%). Letztere beide Wünsche betref-

fen eher die langfristige Arbeitszeitsouveränität von Beschäftigten, deren Erfüllung weniger in Widerspruch mit den Anforderungen der Organisation treten dürfte als der an erster Stelle genannte Wunsch nach reduzierten Wochenenddiensten. Vergleicht man außerdem die Personen, die sagen, dass ihnen ein pünktliches Dienstende wichtig sei, mit dem eng verknüpften, aber seltener geäußerten Bedürfnis nach einer Verkürzung der tatsächlichen Arbeitszeit (16%), so kann gefolgert werden, dass die Sicherheit und Verlässlichkeit der Dienstpläne wichtiger sind als die eigentliche Länge der Wochenarbeitszeit.

Abbildung 4-8. Wünsche an die Arbeitszeit und Dienstplanung; nur zu T1 erhoben
(Angaben in %; maximal 5 Nennungen möglich)



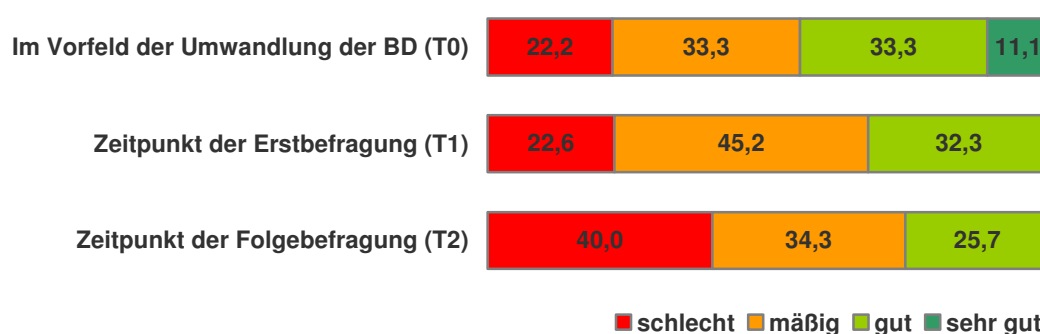
Etwa ein Drittel (32-36%) der Mitarbeiter wünscht sich darüber hinaus, lange Freizeit-Blöcke zu bilden, mehr Mitsprache bei der Erstellung des Dienstplans sowie eine längerfristige Dienstplanung. In diesen Bereichen geraten die Wünsche mit anderen individuellen oder organisatorischen Zielen teilweise in Konflikt: So mag z. B. ein langer Freizeitblock zwar Erholungsmöglichkeiten bieten, er ist aber bei Vollzeitbeschäftigten nur zum Preis langer Dienstketten zu haben. Arbeitsmedizinische Untersuchungen haben jedoch ergeben, dass kurze Dienstketten und eingestreute freie Tage einen höheren Erholungseffekt haben als lange Dienstketten mit einer anschließenden langen Freiphase.

Unter ökonomischen Gesichtspunkten ist auffällig, dass die Möglichkeit einer Verlängerung der tariflichen Arbeitszeit auf bis zu 48 Stunden pro Woche im Allgemeinen nur von 16%, sowie der Wunsch, Dienste zu arbeiten, für die es finanzielle Zulagen gibt, zu 10% genannt werden. Der Wunsch nach einer Maximierung des Einkommens scheint hinter dem Wunsch nach mehr Freizeit zurückzustehen.

* * *

Neben den Einstellungen und Vorlieben hinsichtlich der Arbeitszeiten und arbeitszeitpolitischen Zielen haben wir die Mitarbeiter auch gefragt, wie sie die Mitbestimmung ihrer Berufsgruppe im Vorfeld des Pilotprojekts erlebt haben bzw. gegenwärtig erleben (vgl. Abbildung 4-9). Demnach haben rund 56% der Befragten ihre Beteiligung im Vorfeld der Umsetzung als ‚schlecht‘ oder ‚mäßig‘, die übrigen 44% als ‚gut‘ oder ‚sehr gut‘ empfunden.

Abbildung 4-9. Mitbestimmungsmöglichkeiten der eigenen Berufsgruppe bei der Arbeitszeitgestaltung (Angaben in %; n=31 bzw. 35)

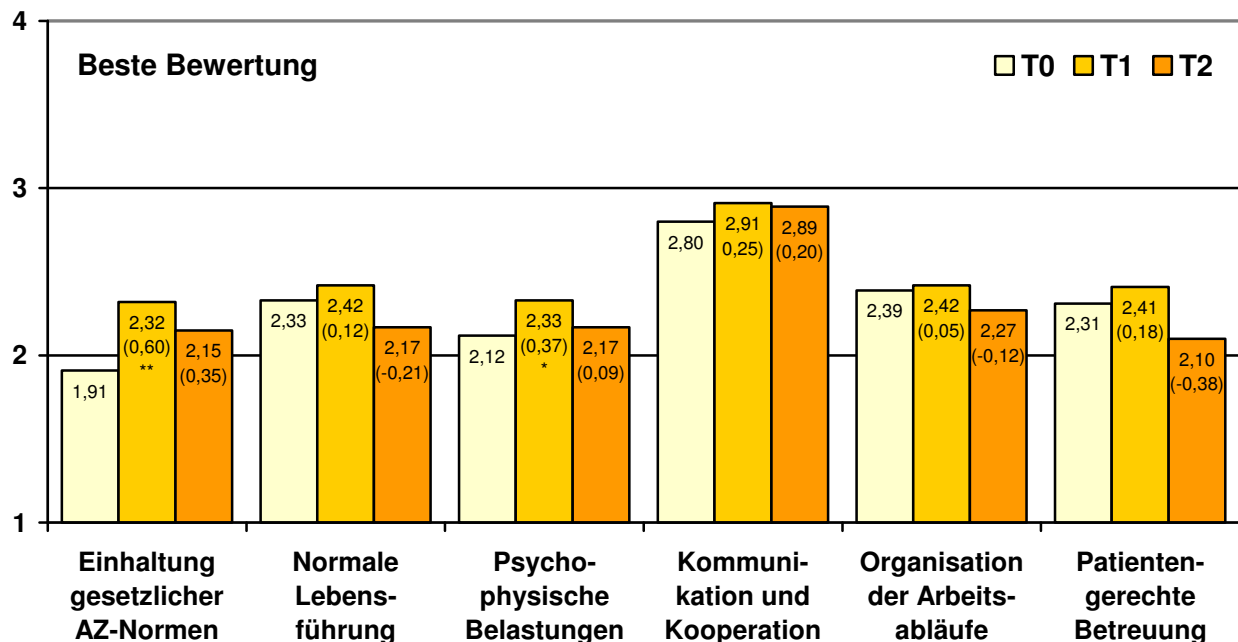


Im Arbeitsalltag ist die Mitarbeiterbeteiligung naturgemäß eingeschränkt und kennzeichnet eher die Entscheidungsspielräume und Arbeitszeitoptionen, welche die neue Arbeitszeitregelung im Routinebetrieb bietet. Insofern überrascht es nicht, dass rund zwei Drittel (68%) der Befragten zu T1 angeben, dass die Mitbestimmungsmöglichkeiten ihrer Berufsgruppe ‚schlecht‘ oder ‚mäßig‘ seien. Zu T2 steigt dieser Anteil sogar auf ca. 74% an.

Arbeitssituation und Gesundheit

Mit Hilfe einer differenzierten Erfolgskontrolle sollte festgestellt werden, ob die erhofften Vorteile erreicht wurden, sich alle Berufsgruppen an die getroffenen Absprachen gehalten haben und für die Mitarbeiter keine kritischen bzw. belastenden Situationen aufgetreten sind, die mit dem neuen Modell in Beziehung zu bringen sind. Dabei wurde mit der Befragung eine Einschätzung verschiedener Erfolgskriterien durchgeführt mit dem Ziel, die positiven und negativen Effekte der durchgeführten Interventionen zu erfassen. Im Folgenden werden wir zunächst die Ergebnisse anhand der Mittelwerte und Effektstärken für die sechs Qualitätsbereiche der Arbeitssituation und ihrer Messungen kommentieren (vgl. Abbildung 4-10).

Abbildung 4-10. Arbeitssituation im Zeitverlauf (Mittelwerte der Qualitätsskalen; Effektstärken T0-T1 und T0-T2 in Klammern; n=31 bzw. 35)



* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ (t-Test)

Gemessen an den Effektstärken gibt es bis zum ersten Erhebungszeitpunkt Verbesserungen im „kleinen“ bis „mittleren“ Bereich bei der Einhaltung gesetzlicher Arbeitszeitnormen (0,60), dem Abbau psychophysischer Belastungen (0,37) und der besseren Kommunikation und Kooperation im Betrieb (0,25). Mittelfristig konnten diese Erfolge jedoch nicht stabilisiert werden. Im Gegenteil: Mit Ausnahme der verbesserten Einhaltung gesetzlicher Arbeitszeitnormen verschwinden zu T2 auf der Ebene der Gesamtgruppe nahezu alle positiven Effekte oder drehen sich gar in das Negative um. Entlang der Einzelitems der jeweils untersuchten Dimension soll im Folgenden dazu das Wichtigste in Kürze zusammengefasst werden:

- *Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen des ArbZG:* Kurzfristig nehmen die Mitarbeiter moderate positive Veränderungen, d.h. weniger Probleme oder Mängel wahr. Fühlten sich bei-

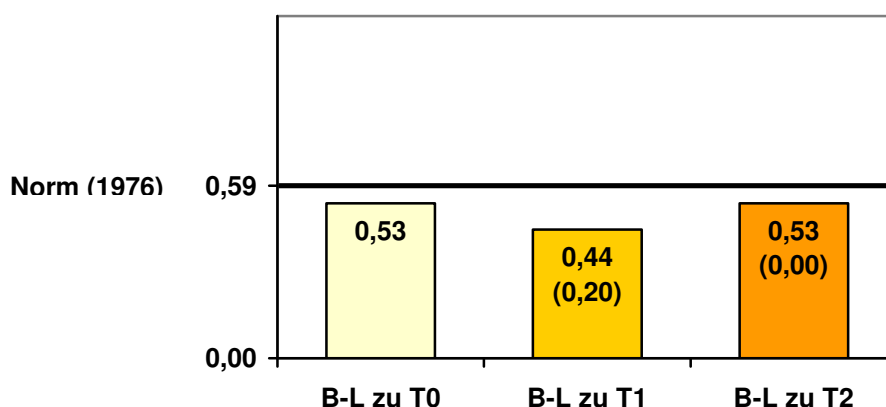
spielsweise im Rahmen der (erinnerten) Ausgangssituation 20% der Befragten ‚selten‘ oder ‚nie‘ von einer Verlängerung der täglichen Arbeitszeit auf über 10 Stunden betroffen, so steigt sich dieser Anteil zu T1 auf 42%; auch bei der Einhaltung der anderen Regeln des Arbeitszeitgesetzes lassen sich Verbesserungen nachweisen. Im weiteren Zeitverlauf nehmen die meisten Probleme jedoch wieder leicht zu, so dass der positive Gesamteffekt des Modells in seiner Stärke abnimmt.

- *‚Normale‘ Lebensführung bzw. Lebensqualität außerhalb der Arbeit:* Nur in Einzelaspekten lassen sich Verbesserungen (z.B. verfügbare Zeit für Partnerschaft und/oder Familie) feststellen, die in der Regel jedoch nur kurzfristiger Natur sind und sich zu T2 sogar in ihr Gegenteil verkehren. Unabhängig von den geänderten Arbeitszeiten gehört die im Vergleich zur eigenen Leistung mangelnde Einkommensgerechtigkeit weiterhin zu den größten Problemen im Bewusstsein der befragten Ärzte (nur 15 bis 17% Zufriedene).
- *Psychophysische Arbeitsbelastungen:* Die einzelnen Belastungssituationen haben sich bis zum Zeitpunkt der ersten Befragung geringfügig verbessert. Dies gilt insbesondere für den Anteil der Ärzte, die Tätigkeiten ausführen, für die sie überqualifiziert sind (von 19% mit geringer Belastung zu T0 auf 29% zu T1). Mit zwei Ausnahmen (Überforderung durch bestimmte Tätigkeiten, Belastung durch Leiden/Tod von Patienten) ist der positive Trend jedoch nicht von Dauer. Bis zum Zeitpunkt der zweiten Befragung sinken die meisten Zufriedenheitswerte wieder auf ihr Ausgangsniveau.
- *Kommunikation und Kooperation:* Hier zeigen sich – ausgehend von einem hohen Niveau – Verbesserungen zwischen der Ausgangssituation und der Situation zum jeweiligen Zeitpunkt der Befragung. Dies gilt insbesondere für die Weitergabe von Informationen: Während zu T1 und T2 deutlich mehr Befragte (68% bzw. 79% vs. 46%) meinen, alle wichtigen Informationen für ihre Arbeit zu erhalten, erhöht sich auch der Anteil zufriedener Mitarbeiter mit dem Informationsaustausch mit angrenzenden Diensten von 44% auf jeweils 67%. Insgesamt sind die Veränderungen in der Kommunikation und Kooperation jedoch eher gering ausgeprägt (Effektstärke: 0,25 bzw. 0,20).
- *Organisation der Arbeitsabläufe:* Größere Schwierigkeiten werden vor allem in Bezug auf die optimale Verteilung der Regelarbeit über den Tag hinweg sichtbar (46% Zufriedene zu T0 gegenüber 26% zu T1 bzw. 12% zu T2). Demgegenüber betreffen positive Veränderungen primär die effektivere Organisation der Arbeitsabläufe sowie die frühzeitigere Dienstplanung. Unter dem Strich halten sich trotz einer gewissen Tendenz zum Positiven die Vor- und Nachteile der veränderten Arbeitsorganisation die Waage, so dass kein praktisch bedeutsamer Netto-Effekt festgestellt werden kann (Effektstärke: 0,05 bzw. -0,12).
- *Patientengerechte Betreuung:* Der nachhaltige negative Effekt ist größtenteils darauf zurückzuführen, dass Patienten angesichts der Vielzahl von Schichten und des häufig wechselnden Personals nicht mehr so gut überschauen dürften, wer für ihre Behandlung und Pflege zuständig ist (20% positive Bewertungen zu T2 gegenüber 54% zu T0). Auch die Zeit, die für die Kom-

munikation und Gespräche mit den Patienten (inkl. deren Vorbereitung auf die Zeit nach Entlassung) zur Verfügung steht, ist nach Aussage der befragten Ärzte deutlich knapper geworden. Damit sind innere Grenzen des neuen Arbeitszeitmodells für die Patientenorientierung aufgezeigt, gegen die unbedingt etwas unternommen werden sollte.

Eine indirekte Folge veränderter Arbeitszeitgestaltung und -organisation liegt in der Gesundheit der Mitarbeiter (Abbildung 4-11). Gemessen am Gesamtwert der Beschwerden-Liste (B-L) von Zerssen (1976), der vom Bestwert 0 bis zum schlechtesten Wert 3 reichen kann, liegen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste leicht unter dem Referenzwert der Normalbevölkerung (0,53 gegenüber 0,59).¹¹ Dieser Wert sinkt zu T1 zunächst auf 0,44, um zu T2 wieder auf sein Ausgangsniveau von 0,53 anzusteigen. Ein Blick auf die Rangliste der am häufigsten genannten Beschwerden zeigt, dass bis zu 1/3 der Ärzte unter Schmerzen des Bewegungsapparates (Rücken, Nacken, Schulter) sowie unter psychomentalen Beschwerden leiden wie Schlafstörungen, Reizbarkeit, Grübeleien und Mattigkeit. Magen-Darm-Störungen als typische Symptome bei reinen Nachtarbeitern treten seltener in Erscheinung.

Abbildung 4-11. Mitarbeitergesundheit im Zeitverlauf (Mittelwert der Beschwerden-Liste: Bestwert = 0, schlechtester = 3; Effektstärken T0-T1 und T0-T2 in Klammern; n=31 bzw. 35)



* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ (t-Test)

Tabelle 4-1a fasst noch einmal die Erfolge der neuen Arbeitszeiten zum ersten Erhebungszeitpunkt insgesamt und nach Schichtdienst-Erfahrung zusammen. Demnach betreffen die positiven Veränderungen in deutlich stärkerem Maße solche Personen, die bisher noch nicht im Schichtdienst der ZA tätig waren (vgl. erste und zweite Spalte in der Tabelle). Besonders auffällig ist diese Diskrepanz in Bezug auf die ‚normale‘ Lebensführung bzw. Lebensqualität außerhalb der Arbeit: Während Mitarbeiter *ohne* Schichtdienst-Erfahrung von einer starken Verbesserung ihrer Lebensqualität berichten (Effektstärke: 0,93), kehrt sich die Effektstärke bei Mitarbeitern *mit* Schichtdienst-Erfahrung ins Negative um (-0,66), d.h. es werden moderate Verschlechterungen im zeitlichen Vergleich wahrgenommen.

¹¹ Der Durchschnittswert für die Normalbevölkerung beruht auf einer repräsentativen Eichstichprobe aus dem Jahr 1976. Eine neue Eichung des Instruments findet derzeit statt.

Tabelle 4-1a. Erfolge der Umwandlung der Arbeitszeiten T0-T1 im Überblick, differenziert nach Erfahrungen im Schichtdienst der Zentralen Notaufnahme (Effektstärken)

Erfolgsmerkmale (Subskalen)	Tätigkeit im Schichtdienst der ZNA		Gesamt (n=31)
	Ja (n=18)	Nein (n=13)	
Gesetzlicher Arbeitszeitschutz	0,47	0,73*	0,60**
„Normale“ Lebensführung	-0,66*	0,93**	0,12
Psychophysische Belastungen	0,31	0,42	0,37*
Kommunikation und Kooperation	0,19	0,30	0,25
Organisation der Arbeitsabläufe	-0,18	0,23	0,05
Patientengerechte Versorgung	0,16	0,22	0,18
Gesundheitliche Beschwerden	-0,12	0,39	0,20

* p<0,05; ** p<0,01 (t-Test)

In der Folgebefragung ist es möglich gewesen, die Gruppe mit Schichtdienst-Erfahrung weiter aufzuteilen in Mitarbeiter, die dauerhaft auf der ZA eingesetzt werden und solche, die für einen begrenzten Zeitraum („Rotation“) dort tätig waren oder sind. Die Ergebnisse der Analyse nach diesen Gruppen ist in Tabelle 4-1b zusammengefasst. Wie sich zeigt, sind die negativen und positiven Folgen der Umstellung der Arbeitszeit ungleich verteilt: Während die Mitarbeiter, die zu T2 im Rotationsverfahren auf der ZA tätig sind, am stärksten unter dem Schichtdienst leiden, erfreuen sich Mitarbeiter ohne Schichtdienst-Erfahrung an den Vorteilen des Modells. Das dauerhaft tätige „Kern“-Team der ZNA-I macht dagegen gemischte Erfahrungen. Einer großen Einschränkung der normalen Lebensführung (Effektstärke: -1,41) steht z.B. eine deutlich verbesserte Kommunikation und Kooperation (+0,77) gegenüber, deren Bedeutung für den Betrieb außer Frage steht.

Tabelle 4-1b. Erfolge der Umwandlung der Arbeitszeiten T0-T2 im Überblick, differenziert nach Erfahrungen im Schichtdienst der Zentralen Notaufnahme (Effektstärken)

Erfolgsmerkmale (Subskalen)	Tätigkeit im Schichtdienst der ZNA °				Gesamt (n=35)
	Ja, aber aktuell nicht mehr (n=5)	Ja, aktuell in Rotation (n=10)	Ja, dauerhaft (n=10)	Nein (n=10)	
Gesetzlicher Arbeitszeitschutz	N.N.	-0,68*	0,10	0,47	0,35
„Normale“ Lebensführung	N.N.	-1,46*	-1,41	0,27	-0,21
Psychophysische Belastungen	N.N.	-1,38**	-0,06	0,19	0,09
Kommunikation u. Kooperation	N.N.	0,03	0,77*	0,21	0,20
Organisation der Arbeitsabläufe	N.N.	-0,60	0,03	0,28	-0,12
Patientengerechte Versorgung	N.N.	-1,10*	-0,20	0,16	-0,38
Gesundheitliche Beschwerden	N.N.	-0,71	-0,20	-0,03	0,00

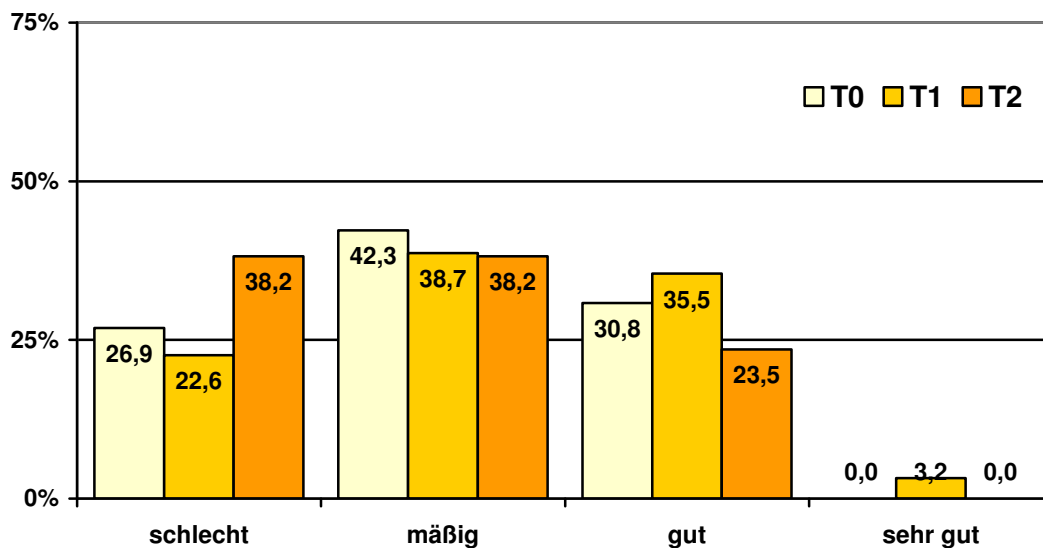
* p<0,05; ** p<0,01 (t-Test)

° Die Berechnung der Effektgrößen basiert auf den Antworten der T2-Befragung. Aufgrund zu kleiner Fallzahlen entfällt diese Berechnung für die Untergruppe in der linken Spalte.

Gesamteinschätzung des Modellprojekts

Eine abschließende Bewertung sollte die Mitarbeiterzufriedenheit mit dem neuen Modell sowie dessen wahrgenommenen Auswirkungen auf die Arbeitssituation dokumentieren. Die Analyse der Mitarbeiterzufriedenheit basiert zunächst auf einer Gesamteinschätzung der Arbeitszeitbedingungen im zeitlichen Verlauf (Abbildung 4-12). Es zeigt sich, dass zum Zeitpunkt der Erstbefragung rund 39% der Befragten ihre Arbeitszeitbedingungen ‚gut‘ oder ‚sehr gut‘ beurteilt. Dies ist eine sehr geringfügige Verbesserung im Vergleich zur Ausgangssituation um ca. 8 Prozentpunkte (Effektstärke: 0,19; $p=n.s.$). Zu T2 sinkt dieser Wert jedoch auf rund 24% ab, wodurch sich mittelfristig ein leicht negativer Effekt ergibt (Effektstärke: -0,25; $n.s.$).

Abbildung 4-12. Arbeitszeit-Zufriedenheit im Zeitverlauf (Angaben in %; $n=31$ bzw. 35)



Signifikanz: T0-T1: $n.s.$; T1-T2: $n.s.$ (t-Test)

Auf die Fragen, ob die Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz bleiben würden, wenn sie ein anderes Angebot bzw. die Möglichkeit zum Wechseln hätten (‚Bindung an den Arbeitsplatz‘), sowie ihren Arbeitsplatz ihren Freunden empfehlen können (‚Empfehlung des Arbeitsplatzes‘) hat die Einführung des neuen Modells ebenfalls keinen statistisch signifikanten Einfluss. Auffällig ist jedoch, dass die Stärke bzw. praktische Relevanz der vermuteten Auswirkungen im Zeitverlauf zunimmt. Besonders deutlich wird dies an der Frage zur Weiterempfehlung des Arbeitsplatzes, bei der die (negativen) Effektgrößen von -0,05 zu T1 auf -0,50 zu T2 steigen.

4.2.4 Urteile der Projektakteure

Im Folgenden werden die Phasen und Probleme bei der Projektumsetzung sowie der Grad der Zielerreichung, orientiert an den Zielsetzungen des Vorhabens zu Projektbeginn und den Kriterien der Begleitforschung, durch drei zentrale Projektakteure bzw. -experten¹² bewertet. Besonderes

¹² PANDA-Mitarbeiter, Projektmanager, Oberarzt der ZNA, Personalrat

Augenmerk wurde auch auf die Information der Mitarbeiter vor Ort und die Nutzung der Befragungsergebnisse aus der Begleitforschung gelegt.

Bewertung der Planung und Umsetzung des Projekts

Bei der Beurteilung des Projektablaufs kamen die Projektakteure rückblickend zu folgenden Einschätzungen: In Folge der Umsetzung des Schichtsystems auf der ZNA-I und den angeschlossenen Abteilungen zeichneten sich schon während der sechsmonatigen Erprobungsphase strukturelle und planerische „Organisationsprobleme“ ab, mit denen im Vorwege nicht gerechnet worden ist und von denen sich einige im Verlauf der Arbeitszeitumstellung verfestigen sollten. Diese in den Experteninterviews thematisierten Anpassungsschwierigkeiten des neuen Schichtmodells wurden teilweise im Rahmen einer erneuten „Blitzumfrage“ innerhalb der Projektgruppe nach 4-6 Monaten Modelllaufzeit erhoben. Insgesamt umfassten die Probleme während der Erprobungsphase:

- die Dienstzeiten der Teilzeitkräfte,
- den Einsatz der Ärzte an Wochenendtagen,
- die fachliche (Über-) Qualifikation der diensthabenden Ärzte auf der ZNA-I ,
- die (Unter-) Qualifikation der Ärzte auf den Medizinischen Abteilungen während der Nacht,
- die Kritik an der personellen Diskontinuität in der Patientenversorgung,
- den Zeitpunkt der Einführung des neuen Arbeitszeitmodells sowie
- die mangelnde „Übung“ der Ärzte, im Schichtdienst statt in Bereitschaftsdiensten zu arbeiten.

1) In dem neu entwickelten Arbeitszeitmodell wurden ursprünglich regelhaft 8-Stunden-Dienste für die ZNA-I-Mitarbeiter eingeplant. Weil sich jedoch viele (weibliche) Teilzeitbeschäftigte für einen festen Arbeitsplatz auf der ZNA-I interessierten, wurde ein alternatives Modell mit 5-Stunden-Schichten entwickelt. Diese Anpassung wurde jedoch schon in dem Erprobungszeitraum wieder zurückgenommen, da die Teilzeitkräfte lieber die langen Dienste und folglich weniger Tage insgesamt arbeiten wollten anstatt öfter für eine kurze Schicht am Arbeitsplatz zu erscheinen.

2) Der Dienstanteil der Mitarbeiter an den Wochenenden lag nach der Einführung des neuen Arbeitszeitmodells bei über 50% im Monat. Dies wurde intern von vielen Ärzten bemängelt, insbesondere den Teilzeitkräften, bei denen sich der Einsatz in Relation zusätzlich erhöht. Die Änderung der Schichten am Wochenende stand noch auf der Agenda der Projektgruppe.

3) Das an dritter Stelle genannte Problem resultierte aus der zusätzlichen Ausstattung der ZNA-I mit den notwendigen Qualifikationen aus den vier Kategorien „AIP“, „Assistenzarzt“, „Facharzt“ und „Facharztstandard“ (Arzt hat noch nicht alle Prüfungen absolviert). Durch die hohe Qualifikation der Ärzte auf der ZNA-I konnten mehr Fälle ambulant behandelt werden: Während vorher 60% der Patienten stationär und 40% ambulant behandelt wurden, hat sich dieses Verhältnis im Rahmen des Schichtsystems umgekehrt. Folge war eine Fallzahlensenkung“ (und damit verbunden

fehlende Einnahmen), welche sich nach der Erprobungsphase des Modells statistisch abzeichnen ließ. Die Experten kamen zu dem Schluss, dass es „im Sinne des Krankenhauses auch sinnvoll sein könnte, Patienten noch mal ein bisschen unter Beobachtung zu halten“.

4) Der nächste Punkt betrifft die an die Experten herangetragene Kritik an der fachlichen Unterbesetzung auf den angeschlossenen Medizinischen Abteilungen während der Nacht. Im alten Arbeitszeitmodell hätten ausreichend Fachärzte auf den Inneren Stationen (Gastroenterologen, Kardiologen und Onkologen) während der Nacht Bereitschaftsdienst gehabt und damit eine weit gefächerte Versorgung angeboten. Im neuen Schichtmodell ist für diese Abteilungen sei fachlich gesehen nur noch der Arzt verfügbar, der zu dem Zeitpunkt Dienst auf der ZNA-I hat. Diese Fachärzte seien folglich auch zu den ungünstigen Zeiten wie Spät- und Nachdiensten besonders belastet.

5) Mit diesem Problem wird von den Mitarbeitern zusätzlich die Kritik verbunden, dass durch die Behandlung von Patienten auf den Inneren Abteilungen durch die Ärzte der ZNA-I eine vorab gegebene personelle Kontinuität der Patienten auf den Stationen nicht mehr gewährleistet sei. Die Zunahme der wechselnden Arztkontakte auf den Stationen hätte negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung. An der Lösung dieser Probleme, die sich auch in den Ergebnissen der quantitativen Mitarbeiterbefragung widerspiegeln, werde laut Angaben der Experten noch gearbeitet.

6 und 7) Die letzten beiden problembehafteten Aspekte betrafen den Zeitpunkt der Einführung des neuen Arbeitszeitmodells während der Haupturlaubszeit der Mitarbeiter im Hochsommer, wo erfahrungsgemäß mit ca. 20% Personalausfall zu rechnen sei. Zudem wären „allgemeine“ Umstellungsprobleme auf den Schichtdienst bei den Ärzten zu beobachten gewesen, die vorher nur im Bereitschaftsdienst gearbeitet haben. Diese „allgemeinen“ Umstellungsprobleme wurden qualitativ nur in der Form näher spezifiziert, dass z.B. kleinere Organisationsprobleme während des zeitlich längeren Bereitschaftsdienstes durch einen Arzt eher gelöst werden könnten als im kürzeren Schichtdienst. Insgesamt wurde allerdings von den Experten ein „anderes Arbeitsverhalten“ der Ärzte bei kürzeren Arbeitszeiten konstatiert. Um dieser Fragestellung genauer nachzugehen, müssten dennoch die konkreten Arbeitsinhalte und -strukturen (auch fachlich unterschiedlicher Abteilungen) im Kontext der Arbeitsorganisation und Bewältigungsformen im Schichtdienst gegenüber dem Bereitschaftsdienst analysiert werden.

Akzeptanz und Nutzung der Befragungsergebnisse

Die Rückspiegelung der Ergebnisse der Begleitforschung an die Mitarbeiter der ZNA-I und Inneren Medizin erfolgte jeweils zeitnah (August 2004 und Juni 2005) durch Präsentation und Diskussion der Ergebnisse in einem Plenum, zu dem regelmäßig alle Mitarbeiter eingeladen wurden. Nach Aussagen der interviewten Experten sei das Interesse der Mitarbeiter an den Befragungsergebnissen groß gewesen; dies betraf nicht nur die damals aktuell betroffenen Abteilungen, sondern auch jene, bei denen perspektivisch die Arbeitszeit umgestellt werden sollte. Besonderes Interesse an den Ergebnissen wurde allerdings denjenigen Mitarbeitern zugeschrieben, die im Schichtdienst der ZNA-I arbeiteten. (Bei Mitarbeitern, die sich noch nicht in der aktuellen Rotation befanden

und bei denen der Schichteinsatz auf der ZNA-I längerfristig noch ausstand, sei das Informationsbedürfnis eher geringer ausgeprägt gewesen.) Dass trotz des angeblich vorhandenen Interesses nur zeitweilig und vereinzelt Mitarbeiter der betroffenen Abteilungen teilgenommen haben, kann zum Teil damit begründet werden, dass die Präsentation einer langen allgemeinen Mitarbeiterversammlung nachgelagert war. Bei der zweiten Ergebnispräsentation nach der T2-Befragung wurden die Ergebnisse der ersten Befragung noch einmal im Kontext der T2-Befragungsergebnisse dargestellt; diese Plenarveranstaltung wurde von den Mitarbeitern wesentlich stärker frequentiert.

Auf der ersten Informationsveranstaltung waren die Chefärzte der befragten Abteilungen, eine Vertretung der Arbeitsmedizin und einer Abteilung anwesend, auf der perspektivisch die Arbeitszeit auf Schichtdienst umgestellt werden sollte. Diese nahmen aktiv zu den Ergebnissen der T1-Befragung Stellung. Den größten Teil der Diskussion betrafen die „Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation“ sowie die „Ungleichheit“ zwischen den rotierenden Ärzten der angeschlossenen Abteilungen und den Mitarbeitern ohne Schichtdinnerfahrungen. Wie sich schon in der Erprobungsphase abzeichnete, wurde weiterhin die „mangelnde Versorgung mit Fachärzten“ bzw. die „Überlastung der tätigen Fachärzte“ in dem Schichtdienst auf der ZNA-I als problematisch eingeschätzt. In diesem Zusammenhang wurde die zusätzliche Einbindung anderer Stationen in die ZNA-I und deren Schichtsystem angedacht, um die Arbeit „auf mehr Schultern verteilen“ zu können. Die Etablierung der ZNA-I als eigenständige Abteilung oder strukturelle Zuordnung zu einer anderen Abteilung wurde ebenso wie die Rückkehr zum Bereitschaftsdienstmodell oder Einstellung von zusätzlichem ärztlichen Personal anfänglich diskutiert, jedoch wurden diese Alternativen zur Problemlösung nicht weiter verfolgt.

Die negative Wahrnehmung des neuen Dienstmodells vor allem durch die rotierenden Ärzte hat sich im Verlauf der Arbeitszeitumstellung verfestigt (Stichwort „Straflager“), wie die Ergebnisse der T2-Befragung und die darauf folgende Informationsveranstaltung zeigten. Von den Experten wurde ergänzt, dass eine Rotation auf die ZNA-I aufgrund der Weiterbildungsordnung für Fachärzte allerdings nicht zu vermeiden sei. Die Abteilungsleitungen betonten die Gefahr der Polarisierung und Herausbildung einer „Zwei-Klassen-Belegschaft“ von Ärzten innerhalb einer Klinik. Aufgrund der negativ bewerteten Arbeitssituation wurde befürchtet, dass es in Zeiten mangelnder Versorgung mit qualifiziertem Personal bei verschärfter Wettbewerbssituation unter den Kliniken zu einer Abwanderung von Fachkräften kommen könnte. Die Arbeitssituation auf der ZNA-I verschärfe sich neben der allgemeinen hohen Arbeitsdichte zusätzlich aufgrund der geringen Planbarkeit des Arbeitsaufkommens. Alle interviewten Experten wie auch die Mitarbeitervertretungen in der Projektgruppe sahen die dringende Notwendigkeit der Erhöhung von Mitarbeiterzufriedenheit, um das qualifizierte Personal in der Klinik zu halten.

Im Nachhinein muss der Zeitpunkt der ersten Mitarbeiterbefragung als ungünstig angesehen werden, da fast zeitgleich eine andere Befragung durch den arbeitsmedizinischen Dienst der Klinik durchgeführt worden ist, was der Forschungsgruppe jedoch vorab nicht bekannt war. Im Hinblick auf die Ergebnisse wurde die Rolle der Begleitforschung von den Teilnehmern der Projektgruppe wie auch von den interviewten Experten jedoch durchweg positiv bewertet: Die Befragungen seien

vor allem „hilfreich für die Bestätigung von Alltagserfahrungen“ gewesen, und die Ergebnisse „hätten etwas ausgelöst“.

Bewertung der Zielerreichung (inkl. Wirtschaftlichkeit)

Im Allgemeinen haben sich aus Sicht der Experten die Erwartungen und Bedenken gegenüber dem neuen Arbeitszeitmodell erfüllt, vor allem im Hinblick auf die angestrebte „Rechtskonformität“ und „Kostenneutralität“. Die Kostenneutralität sei allerdings auch aufgrund dessen erreicht worden, dass ursprünglich für die medizinischen Abteilungen vorgesehene Finanzmittel auf die ZNA-I transferiert wurden, damit die erforderlichen Personalaufstockungen finanziert werden konnten. Ebenfalls als großen Erfolg des Schichtdienstmodells wurde von allen Experten bewertet, dass es einen „echten“ Regeldienst für die Mitarbeiter gebe: Dies bedeute in erster Linie geregelte Arbeitszeiten, wie verlässlichen Dienstbeginn und Feierabend, sowie die (stärker erwartete) Reduktion der tatsächlichen Arbeitszeiten. Der Rückgang dieses Erfolges des Schichtmodells zu T2 hat den Ehrgeiz erweckt, dieses Problem weiterhin zu bearbeiten und Verbesserungen anzustreben

Vor allem das Ergebnis der Begleitforschung, dass die Mitarbeiter individuell an der Mitgestaltung des Dienstplans beteiligt werden möchten, überraschte die Experten nicht, da jede Form der Einflussnahme schon im Vorfeld als Vorteil erlebt wurde. Dem Wunsch nach mehr Beteiligung bei der Dienstplanerstellung wäre nach Aussagen der Experten sofort dadurch begegnet worden, dass zunächst die Leitungen die Qualifizierung für ein neues Dienstplanprogramm erhalten hätten. Perspektivisch sollen in diesen Aufgabenbereich noch mehr Mitarbeiter eingearbeitet werden.

Für die Ablehnung der „Bis-zu-48-Stunden“-Regelung führten die Experten als Grund an, dass die zusätzlichen Stunden in dem neuen Arbeitszeitmodell sinnvoll nur auf der ZNA-I und auch nur an Wochenenden oder Feiertagen abgeleistet werden könnten, damit auf den Abteilungen die tägliche Höchstarbeitszeit von 10 Stunden nicht überschritten werde; dies seien keine attraktiven Arbeitsbedingungen für die Ärzte. Ein zweites Argument der Experten war, dass die Mitarbeiter, die die 48-Stunden-Regelung in Anspruch nähmen, an sozialer Anerkennung ihrer Kollegen verlieren würden. Bisher wäre es üblich, dass jeder Mitarbeiter ein gewisses Maß an so genannten „grauen“ Überstunden leistet, die nirgendwo vermerkt werden oder weiter zum Tragen kommen. Diese „grauen“ Überstunden würden von jedem Mitarbeiter erwartet, d.h. man arbeite in der Regel 44 Stunden, bekommt aber nur 38,5 Std. bezahlt. Die Sympathisanten der 48-Stunden-Regelung, eher in der Minderheit, seien auf Mitarbeiterbesprechungen offen mit dem Vorwurf konfrontiert worden, dass sie nur an ihren „eigenen finanziellen Profit“ und weniger an die Abteilung und Kollegen denken würden. Ein sozial verträglicher, ansatzweise „gerechter“ Ausgleich durch eine angemessene Dienstplangestaltung hätte nach Auffassung der Experten nur realisiert werden können, wenn sich die Mehrzahl der Mitarbeiter für die 48-Stunden-Regelung entschieden hätte. Für das Klinikunternehmen sei es allgemein günstiger, wenn diese Regelung durch die Mitarbeiter in Anspruch genommen werde, als neue Mitarbeiter fest einzustellen.

Während noch die im Vorwege öfters erwähnte „Blitzumfrage“ innerhalb der Projektgruppe im Rahmen einer direkten Gegenüberstellung des Bereitschaftsdienstes und des neuen Schichtdienstes im Großen und Ganzen mehr Zufriedenheit mit dem Schichtsystem widerspiegelte, haben sich die Einschätzungen im Verlauf des Projektes durch die Mitarbeiter mit Schichtdienstenerfahrungen – wie die Befragung zeigte – teilweise extrem ins Negative gewandelt. Die Unzufriedenheit der Schichtdienstler und ihre subjektiven Wahrnehmungen wurden in den Experteninterviews bestätigt. Die Gesamtzufriedenheit mit dem neuen Arbeitszeitmodell nach Schichtsystem wird resümierend weiterhin als ambivalent bewertet. In der Regel sehr zufrieden mit ihrer Arbeitssituation seien die Ärzte, die fest auf der ZNA-I arbeiten und diejenigen der Medizinischen Abteilungen, die (bisher) nicht im Schichtdienst auf der ZNA-I arbeiten würden. Unzufrieden seien vor allem die für ein halbes Jahr auf die ZNA-I rotierenden Mitarbeiter der Inneren Abteilungen. Die Projektleitung sowie Krankenhausleitung, aber auch der Personalrat schätzten demgegenüber die neue Arbeitszeitregelung insgesamt sehr positiv ein.

4.3 Zentrale Notaufnahme II

Klinik II ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung. Die Zentrale Notaufnahme dieser Klinik (ZNA-II) erfüllt ähnliche Funktionen wie die im vorigen Abschnitt untersuchte Notaufnahme, ist darüber hinaus aber auch Anlaufstelle für die Behandlung von Notfallpatienten aller anderen Fachabteilungen (außer Gynäkologie und Geburtshilfe). In ihr werden derzeit jährlich etwa 30.000 Patienten behandelt – das sind etwa 80 Notfallbehandlungen täglich.

4.3.1 Ausgangssituation

Vor der Umstellung der Arbeitszeiten existierte auf der ZNA-II ein Modell mit versetzten Regeldiensten vor Bereitschaftsdiensten: Tagsüber gab es verschiedene Früh- und Spätdienste, während in der Nacht und am Wochenende die medizinische Versorgung durch vier Bereitschaftsdienste der Stufe D (mit bis zu 49% Arbeitseinsatz) gewährleistet wurde.

Die Entscheidung für die Entwicklung eines neuen Arbeitszeitmodells hat letztlich die Krankenhausleitung getroffen auf Initiative des KLINOVA-Programms „Zentrale Notaufnahme“, das seit August 2000 schrittweise in den Krankenhäusern des LBK Hamburg interdisziplinäre Bereiche als Hauptanlaufstellen für alle Notfälle und ungeplante Aufnahmen einzurichten versuchte, welche die bisherigen dezentralen Notaufnahmestrukturen ablösen sollten (vgl. Klöss 2002: 120 ff). Ziel des Programms war die Beschleunigung und Professionalisierung der Patientenversorgung durch die Besetzung der ZNA rund um die Uhr, den fächerübergreifenden Einsatz der Mitarbeiter sowie durch eine bessere Auslastung der Räumlichkeiten.

Neben diesen unternehmensweit vorgegebenen Zielen der Reorganisation der medizinischen Notfallbehandlung spielten folgende Motive eine Rolle: der Abbau von Arbeitsbelastungen durch Einführung eines Schichtdienstes anstelle der Bereitschaftsdienste und die Förderung des interdisziplinären Arbeitens; schließlich wurden auch Einsparpotenziale beim Personal gesehen.

4.3.2 Projektdurchführung

Für die Entwicklung des neuen Arbeitszeitmodells wurde Ende 2002 von der Krankenhausleitung eine Projektgruppe eingesetzt, die unter Leitung eines Projektmanagers arbeitete und im Kern aus Vertretern des ärztlichen Bereichs, der Pflege sowie des Verwaltungsbereichs (stellvertretender ärztlicher Direktor, partiell ein kaufmännischer Mitarbeiter) bestand. Als Fachexperten wurden gelegentlich auch ein bis zwei Mitarbeiter von PANDA zu den Projektgruppensitzungen gebeten. Die Arbeitsgruppe hat sich fast ein Jahr lang regelmäßig getroffen, bis das Modell auf der ZNA-II zur Umsetzung gelangte. Parallel dazu traf sich jeden Monat eine Lenkungsgruppe, die den Gesamtprozess begleitet hat. Im Rahmen der Projektgruppe wurden eine Arbeitsplatzanalyse und eine Arbeitszeitberechnung durchgeführt. Aus diesen Informationen und mit Hilfe der eingesparten Gelder, die aus den Bereitschaftsdienst-Vergütungen resultierten, wurde der Bedarf mit 13,2 benötigten Vollkräften für die ZNA-II (darunter 5 Ärzte als ZNA-Stammpersonal) angesetzt.

Auf der ZNA-II wurde ein gestaffelter Schichtdienst rund um die Uhr eingeführt. Die internistischen und chirurgischen Abteilungen wurden weiterhin durch Bereitschaftsdienste versorgt. Die Forderung nach einer möglichst gleichmäßigen Belastung der Mitarbeiter der beteiligten Abteilungen wurde dadurch umgesetzt, dass ein abteilungsübergreifender Pool für die Besetzung des Schichtdienstes auf der ZNA-II geschaffen wurde. Aus diesem Pool rotieren für jeweils 6 bis 9 Monate Ärzte in den Schichtdienst auf die ZNA, die aus den internistischen und chirurgischen Abteilungen rekrutiert werden. Die Besetzung der noch verbliebenen Bereitschaftsdienste erfolgte nach einem anderen System, das sich an der Zahl der für diesen Dienst zur Verfügung stehenden Ärzte orientierte, um auch hier die individuelle Belastung gleichmäßig zu verteilen.

Die Umsetzung des neuen Arbeitszeitmodells erfolgte am 1. Oktober 2003. Bereits drei Monate nach der Umstellung wurde die Stellenbesetzung der ZNA-II auf 11,6 Vollkräfte reduziert, um den wirtschaftlichen Anforderungen der Krankenhausleitung besser zu genügen. Im März 2005 wurde erneut nachgesteuert und das Modell in Teilen umgestellt: Chirurgen hatten anschließend tagsüber Schichtdienst und nachts Bereitschaftsdienste, Internisten gingen weiter ihrem Schichtdienst nach. Diese Regelung galt bis Januar 2007.¹³ Laufende Anpassungen einzelner Schichten erfolgten zudem jährlich je nach Arbeitsanfall, gemessen an den Tagesgangkurven des Patientenaufkommens.

4.3.3 Auswirkungen des Projekts

Rund eineinhalb Jahre nach der Umstellung, genauer gesagt zwischen April und Mai 2005 wurden 48 Ärzte und Ärztinnen, die bereits im Schichtdienst der Zentralen Notaufnahme im Rotationsverfahren oder dauerhaft tätig waren, zu ihrer Arbeitssituation vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste (T0: erinnerte Situation) sowie zu ihrer aktuellen Lage (T1) befragt. Eine Folgebefragung konnte nicht mehr in der Laufzeit des Forschungsprojekts durchgeführt werden. Der Rücklauf betrug n=22 bzw. 46%. Davon gaben 18 Mitarbeiter an, bereits vor der Umsetzung des

¹³ Aufgrund der anstehenden Umsetzung des neuen Arbeitszeitgesetzes und der Tarifverhandlungen des Marburger Bundes wurde allgemein erwartet, dass die Arbeitszeitmodelle erneut angepasst werden müssten.

Pilotprojekts in dieser Klinik beschäftigt gewesen zu sein.

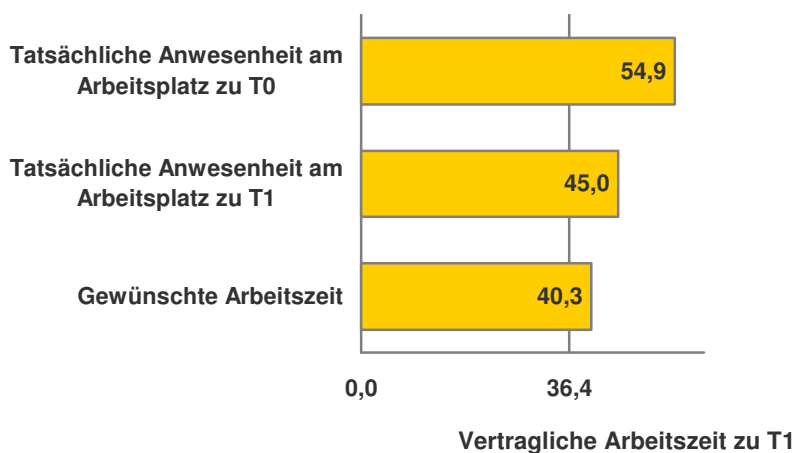
Die Gruppe der Antworter weist zum Erhebungszeitpunkt mehrheitlich (ca. 59%) ein Alter zwischen 30 und 39 Jahren auf. Sie besteht etwa je zur Hälfte aus Männern und Frauen und wird überwiegend aus Personen mit (Ehe-) Partner gebildet. 68% der befragten Mitarbeiter sind Assistenzärzte, die restlichen 32% Fachärzte mit/ ohne Leitungsfunktionen. Je die Hälfte (50%) der Befragten sind gegenwärtig im Schichtdienst der ZNA-II bzw. zurzeit nicht mehr dort tätig.

Ein Vergleich der Antworter mit den uns zur Verfügung gestellten Daten zur Gesamtheit aller Schichtdienst-Erfahrenen in der ZNA-II hinsichtlich der Merkmale *Funktion*, *Alter* und *Geschlecht* zeigt eine gute Übereinstimmung ($p=0,21$ bis $0,67$; Chi-Quadrat-Anpassungstest). Aufgrund des Studiendesigns sowie der ausreichenden Rücklaufquote ist ebenfalls davon auszugehen, dass die Verteilung der ‚wahren‘ Zufriedenen und Unzufriedenen annähernd der Untersuchungspopulation in der Studie entspricht.

Arbeitszeit und Arbeitszeitwünsche

Die tatsächliche Wochenarbeitszeit (inkl. Überstunden, Anwesenheit durch Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft) liegt bei den befragten Ärzten mit durchschnittlich 54,9 Stunden zu T0 und 45,0 Stunden zu T1 um 18,5 bzw. 8,6 Stunden über der vertraglichen Wochenarbeitszeit zum Zeitpunkt der Befragung (Abbildung 4-13). Damit konnte ein wesentliches Ziel des Pilotprojekts, nämlich der Abbau von Überstunden, bereits zum großen Teil erreicht werden. Sofern die Befragten sich im Vergleich zur tatsächlichen Arbeitszeit zu T1 nur um 4,7 Stunden kürzere Wochenarbeitszeiten wünschen, liegen auch Arbeitszeitwirklichkeit und -wunsch dicht beieinander. Hier ist zu beachten, dass die gewünschte Arbeitszeit mit dem Hinweis ermittelt wurde, persönliche Bedürfnisse und notwendiges Einkommen am besten miteinander in Einklang zu bringen.

Abbildung 4-13. Tatsächliche, gewünschte und vertragliche Arbeitszeit in Std./Woche (Mittelwerte; n=22)



Arbeitszeitwünsche reduzieren sich jedoch nicht nur auf die Belastungsdimension der Arbeitszeit, sondern betreffen auch die Mitbestimmung und die Flexibilität des Dienstplans. In der Rangfolge der Arbeitszeitwünsche liegen diejenigen Wünsche weit vorne, die sich auf die eigenen Entscheidungsmöglichkeiten hinsichtlich der Dienstplangestaltung beziehen (Abbildung 4-14). Selten am Wochenende zu arbeiten wird von ca. 68% der Befragten im Allgemeinen als besonders wichtig angesehen, gefolgt von mehr Wahlmöglichkeiten zwischen Freizeit- und Überstundenausgleich (64%) und der Möglichkeit, das Dienstende pünktlich einzuhalten (59%). Letztere beide Wünsche betreffen unmittelbar die Arbeitszeitsouveränität von Beschäftigten, deren Erfüllung weniger in Widerspruch mit den Anforderungen der Organisation treten dürfte als der Wunsch nach reduzierten Wochenenddiensten. Vergleicht man außerdem den Anteil der Personen, denen ein pünktliches Dienstende wichtig ist, mit dem eng verknüpften, jedoch seltener geäußerten Bedürfnis nach einer Verkürzung der tatsächlichen Arbeitszeit, so scheint die Überschaubarkeit und Verlässlichkeit der Dienstpläne wichtiger zu sein als die eigentliche Länge der Wochenarbeitszeit. Allerdings wünscht sich knapp ein Drittel (32%) den Wechsel in eine Teilzeit-Beschäftigung.

Unter ökonomischen Gesichtspunkten ist auffällig, dass im Vergleich zur Option, Dienste zu arbeiten, für die es finanzielle Zulagen gibt, die Möglichkeit einer Verlängerung der tariflichen Arbeitszeit auf bis zu 48 Stunden pro Woche im Allgemeinen nur von 9% der Befragten genannt wird. Der durchaus vorhandene Wunsch nach einer Maximierung des Einkommens scheint offenbar hinter dem Wunsch nach mehr Freizeit zurückzustehen.

* * *

Abbildung 4-14. Wünsche an die Arbeitszeit und Dienstplanung
(Angaben in %; maximal 5 Nennungen möglich)



Neben den Einstellungen und Vorlieben hinsichtlich der Arbeitszeiten und arbeitszeitpolitischen Zielen haben wir die Ärzte auch gefragt, wie sie die Mitbestimmung ihrer Berufsgruppe im Vorfeld des Pilotprojekts erlebt haben bzw. gegenwärtig erleben (vgl. Abbildung 4-15). Demnach haben rund 72% der Befragten ihre Beteiligung im Vorfeld der Umsetzung als ‚schlecht‘ oder ‚mäßig‘, die übrigen 28% als ‚gut‘ oder ‚sehr gut‘ empfunden.

Im Arbeitsalltag ist die Mitarbeiterbeteiligung naturgemäß eingeschränkt und kennzeichnet eher die Entscheidungsspielräume und Arbeitszeitoptionen, welche die neue Arbeitszeitregelung im Routinebetrieb bietet. Insofern überrascht es nicht gänzlich, dass rund 86% zu T1 angeben, dass die Mitbestimmungsmöglichkeiten ihrer Berufsgruppe ‚schlecht‘ oder ‚mäßig‘ seien.

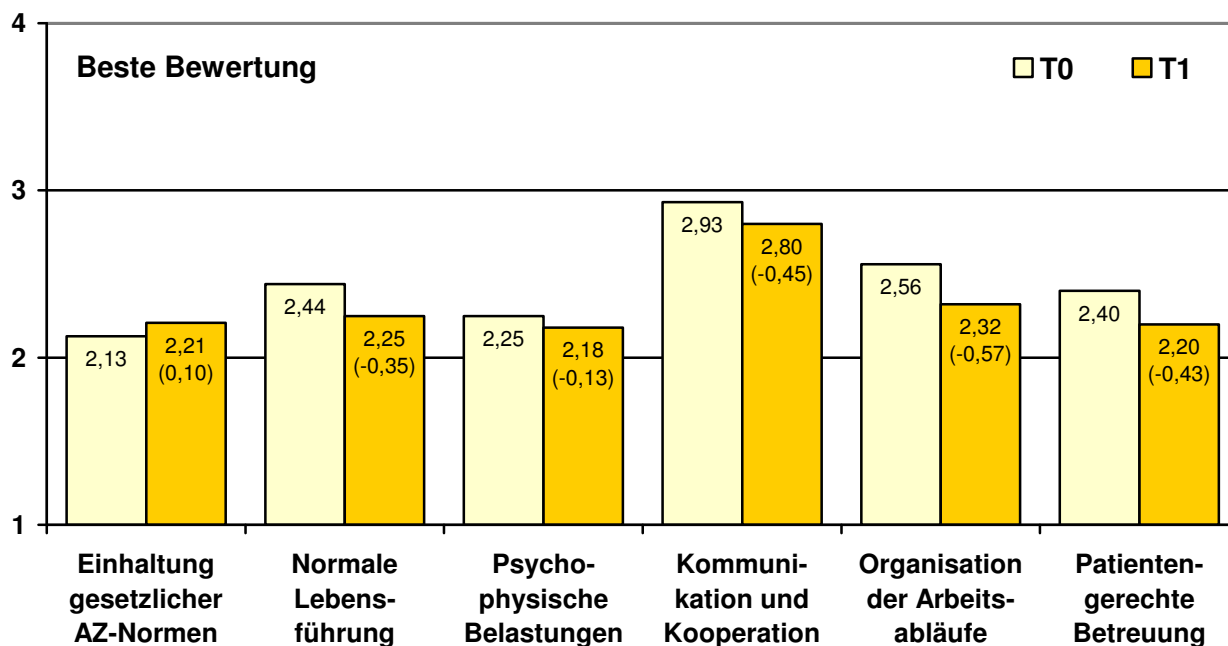
Abbildung 4-15. Mitbestimmungsmöglichkeiten der eigenen Berufsgruppe bei der Arbeitszeitgestaltung (Angaben in %; n=22)



Arbeitssituation und Gesundheit

Mit Hilfe einer differenzierten Erfolgskontrolle sollte festgestellt werden, ob die erhofften Vorteile erreicht wurden, sich alle Berufsgruppen an die getroffenen Absprachen gehalten haben und für die Mitarbeiter keine kritischen bzw. belastenden Situationen aufgetreten sind, die mit dem neuen Modell in Beziehung zu bringen sind. Dabei wurde mit der Befragung eine Einschätzung verschiedener Erfolgskriterien durchgeführt mit dem Ziel, die positiven und negativen Auswirkungen der durchgeführten Interventionen zu erfassen. Im Folgenden werden wir zunächst die Ergebnisse anhand der Mittelwerte und Effektstärken für die sechs Qualitätsbereiche der Arbeitssituation und ihrer Messungen kommentieren (vgl. Abbildung 4-16).

Abbildung 4-16. Arbeitssituation im Zeitverlauf (Mittelwerte der Qualitätsskalen; Effektstärken T0-T1 in Klammern; n=22)



* p≤0,05, ** p≤0,01 (t-Test)

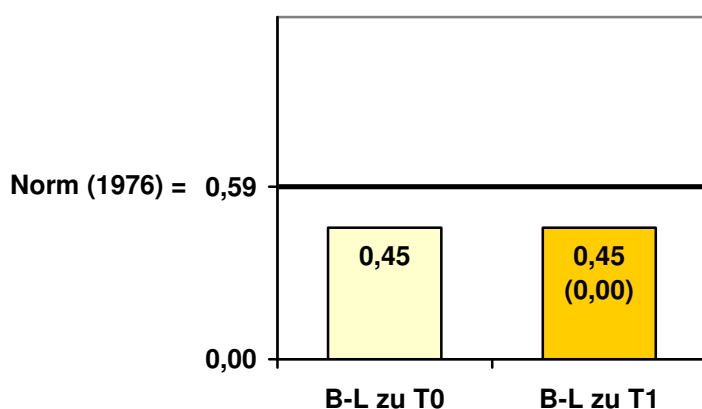
Die Fortschritte des neuen Modells liegen neben der deutlichen Reduzierung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit insbesondere in der geringfügig besseren *Einhaltung gesetzlicher Arbeitszeit-Regelungen* (Effektstärke: +0,10). Negative Veränderungen betreffen die *Organisation der Arbeitsabläufe* (Effektstärke: -0,57), aber auch die innerbetriebliche *Kommunikation und Kooperation* (-0,45) und *Patientenbetreuung* (-0,43), die von kleinen bis moderaten Verschlechterungen geprägt sind. Entlang der Einzelitems pro Dimension lässt sich Folgendes sagen:

- *Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen des ArbZG*: Insgesamt nehmen die Ärzte ca. 1 ½ Jahre nach Umwandlung der Bereitschaftsdienste nur sehr geringe Erfolge, d.h. weniger Probleme oder Mängel wahr (Effektstärke: 0,10). Wurden z.B. im Rahmen der (erinnerten) Ausgangssituation bei 35% der Befragten die geleisteten Arbeitsstunden ‚selten‘ oder ‚nie‘ korrekt erfasst und dokumentiert, so steigert sich dieser Anteil zu T1 auf 68%; auch bei der Verlängerung der täglichen Arbeitszeit auf über 10 Stunden lassen sich minimale Verbesserungen nachweisen.
- ‚Normale‘ *Lebensführung bzw. Lebensqualität außerhalb der Arbeit*: Verschlechtert haben sich insbesondere die Möglichkeiten, an gesellschaftlichen Einrichtungen (z.B. Vereine, soziale Organisationen) mitzuwirken oder an kulturellen Veranstaltungen (z.B. Kino, Theater, Musik) teilzuhaben. Verantwortlich dafür dürfte weniger die Länge der Freizeit- und Erholungszeiten sein, sondern deren ungünstige Lage bzw. Verteilung über den Monat hinweg. Darüber hinaus wirken sich die geänderten Arbeitszeiten – wenngleich nicht so stark wie erwartet – negativ auf die Höhe und subjektive Angemessenheit des Einkommens aus.
- *Psychophysische Arbeitsbelastungen*: Die einzelnen Belastungssituationen haben sich bis zum Zeitpunkt der Befragung kaum oder geringfügig verändert. Dabei hat sich die relativ größte Belastung vor der Umstellung der Arbeitszeiten, nämlich der empfundene Zeitdruck bei der Arbeit, noch weiter verstärkt (von 22% Befragten mit geringer Belastung zu T0 auf 9% zu T1). Auch die Übernahme von Tätigkeiten, für die Ärzte nicht genügend ausgebildet sind, sollte bei möglichen Nachbesserungen des Modells vorrangig beachtet werden (vgl. 47% zu T0 versus 36% zu T1).
- *Kommunikation und Kooperation*: Mäßige Verschlechterungen betreffen insbesondere den Erhalt aller wichtigen Informationen, die für die Arbeit benötigt werden, sowie den Informationsaustausch mit angrenzenden Diensten (Verringerung der positiven Bewertungen um 24 bzw. 28 Prozentpunkte). Entsprechend wird auch die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Pflegepersonal, medizinisch-technischer Funktionsbereich, therapeutischer Dienst) zu T1 kritischer beurteilt als zu T0.
- *Organisation der Arbeitsabläufe*: Die größten Anlaufschwierigkeiten werden in Bezug auf die Effektivität der Arbeitsabläufe, frühzeitige Dienstplanung sowie (Neu-) Verteilung der Regelarbeit über den Tag hinweg sichtbar (56-72% Zufriedene zu T0 versus 32-46% zu T1). Da auch für alle anderen Aspekte mehr oder weniger starke Verschlechterungen konstatiert werden müssen, überrascht es nicht, dass die *Organisation der Arbeitsabläufe* im Vergleich zu den übrigen Dimensionen praktisch den größten Handlungsbedarf hat (Effektstärke: -0,57).

- *Patientengerechte Betreuung*: Negative Auswirkungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass viele Ärzte unter den neuen Bedingungen offenbar noch weniger Zeit für ihre Patienten haben als bisher (18% positive Bewertungen zu T1 gegenüber 39% zu T0). Die Zeit, die für die Kommunikation mit den Patienten zur Verfügung steht, scheint sogar fast völlig unter den Tisch gefallen zu sein (0% Zufriedene zu T1!). Nach Fremdeinschätzung der Ärzte wüssten Patienten auch weniger denn je, wer für ihre Behandlung und Pflege zuständig sei.

Eine indirekte Folge veränderter Arbeitszeitgestaltung und -organisation liegt in der Gesundheit der Mitarbeiter (Abbildung 4-17). Gemessen am Gesamtwert der Beschwerden-Liste (B-L) von Zerssen (1976), liegen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste unter dem Referenzwert der Normalbevölkerung (0,45 gegenüber 0,59).¹⁴ Dieser Wert ist zu T1 konstant geblieben. Ein Blick auf die Rangliste der am häufigsten genannten Beschwerden zeigt, dass zu T1 bis zur Hälfte der Ärzte unter psychomentalen Beschwerden (Grübeleien, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Müdigkeit) sowie unter Schmerzen des Bewegungsapparates (Nacken, Schulter) leiden. Magen-Darm-Störungen als typisches Symptom bei reinen Nachtarbeitern treten seltener in Erscheinung.

Abbildung 4-17. Mitarbeitergesundheit im Zeitverlauf (Mittelwert der Beschwerden-Liste: Bestwert = 0, schlechtester = 3; Effektstärke T0-T1 in Klammern; n=22)



* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ (t-Test)

Tabelle 4-2 fasst noch einmal die Veränderungen insgesamt sowie nach der jeweiligen Schichtdienst-Teilnahme zusammen. Demnach betreffen die negativen Veränderungen der Kommunikation und Kooperation nur solche Mitarbeiter, die im Rahmen der Rotation im Schichtdienst der ZNA-II tätig waren oder sind (vgl. erste und zweite Spalte in der Tabelle); Ärzte, die dauerhaft auf der ZNA-II tätig sind, erleben diesbezüglich sogar Verbesserungen (Effektstärke: 0,59). Eine ähnliche Diskrepanz zeigt sich im Hinblick auf die „normale“ Lebensführung bzw. Lebensqualität außerhalb der Arbeit: Mitarbeiter, die aktuell in der Rotation eingesetzt sind, berichten im Gegensatz zu den anderen Gruppen über kleine Verbesserungen ihrer Lebensqualität.

¹⁴ Der Durchschnittswert für die Normalbevölkerung beruht auf einer repräsentativen Eichstichprobe aus dem Jahr 1976. Eine neue Eichung des Instruments findet derzeit statt.

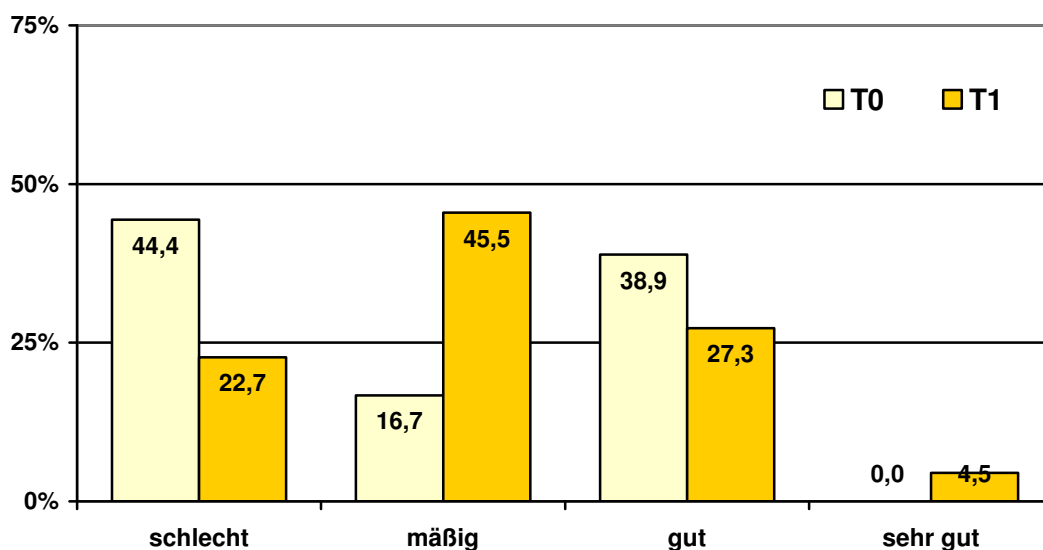
Tabelle 4-2. Erfolge der Umwandlung der Arbeitszeiten T0-T1 im Überblick, differenziert nach Erfahrungen im Schichtdienst der ZNA-II (Effektstärken)

Erfolgsmerkmale (Subskalen)	Tätigkeit im Schichtdienst der ZNA-II			Gesamt (n=22)
	Ja, aber aktuell nicht mehr (n=11)	Ja, aktuell Mitarbeiter in Rotation (n=5)	Ja, dauerhaft ZNA-II-Mitarbeiter (n=6)	
Gesetzlicher Arbeitszeitschutz	0,02	0,13	0,14	0,10
„Normale“ Lebensführung	-0,62	0,39	-0,26	-0,35
Psychophysische Belastungen	0,12	-0,15	-0,37	-0,13
Kommunikation und Kooperation	-0,72	-5,17	0,59	-0,45
Organisation der Arbeitsabläufe	-0,48	-1,50**	-0,32	-0,57
Patientengerechte Versorgung	-0,14	-0,95	-0,59	-0,43
Gesundheit der Mitarbeiter	0,06	-0,05	-0,09	0,00

* p<0,05; ** p<0,01 (t-Test)

Gesamteinschätzung des Modellprojekts

Eine abschließende Bewertung sollte die Mitarbeiterzufriedenheit mit dem neuen Modell sowie dessen wahrgenommenen Auswirkungen auf die Arbeitssituation dokumentieren. Die Analyse der Mitarbeiterzufriedenheit basiert zunächst auf einer Gesamteinschätzung der Arbeitszeitbedingungen im zeitlichen Verlauf (Abbildung 4-18). Es zeigt sich, dass zum Zeitpunkt der Befragung weniger Personen ihre Arbeitsbedingungen ‚gut‘ oder ‚sehr gut‘ beurteilen, aber auch „nur“ noch rund 23% der Befragten als völlig ‚schlecht‘. Dies ist eine geringfügige Verbesserung im Vergleich zur Ausgangssituation (Effektstärke: 0,21; n.s.).

Abbildung 4-18. Arbeitszeit-Zufriedenheit im Zeitverlauf (Angaben in %; n=22)

Signifikanz T0-T1: p=n.s. (t-Test)

Auf die Fragen, ob die Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz bleiben würden, wenn sie ein anderes Angebot bzw. die Möglichkeit zum Wechseln hätten (,Bindung an den Arbeitsplatz'), sowie ihren Arbeitsplatz ihren Freunden empfehlen können (,Empfehlung des Arbeitsplatzes') scheint die Einführung des neuen Modells ebenfalls einen messbaren, jedoch leicht negativen Einfluss gehabt zu haben (ohne Abbildung).

4.3.4 Urteile der Projektakteure

Im Folgenden werden die Erfolge und Probleme bei der Projektumsetzung sowie der Grad der Zielerreichung, orientiert an den Zielsetzungen des Vorhabens zu Projektbeginn und den Kriterien der Begleitforschung, durch zentrale Projektakteure bzw. -experten¹⁵ bewertet.

Bewertung der Planung und Umsetzung des Projekts

Bei der Beurteilung des Projektablaufs kamen die Projektakteure rückblickend zu folgenden Einschätzungen: Obwohl das Modell mit einer Vorlaufzeit von fast einem Jahr entwickelt worden ist, kam es für viele Mitarbeiter immer noch zu schnell, weil die Einführung des Schichtdienstes mit Ängsten und Unkenntnis über seine Auswirkungen verbunden war. Weiterhin hätte man durch nachträgliche Personal- und Dienstzeitanpassungen ungefähr zwei Jahre für die Implementierung gebraucht. Als ein Fehler wurde hier im Nachhinein die zu enge Anpassung der Arbeitskapazitätsbemessung an die wirtschaftlichen Gegebenheiten bewertet, sichtbar in einem zu schnellen Absenken der Vollkräfte nach drei Monaten. Die jährliche Nachsteuerung durch Beobachtung des Patientenaufkommens über den Tag und die Woche hinweg wird dagegen als „ganz normal“ bewertet und kann auch in anderen Prozessen und Bereichen beobachtet werden.

Die Rolle der Mitarbeiter bei der Entwicklung des neuen Arbeitszeitmodells wurde sehr unterschiedlich eingeschätzt: In der ZNA gab es offenbar ein großes Interesse, die Dienstplanung selbst voranzubringen und dadurch auch die Arbeitsbedingungen zu verbessern (oder zumindest nicht zu verschlechtern); andere Mitarbeiter waren froh, nicht der ZNA zugeteilt zu werden, und haben sich entsprechend auch nicht sehr eingebracht. Die direkt Betroffenen hätten auch immer Bescheid gewusst, worum es ging und warum, da „gab es nur Kleinigkeiten zu regeln“.

Die Ergebnisse der Begleitforschung wurden wie in den anderen Pilotbereichen in Form eines Kurzberichts an die wichtigsten Projektakteure (inkl. Personalrat) zurückgemeldet. Eine ursprünglich geplante Präsentation der Befragungsergebnisse bei den Mitarbeitern vor Ort fand jedoch aufgrund fehlender Beschlüsse des Direktoriums nicht statt.

Bewertung der Zielerreichung (inkl. Wirtschaftlichkeit)

Mit Blick auf die eigenen Erwartungen oder auch Bedenken vertraten die befragten Projektakteure die Ansicht, dass die gesteckten Ziele mit dem neuen Arbeitszeitmodell erreicht werden konnten, in wirtschaftlicher Hinsicht sogar übertroffen wurden. Letzterer Punkt bezieht sich jedoch weniger

auf die erhofften Einsparungen im Personalbereich, sondern auf die deutlich gestiegene Zahl von Patienten, die seit der Umstellung der Arbeitszeiten in die ZNA aufgenommen wurden („im zweistelligen Prozentbereich“). Dieser Erfolg sei zumindest teilweise auf das neue Arbeitszeitmodell und die damit einhergehenden Änderungen in der Arbeitsorganisation zurückführen, insbesondere auf die interdisziplinäre Ausrichtung der ZNA, durch die Patientenströme besser steuerbar sind und weniger Reibungsverluste zwischen den Internisten und den Chirurgen erzeugen. Als positiver Nebeneffekt des Modells wird auch das wechselseitige Lernen der Fachdisziplinen voneinander und damit die Verbesserung der Behandlung von Patienten wahrgenommen.

Hinsichtlich der Mitarbeiterzufriedenheit fallen die Urteile der Projektexterten gemischter aus. Einerseits finden viele Mitarbeiter den Schichtdienst offenbar gut, weil sie regelmäßig nach Hause kommen und nicht ganz so früh hinkommen oder abends spät weggehen; andere Mitarbeiter seien dagegen eher an ihrer raschen Weiterbildung interessiert, die sie durch die kürzere Anwesenheit am Arbeitsplatz nicht mehr gewährleistet sehen. Andererseits gebe es auch verschiedene Phasen, in denen alle unzufrieden sind, und Phasen, in denen alle zufrieden sind. Positiv wird in diesem Zusammenhang gewertet, dass immerhin der Krankenstand niedrig ist als vorher.

4.4 OP-Funktionsdienst

Seit 2004 besitzt die Klinik II einen neuen Zentral-OP, in dem rund 10.000 Patienten pro Jahr operiert werden. Alle Räume und medizinischen Instrumente entsprechen dem modernsten Stand. Gleichzeitig wurde mit der Umstrukturierung versucht, auch die Abläufe und Organisationsstrukturen rund um den OP zu vereinfachen, Wege und Wartezeiten zu verkürzen. Die Zielrichtung war, dass operative Leistungen von allen medizinischen Fächern in einem Zentral-OP oder den assoziierten Eingriffsräumen erbracht werden.

4.4.1 Ausgangssituation

Die Arbeitszeiten im OP-Funktionsdienst, einem speziellen Dienst des Pflegebereichs, waren vor der Umstellung gemäß einem einfachen Bereitschaftsdienstmodell nach tariflichen Vereinbarungen organisiert. Regelarbeitszeit war von 7.30 bis 15.42 Uhr, und nach der Regeldienstzeit begann der Bereitschaftsdienst mit drei Mitarbeitern in der Stufe C und einem Mitarbeiter in Rufbereitschaft. Am Wochenende gab es einen 24-Stunden-Bereitschaftsdienst bzw. Rufbereitschaft.

Anders als auf der Notaufnahme derselben Klinik, wo die hohen Arbeitsbelastungen eine Dienstzeitanpassung erforderlich machten, sind die Motive für die Umstellung der Arbeitszeiten im OP-Funktionsdienst (wie in dem im nächsten Abschnitt 4.5 behandelten Anästhesie-Funktionsdienst) anders gelagert gewesen: Hier sollte aus Sicht der Krankenhausleitung eine Anpassung an die verlängerten OP-Zeiten bis in die Abendstunden, d.h. über die normale Regelarbeitszeit hinaus erfolgen, aber auch die bessere Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes im Sinne der EuGH-Urteile zu den Bereitschaftsdiensten vorangetrieben und damit Fachkräfte frühzeitig an das Unternehmen gebun-

¹⁵ Leitender Arzt der ZNA, Pflegedienstdirektorin, Personalrat

den werden. Von den Mitarbeitern selbst – darunter relativ viele Mitglieder des Personalrates – wurden diese Vorgaben allerdings weniger begrüßt, da neben dem befürchteten Einkommensverlust auch negative (Vor-) Erfahrungen mit dem Schichtdienst bestanden, welche oft Grund dafür gewesen waren, aus anderen Bereichen der Pflege in den OP-Funktionsdienst zu wechseln. Zwischen den organisatorischen und individuellen Zielen sind hier also von vornherein größere Konflikte zu erwarten gewesen als in anderen Pilotprojekten des LBK Hamburg.

4.4.2 Projektdurchführung

Nach der generellen Entscheidung der Klinikleitung zur Umstellung hat die Pflegedienstleitung die Leitung des OP-Funktionsdienstes mit der Entwicklung und Umsetzung eines neuen Dienstplanes beauftragt. Eine Projektgruppe mit klar festgelegter und transparenter Vorgehensweise, eigenen Ressourcen und regelmäßigen Sitzungen wurde nicht eingesetzt. Stattdessen gab die Leitung des Funktionsdienstes den inhaltlichen (ArbZG, OP-Betriebszeit) und zeitlichen Rahmen (4 Wochen) vor, innerhalb dessen alle Mitarbeiter – vertreten durch einen Teamsprecher – während ihrer Arbeitszeit ein Modell entwickeln sollten. Die Funktionsdienst-Leitung stand in diesem Prozess für Rückfragen und die Abnahme des Modells zur Verfügung, und auch zu dem PANDA-Projekt gab es nur losen Kontakt (in Form von schriftlichen Informationen, informellen Gesprächen etc.).

Inhaltlich wurde ein Dienstzeitmodell entwickelt und übernommen, das von Montag bis Freitag einen Frühdienst mit 18 Mitarbeitern pro Schicht (7.30-15.42 Uhr), zwei Spätdienste mit 3 (12.48-21.00 Uhr) bzw. 2 Mitarbeitern (11.18-19.30 Uhr) sowie einen Nachtdienst mit 3 Mitarbeitern (20.45-7.30 Uhr) vorsah. Für das Wochenende waren ein Tagdienst (7.15-20.00 Uhr) sowie ein Nachtdienst (19.45-7.30 Uhr) mit jeweils 3 Mitarbeitern vorgesehen. In dieser Zeit leisteten die Mitarbeiter 10 Regelarbeitsstunden plus 2 Stunden Arbeitsbereitschaft, da kein normales OP-Programm läuft und genügend Pausen möglich sind, aber in Ausnahmefällen die Mitarbeiter jederzeit zum Einsatz gerufen werden können. Zusammen mit einigen speziellen Diensten (Leitung, Schleuse, Rüstteam) entstand so ein Gesamtbedarf an 39,67 Vollkräften.

Die Umsetzung des neuen Modells begann am 1. Juli 2004 und dauerte ungefähr ein Jahr an. Die Ablösung der Bereitschaftsdienste erfolgte dabei stufenweise durch jeweils eine neue Schicht in einem vierteljährlichen Rhythmus, da für alle OP-Fachbereiche erst die notwendige Qualifikation und Anzahl der Mitarbeiter gewährleistet sein musste. Bedingt durch größere Personalengpässe gab es zwischendurch einmal einen Rückschritt in wieder mehr Bereitschaftsdienste, welcher aber nicht von langer Dauer blieb. Einzelne Arbeitszeiten wurden seitdem nur noch minimal verändert aufgrund des Wegfalls der Wege- und Rüstzeiten. (Dadurch mussten den Mitarbeitern 6 Minuten Umziehzeiten vor dem Dienstbeginn gewährt werden).

4.4.3 Auswirkungen des Projekts

Ein dreiviertel Jahr nach Beginn der Umsetzung, d.h. zwischen April und Mai 2005, wurden 44 Mitarbeiter im OP-Funktionsdienst zu ihrer Arbeitssituation vor der Umwandlung der Bereit-

schaftsdienste (T0: erinnerte Situation) sowie zu ihrer aktuellen Lage (T1) befragt. Zu diesem Zeitpunkt war das Schichtmodell noch nicht vollständig umgesetzt. Eine Folgebefragung konnte jedoch nicht mehr in der Laufzeit des Forschungsprojekts durchgeführt werden. Der Rücklauf betrug $n=18$ bzw. 41%. Davon gaben alle Mitarbeiter an, bereits vor der Umsetzung des Pilotprojekts in dieser Klinik beschäftigt gewesen zu sein.

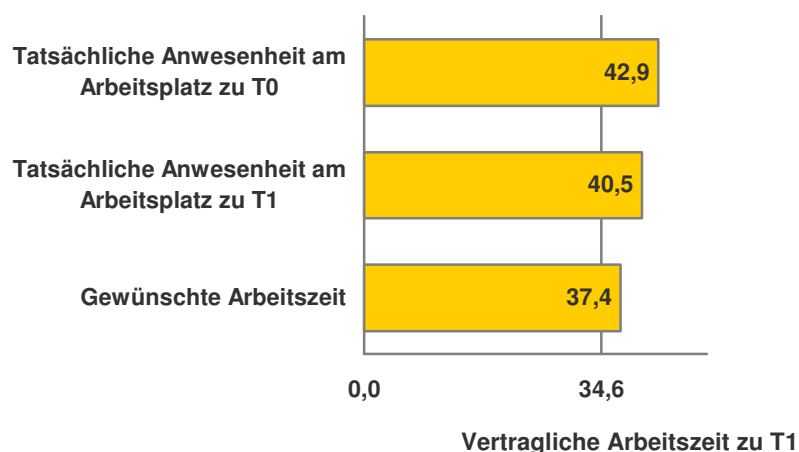
Die Gruppe der Antworter weist mehrheitlich (ca. 78%) ein Alter von 30 bis 49 Jahren auf. Sie besteht zu 72% aus Frauen und wird überwiegend aus Personen mit (Ehe-) Partner und Kind(ern) gebildet. 15 von 18 Antwortern (83%) waren seit der Umstellung der Arbeitszeiten schon im Schichtdienst des OP-Funktionsdienstes tätig.

Ein Vergleich der Antworter mit den uns zur Verfügung gestellten Daten zur Gesamtheit aller Mitarbeiter im OP-Funktionsdienst hinsichtlich der Merkmale Alter und Geschlecht zeigt eine gute Übereinstimmung ($p=0,30$ bzw. $0,79$; Chi-Quadrat-Anpassungstest). Aufgrund des Studiendesigns sowie der ausreichenden Rücklaufquote ist ebenfalls davon auszugehen, dass die Verteilung der ‚wahren‘ Zufriedenen und Unzufriedenen annähernd der Untersuchungspopulation in der Studie entspricht.

Arbeitszeit und Arbeitszeitwünsche

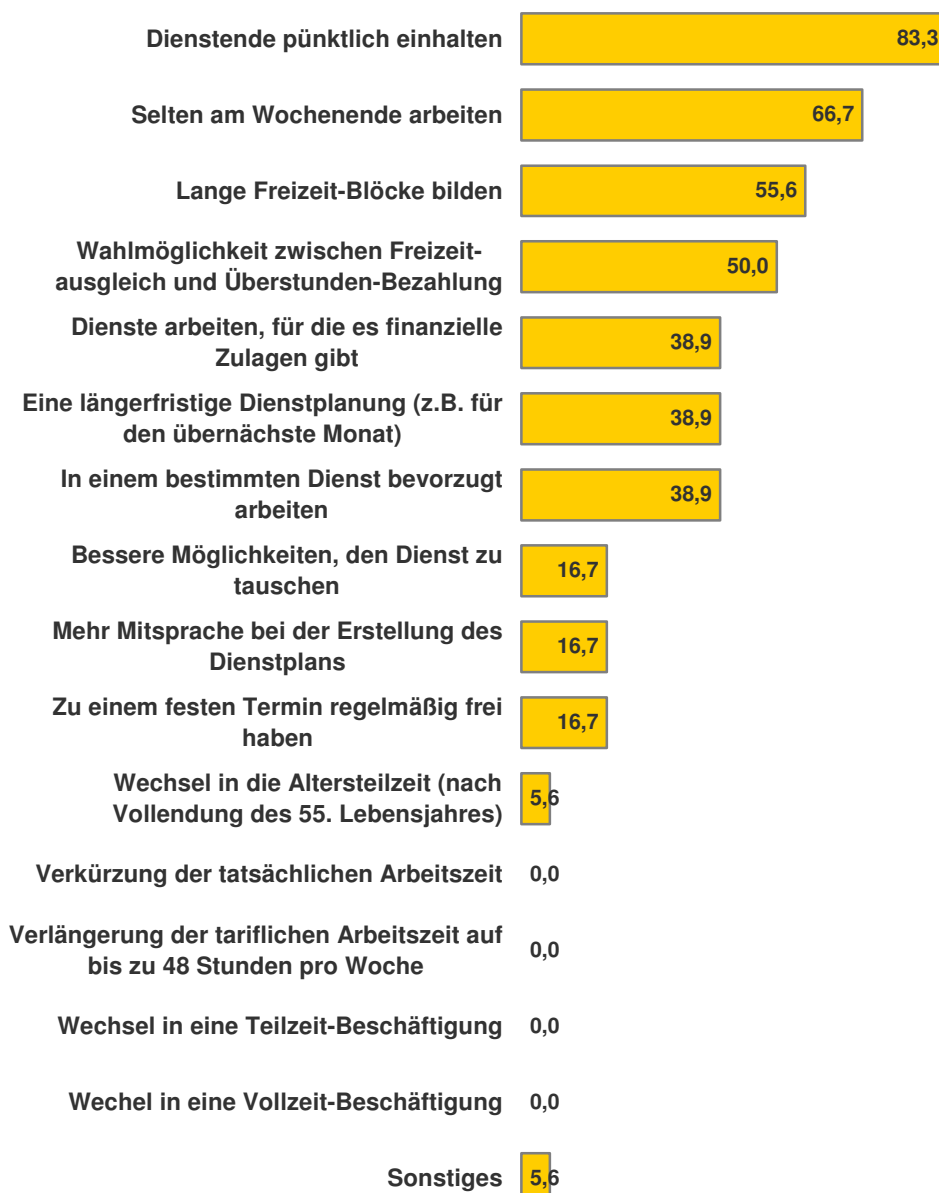
Die tatsächliche Wochenarbeitszeit (inkl. Überstunden, Anwesenheit durch Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft) liegt bei den befragten Mitarbeitern mit durchschnittlich 42,9 Stunden zu T0 und 40,5 Stunden zu T1 um 8,3 bzw. 5,9 Stunden über der vertraglichen Wochenarbeitszeit zum Zeitpunkt der Befragung (Abbildung 4-19). Damit konnte ein wesentliches Ziel des Pilotprojekts, nämlich der Abbau von Überstunden, in Teilen erreicht werden. Sofern die Befragten sich im Vergleich zur tatsächlichen Arbeitszeit zu T1 nur um 3,1 Stunden kürzere Wochenarbeitszeiten wünschen, liegen auch Arbeitszeitwirklichkeit und -wunsch dicht beieinander. Hier ist zu beachten, dass die gewünschte Arbeitszeit mit dem Hinweis ermittelt wurde, persönliche Bedürfnisse und notwendiges Einkommen am besten miteinander in Einklang zu bringen.

Abbildung 4-19. Tatsächliche, gewünschte und vertragliche Arbeitszeit in Std./Woche (Mittelwerte; $n=18$)



Arbeitszeitwünsche reduzieren sich jedoch nicht nur auf die Belastungsdimension der Arbeitszeit, sondern betreffen auch die Mitbestimmung und die Flexibilität des Dienstplans. In der Rangfolge der Arbeitszeitwünsche liegen diejenigen Wünsche weit vorne, die sich auf die eigenen Entscheidungsmöglichkeiten hinsichtlich der Dienstplangestaltung beziehen (Abbildung 4-20). Das Dienstende pünktlich einzuhalten wird von ca. 83% der Befragten im Allgemeinen als besonders wichtig angesehen, gefolgt von dem Wunsch nach möglichst wenigen Wochenenddiensten (67%). Vergleicht man v.a den Anteil der Personen, die sagen, dass ihnen ein pünktliches Dienstende wichtig sei, mit dem eng verknüpften, jedoch nicht ein einziges Mal geäußerten Bedürfnis nach einer (weiteren) Verkürzung der tatsächlichen Arbeitszeit, so kann gefolgert werden, dass die Sicherheit und Verlässlichkeit der Dienstpläne wichtiger sind als die eigentliche Länge der Wochenarbeitszeit.

Abbildung 4-20. Wünsche an die Arbeitszeit und Dienstplanung
(Angaben in %; maximal 5 Nennungen möglich)



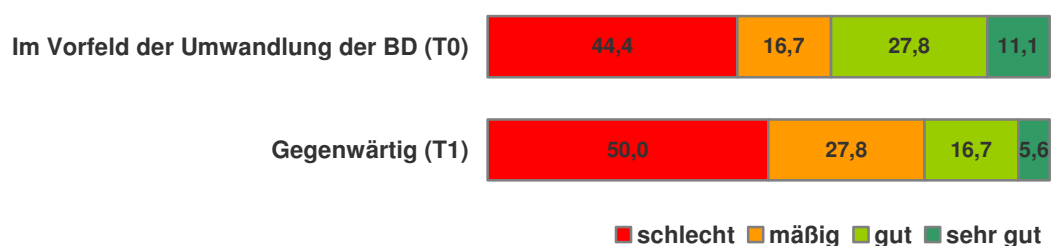
Knapp die Hälfte (50-56%) der Mitarbeiter wünscht sich darüber hinaus, lange Freizeit-Blöcke zu bilden, sowie mehr Wahlmöglichkeiten zwischen Freizeitausgleich und Überstunden-Bezahlung. In diesen Bereichen geraten die Wünsche mit anderen individuellen oder organisatorischen Zielen teilweise in Konflikt: So mag z.B. ein langer Freizeitblock zwar Erholungsmöglichkeiten bieten, er ist aber bei Vollzeitbeschäftigten nur zum Preis langer Dienstketten zu haben. Arbeitsmedizinische Untersuchungen haben jedoch ergeben, dass kurze Dienstketten und eingestreute freie Tage einen höheren Erholungseffekt haben als lange Dienstketten mit einer anschließenden langen Freiphase.

Unter ökonomischen Gesichtspunkten ist auffällig, dass im Vergleich zur Option, Dienste zu arbeiten, für die es finanzielle Zulagen gibt (39%), die Möglichkeit einer Verlängerung der tariflichen Arbeitszeit auf bis zu 48 Stunden pro Woche von keiner Person genannt wird. Der durchaus vorhandene Wunsch nach einer Maximierung des Einkommens scheint offenbar hinter dem Wunsch nach mehr Freizeit zurückzustehen.

* * *

Neben den Einstellungen und Vorlieben hinsichtlich der Arbeitszeiten und arbeitszeitpolitischen Zielen haben wir die Mitarbeiter auch gefragt, wie sie die Mitbestimmung ihrer Berufsgruppe im Vorfeld des Pilotprojekts erlebt haben bzw. gegenwärtig erleben (vgl. Abbildung 4-21). Demnach haben rund 61% der Befragten ihre Beteiligung im Vorfeld der Umsetzung als ‚schlecht‘ oder ‚mäßig‘, die übrigen 39% als ‚gut‘ oder ‚sehr gut‘ empfunden.

Abbildung 4-21. Mitbestimmungsmöglichkeiten der eigenen Berufsgruppe bei der Arbeitszeitgestaltung (Angaben in %; n=18)



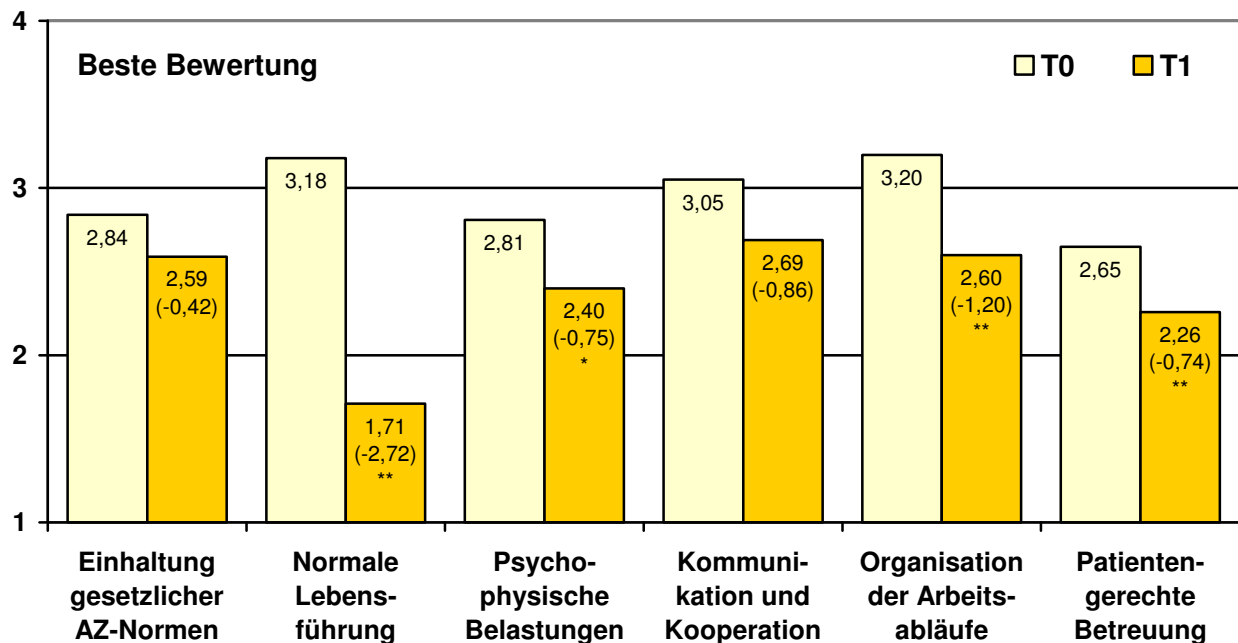
Im Arbeitsalltag ist die Mitarbeiterbeteiligung naturgemäß eingeschränkt und kennzeichnet eher die Entscheidungsspielräume und Arbeitszeitoptionen, welche die neue Arbeitszeitregelung im Routinebetrieb bietet. Insofern überrascht es nicht, dass rund drei Viertel (78%) der Befragten zu T1 angeben, dass die Mitbestimmungsmöglichkeiten ihrer Berufsgruppe ‚schlecht‘ oder ‚mäßig‘ seien.

Arbeitssituation und Gesundheit

Mit Hilfe einer differenzierten Erfolgskontrolle sollte festgestellt werden, ob die erhofften Vorteile erreicht wurden, sich alle Berufsgruppen an die getroffenen Absprachen gehalten haben und für die Mitarbeiter keine kritischen bzw. belastenden Situationen aufgetreten sind, die mit dem neuen

Modell in Beziehung zu bringen sind. Dabei wurde mit der Befragung eine Einschätzung verschiedener Erfolgskriterien durchgeführt mit dem Ziel, die positiven und negativen Auswirkungen der durchgeführten Interventionen zu erfassen. Im Folgenden werden wir zunächst die Ergebnisse anhand der Mittelwerte und Effektstärken für die sechs Qualitätsbereiche der Arbeitssituation und ihrer Messungen kommentieren (vgl. Abbildung 4-22).

Abbildung 4-22. Arbeitssituation im Zeitverlauf (Mittelwerte der Qualitätsskalen; Effektstärken T0-T1 in Klammern; n=18)



* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ (t-Test)

Es ist deutlich zu sehen, dass sowohl die „normale“ *Lebensführung bzw. Lebensqualität außerhalb der Arbeit* als auch die *Organisation der Arbeitsabläufe* von massiven Verschlechterungen geprägt sind (Effektstärken der Veränderung: -2,72 bzw. -1,20). Auch auf allen anderen Skalen der Arbeitssituation und Mitarbeitergesundheit lassen sich mehr oder weniger starke Verschlechterungen im Zeitverlauf nachweisen. Im Einzelnen zeigt sich für die Dimensionen:

- *Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen des ArbZG*: Hier werden zumeist kleinere Verschlechterungen wahrgenommen. Waren beispielsweise im Rahmen der (erinnerten) Ausgangssituation 88% der Befragten nur ‚selten‘ oder ‚nie‘ von ungestörten Ruhezeiten zwischen zwei Diensten betroffen, so verringert sich dieser Anteil zu T1 auf 33%. Lediglich das arbeitszeitrechtliche Problem der Verlängerung der täglichen Arbeitszeit auf über 10 Stunden hat sich im gleichen Zeitraum gebessert.
- *‚Normale‘ Lebensführung bzw. Lebensqualität außerhalb der Arbeit*: Die starken Verschlechterungen lassen sich für sämtliche Einzelaspekte dieser Dimension feststellen, seien es Einschränkungen in der Verfügbarkeit bzw. Nutzung der „freien Zeit“, seien es Aussagen über die

mangelnde Einkommensgerechtigkeit. Gemessen an den Anteilen der Personen, die auf die entsprechenden Fragen mit ‚trifft eher‘ oder ‚trifft voll und ganz zu‘ geantwortet haben, bewegen sich die Verschlechterungen in einer Größenordnung von 60 bis 89 Prozentpunkten!

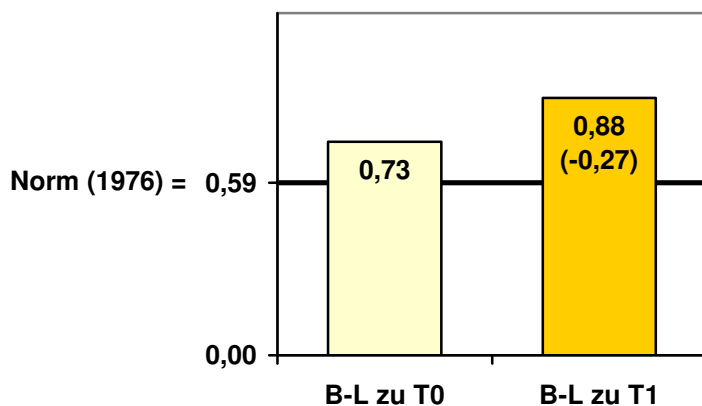
- *Psychophysische Arbeitsbelastungen:* Moderate Verschlechterungen betreffen insbesondere den gestiegenen Zeitdruck, der sich aus Sicht der Betroffenen negativ auf ihre Arbeit auswirkt (von 61% mit geringer Belastung zu T0 auf nur noch 24% zu T1). Auch der Anteil der Mitarbeiter, die ‚selten‘ oder ‚nie‘ nach der Arbeit körperlich völlig erschöpft sind, verringert sich im Projektverlauf deutlich (56 versus 12%).
- *Kommunikation und Kooperation:* Ausgehend von einem zumeist hohen Niveau zeigen sich relevante Verschlechterungen. Dies gilt insbesondere für die Weitergabe von Informationen: Während zu T1 schon deutlich weniger Befragte (35% vs. 83%) meinen, alle wichtigen Informationen für ihre Arbeit zu erhalten, halbiert sich in etwa auch der Anteil unzufriedener Mitarbeiter bezüglich des Informationsaustausches mit angrenzenden Diensten von 89% auf 41%. Insgesamt sind die Veränderungen in der Kommunikation und Kooperation recht stark ausgeprägt (Effektstärke: -0,86).
- *Organisation der Arbeitsabläufe:* Deutliche Anlaufschwierigkeiten werden bei der Bereitstellung von genügend qualifiziertem Personal (83% Zufriedene zu T0 gegenüber 18% zu T1) sowie in der notwendigen Flexibilität der Klinik bei personellen Engpässen (83 bzw. 24%) sichtbar. In die gleiche Richtung zeigen andere Aspekte der veränderten Arbeitsorganisation (z.B. Regelung der Arbeitsabläufe, Verteilung der Arbeit über den Tag hinweg), so dass unter dem Strich ein statistisch und praktisch äußerst bedeutsamer Negativ-Effekt festgestellt werden muss (Effektstärke: -1,20; $p < 0,01$).
- *Patientengerechte Betreuung:* Der negative Effekt ist größtenteils darauf zurückzuführen, dass der Tagesablauf unter den neuen Bedingungen nicht mehr den Bedürfnissen der Patienten angepasst erscheint (nur 7% positive Bewertungen zu T1 gegenüber 65% zu T0). Ebenfalls verschlechtert haben sich aus Sicht der Mitarbeiter die verfügbare Zeit für Patienten, die Sorgfalt bei der Patientenbetreuung sowie die Wartezeiten vor Untersuchungen oder Behandlungen (27-41 Prozentpunkte weniger). Allerdings haben die Funktionsdienste mit der Patientenbetreuung des „wachen Patienten“ im engeren Sinne nicht viel zu tun.

Eine indirekte Folge veränderter Arbeitszeitgestaltung und -organisation liegt in der Gesundheit der Mitarbeiter (Abbildung 4-23). Gemessen am Gesamtwert der Beschwerden-Liste (B-L) von Zerssen (1976), der vom Bestwert 0 bis zum schlechtesten Wert 3 reichen kann, liegen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste über dem Referenzwert der Normalbevölkerung (0,73 gegenüber 0,59).¹⁶ Dieser Wert steigt zu T1 leicht auf 0,88. Ein Blick auf die Rangliste der am häufigsten genannten Beschwerden zeigt, dass bis zu 3/4 der Mitarbeiter zu diesem Zeitpunkt unter Schmerzen des Bewegungsapparates (Rücken, Nacken,

¹⁶ Der Durchschnittswert für die Normalbevölkerung beruht auf einer repräsentativen Eichstichprobe aus dem Jahr

Schulter) sowie unter psychomentalen Beschwerden leiden wie Reizbarkeit, Mattigkeit und Schlafstörungen. Magen-Darm-Störungen als typisches Symptom bei reinen Nachtarbeitern treten seltener in Erscheinung.

Abbildung 4-23. Mitarbeitergesundheit im Zeitverlauf (Mittelwert der Beschwerden-Liste: Bestwert = 0, schlechtester = 3; Effektstärke T0-T1 in Klammern; n=18)

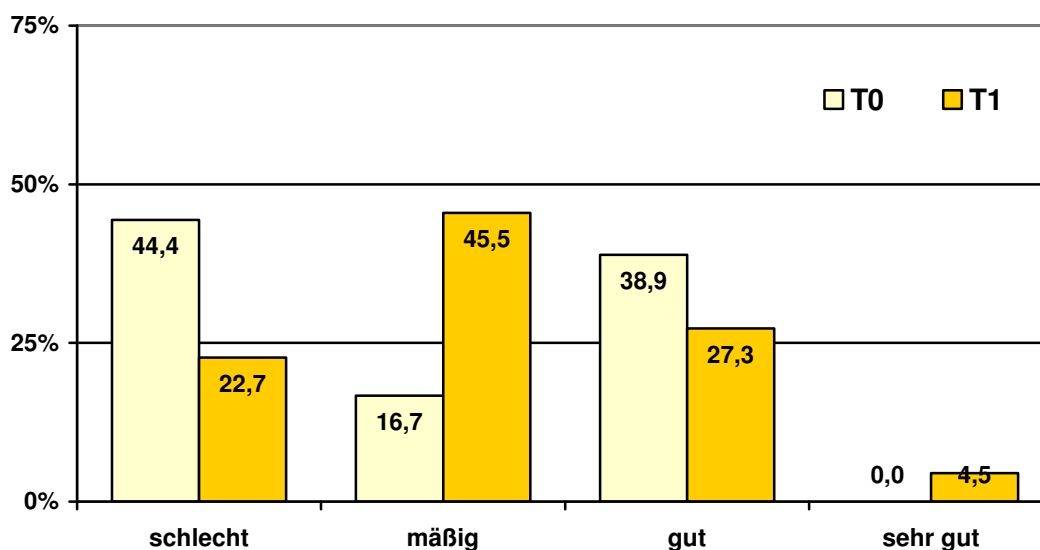


* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ (t-Test)

Gesamteinschätzung des Modellprojekts

Eine abschließende Bewertung sollte die Mitarbeiterzufriedenheit mit dem neuen Modell sowie dessen wahrgenommenen Auswirkungen auf die Arbeitssituation dokumentieren. Die Analyse der Mitarbeiterzufriedenheit basiert zunächst auf einer Gesamteinschätzung der Arbeitszeitbedingungen im zeitlichen Verlauf (Abbildung 4-24). Es zeigt sich, dass zum Zeitpunkt der Befragung nur noch rund 18% der Befragten ihre Arbeitszeitbedingungen ‚gut‘ beurteilen. Dies ist eine extrem starke Verschlechterung im Vergleich zur Ausgangssituation um ca. 77 Prozentpunkte (Effektstärke: -2,48; $p < 0,001$).

Auf die Fragen, ob die Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz bleiben würden, wenn sie ein anderes Angebot bzw. die Möglichkeit zum Wechseln hätten (‚Bindung an den Arbeitsplatz‘), sowie ihren Arbeitsplatz ihren Freunden empfehlen können (‚Empfehlung des Arbeitsplatzes‘) scheint die Einführung des neuen Modells ebenfalls messbaren Einfluss gehabt zu haben. Vor allem können die ZOP-Mitarbeiter ihren Arbeitsplatz in signifikanter Weise deutlich weniger empfehlen als bisher, während die Auswirkungen auf die Bindung an den Arbeitsplatz moderater ausfallen.

Abbildung 4-24. Arbeitszeit-Zufriedenheit im Zeitverlauf (Angaben in %; n=18)

Signifikanz T0-T1: $p \leq 0,001$ (t-Test)

4.4.4 Urteile der Projektakteure

Im Folgenden werden die Erfolge und Probleme bei der Projektumsetzung sowie der Grad der Zielerreichung, orientiert an den Zielsetzungen des Vorhabens zu Projektbeginn und den Kriterien der Begleitforschung, durch zentrale Projektakteure bzw. -experten¹⁷ bewertet.

Bewertung der Planung und Umsetzung des Projekts

Bei der Beurteilung des Projektablaufs kamen die Projektakteure rückblickend zu folgenden Einschätzungen: Mit Ausnahme der oben genannten Qualifikationsprobleme gab es kaum Probleme bei der Planung und Umstellung des Projekts. Dabei hatten die Experten im Verlauf mit weitaus mehr Schwierigkeiten und Widerständen gerechnet, da besonders am Anfang des Projekts bei den Mitarbeitern relativ viel Unmut wegen der finanziellen Verluste und der Zunahme an Wochenenddiensten herrschte. Allerdings hätte man im Nachhinein die Umsetzung gerne anders gestaltet: nicht langsamer, aber mit mehr qualifiziertem Personal. Nach anfänglichen Beschwerden bei der Umstellung kam es zur Einstellung vieler neuer Mitarbeiter, die nicht in allen Bereichen qualifiziert waren. Die Folge davon war, dass die Gutqualifizierten als die „Leidtragenden“ mehr leisten mussten als ihre Kollegen.

Angesichts der Einschätzung, dass bei der für die Zukunft zu erwartenden weiteren Verlängerung der OP-Zeiten ohnehin ein Schichtdienst hätte eingeführt werden müssen, sei die Entscheidung gut gewesen, sich möglichst frühzeitig daran zu gewöhnen. Dabei sei es natürlich gerade in der Phase der Umstellung schwierig, sich an Neues zu gewöhnen und Altes aufgeben. Insofern war es für die Projektakteure nicht überraschend, dass in der Diskussion von Seiten einiger OP-Pflegenden ver-

¹⁷ Pflegedienstleiterin, Leiter des OP-Funktionsdienstes, Personalrat

sucht worden ist, mit Hinweisen auf die Personalengpässe die Abschaffung der Bereitschaftsdienste rückgängig zu machen. Letztlich akzeptierten jedoch die Mitarbeiter das neue Dienstmodell.

Bewertung der Zielerreichung (inkl. Wirtschaftlichkeit)

Mit Blick auf die Zielerreichung vertraten die befragten Projektakteure die Ansicht, dass man trotz der eher negativen Ergebnisse in der Mitarbeiterbefragung Teilerfolge verzeichnen konnte: Neben der Reduktion der Arbeitsbelastungen durch die Verkürzung der Wochenarbeitszeiten hätten sich wie erwartet auch die Ausfallzeiten bei einigen Mitarbeitern verringert; bei anderen sind sie so geblieben, wie sie waren. Eine besondere Stärke des Modells sei es auch, dass es den unterschiedlichen Interessen der Mitarbeiter bezüglich Früh-, Spät- oder Nacharbeit besser gerecht werden könne. Hierzu wurde ein „Wunschplan“ entwickelt, in dem für drei feste Tage die Wünsche jedes Mitarbeiters eingetragen und nach Möglichkeit bei der Dienstplanung berücksichtigt werden.

Umgekehrt erwies sich nach Ansicht der Projektakteure als eine Hauptschwäche des neuen Modells, dass die Mitarbeiter bei kurzfristigen Ausfällen nicht mehr so schnell einzuspringen oder länger zu arbeiten bereit sind wie beim alten Bereitschaftsdienstmodell. Diese mangelnde Flexibilität zeigte sich letztlich auch in der zwischenzeitlichen Befürchtung, nicht genügend qualifizierte Mitarbeiter auf dem Arbeitsmarkt gewinnen zu können, um die Qualität der Versorgung sicherzustellen.

Speziell auf die Befragungsergebnisse angesprochen, teilten die Projektakteure weitgehend die Einschätzungen der Mitarbeiter. Die stark verschlechtert wahrgenommene Lebensqualität wurde u.a. damit begründet, dass viele Mitarbeiter ihr kostspieliges Hobby (Reiten, Pferdehaltung) einschränken mussten oder sich gar nicht mehr leisten konnten; außerdem hatten die Mitarbeiter früher durch die langen Dienste auch längere Freiphasen und einzelne Freiphasen zwischendurch, d.h. die Zahl der Arbeitstage (nicht die der Stunden), an denen sie im Betrieb sind, hat mit dem Schichtdienst zugenommen. Geld und Zeit stehen mithin anders zur Verfügung.

Neben der allgemeinen Verdichtung der Arbeit im OP-Bereich seien die psychophysischen Belastungen nach Einschätzung der Projektakteure durch das neue Modell auch gestiegen: Während das Bereitschaftsdienstmodell nämlich durchaus Spielräume beließ für belastungsärmere Arbeitsphasen, in denen die Mitarbeiter wenig Tätigkeiten ausübten, seien im Schichtdienst alle Arbeitszeiten einer hohen Komplexität und Leistungsdichte unterworfen. Hier wirkten sich auch der beschriebene Personalmangel und die fehlende Flexibilität bei kurzfristigen Ausfällen negativ aus, die einen wesentlichen Bestandteil der Arbeitsorganisation ausmachen. Dagegen sei die OP-Planung etwas flexibler geworden, da die Mitarbeiter jetzt zu allen Zeiten einsetzbar sind.

Unter ökonomischen Gesichtspunkten habe sich der Schichtdienst nicht gelohnt. Es musste mehr Personal eingestellt werden, als der Wegfall der Bereitschaftsdienste Kosten eingespart hat. Diese Mehrkosten seien keine „Unmengen“, wurden aber auch nicht genau quantifiziert.

4.5 Anästhesie-Funktionsdienst

Die Anästhesiologie der Klinik II ermöglicht (gemeinsam mit der operativen Intensivmedizin) durch schonende Vollnarkose und Regionalanästhesien schmerzfreie Untersuchungen und Operationen. Sie führt alle Anästhesien bei ambulanten und stationären sowie tageschirurgischen Patienten des Krankenhauses durch und wird dabei von Mitarbeitern des Anästhesie-Funktionsdienstes unterstützt. Neben der Betreuung der OP-Bereiche und des Aufwachraums fallen dem Anästhesie-Funktionsdienst zusätzliche Aufgaben (IMC-Station, Reanimationsbereitschaft etc.) zu.

4.5.1 Ausgangssituation

Im Anästhesie-Funktionsdienst gab es früher einen Regeldienst von 7.00 bis 15.12 Uhr. Darüber hinaus gab es bereits vor der Umstellung der Arbeitszeiten einen Spätdienst mit zwei Mitarbeitern von 11.48 bis 20.00 Uhr, welche noch die OP-Überhänge und den Aufwachraum versorgt haben. Ansonsten begann montags bis freitags ab 15.12 Uhr ein Bereitschaftsdienst, der bis zum nächsten Morgen um 7.00 Uhr dauerte. Am Wochenende gab es nur einen 24-stündigen Bereitschaftsdienst der Stufe C und einen Rufdienst für Notfälle.

Die Motive und Ziele der Pflegedienstleitung für die Umstellung von Bereitschafts- auf Schichtdienst ähnelten denen beim OP-Funktionsdienst: frühzeitige Umsetzung der rechtlichen Vorgaben, Anpassung an längere OP-Zeiten, Verringerung der Belastungen durch lange und/oder ungleichmäßige Anwesenheit am Arbeitsplatz und damit auch weniger Ausfallzeiten. Im Unterschied zum OP-Funktionsdienst trafen diese Ziele bei den Mitarbeitern des Anästhesie-Funktionsdienstes von vornherein auf weitgehende Zustimmung.

4.5.2 Projektdurchführung

Das Projekt war weitgehend ähnlich organisiert wie im OP-Funktionsdienst. Der Grund für diese Kongruenz lag nicht allein in der parallelen Durchführung beider Projekte, sondern vor allem in der personellen Überschneidung der Leitungsfunktionen: So war die Leitung des OP-Funktionsdienstes identisch mit der Leitung des Anästhesie-Funktionsdienstes, und auch die Pflegedienstleitung koordinierte beide Bereiche im gleichen Maße. Lediglich beim entwickelten Modell selbst musste im Unterschied zum OP-Bereich geringfügig nachgebessert werden.

Nach dem Beschluss der Leitung bzw. ihrer Vertretung wurden zwei Frühdienste (6.48-15.00 Uhr und 7.18-15.30 Uhr), ein so genanntes Wechselteam (8.18-16.30 Uhr), ein Spätdienst (12.33-20.45 Uhr) und ein Nachtdienst (20.30-7.15 Uhr) für insgesamt 12 Mitarbeiter eingerichtet. Die Schichten am Samstag und Sonntag entsprachen dem Dienstmodell im OP-Funktionsdienst und dauerten jeweils 12 Stunden (10 Stunden Arbeitszeit plus 2 Stunden Arbeitsbereitschaft). Darüber hinaus gab es acht einzelne Dienste für spezielle Aufgabenbereiche (Lungen-OP, Leitung, Assistenz, POBE¹⁸, Aufwachraum früh/zwischen/spät, Anästhesie-Sprechstunde). Alles zusammengezählt,

¹⁸ POBE = Perioperative Behandlungseinheit

lag der Bedarf in Vollkräften bei 23,36.

Die Umsetzung des Modells erfolgte sofort am 1. Juli 2004. Dies war möglich, da die Mitarbeiter im Anästhesie-Funktionsdienst alle genügend qualifiziert waren und auch relativ wenig neuer Personalbedarf bestand. Einzelne Arbeitszeiten wurden seitdem nur noch minimal verändert aufgrund des Wegfalls der Wege- und Rüstzeiten.

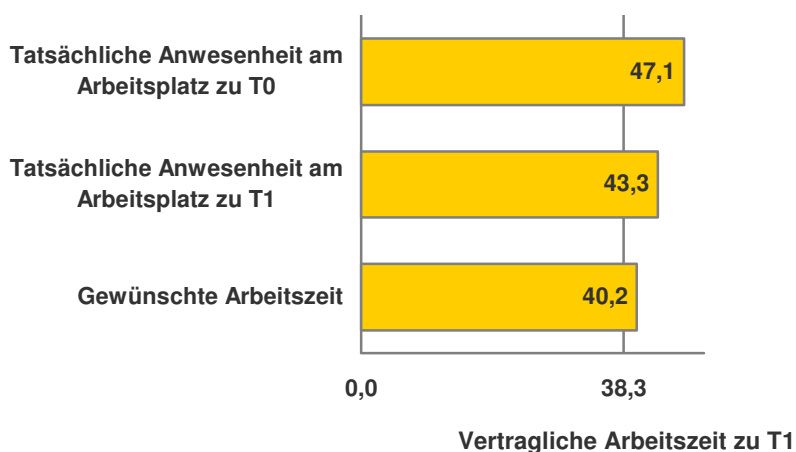
4.5.3 Auswirkungen des Projekts

Parallel zur Befragung im OP-Funktionsdienst wurden zwischen April und Mai 2005 auch die 26 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Anästhesie-Funktionsdienst zu ihrer Arbeitssituation vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste (T0: erinnerte Situation) sowie zu ihrer aktuellen Lage (T1) befragt. Eine Folgebefragung konnte nicht mehr in der Laufzeit des Forschungsprojekts durchgeführt werden. Der Rücklauf betrug $n=11$ bzw. 42%. Davon gaben 10 Mitarbeiter an, bereits vor der Umsetzung des Pilotprojekts in dieser Klinik beschäftigt gewesen zu sein.

Die Gruppe der Antworter weist mehrheitlich (ca. 64%) ein Alter über 40 Jahren auf. Sie besteht etwa je zur Hälfte aus Männern und Frauen und wird überwiegend aus Personen mit (Ehe-) Partner gebildet. Ein Vergleich der Antworter mit den uns zur Verfügung gestellten Daten zur Gesamtheit aller Mitarbeiter im Anästhesie-Funktionsdienst hinsichtlich der Merkmale Alter und Geschlecht zeigt trotz leichter Unterrepräsentation von Frauen eine statistisch befriedigende Übereinstimmung ($p=0,56$ bzw. 0,08; Chi-Quadrat-Anpassungstest). Aufgrund des Studiendesigns sowie der ausreichenden Rücklaufquote ist ebenfalls davon auszugehen, dass die Verteilung der ‚wahren‘ Zufriedenen und Unzufriedenen annähernd der Untersuchungspopulation in der Studie entspricht.

Arbeitszeit und Arbeitszeitwünsche

Die tatsächliche Wochenarbeitszeit (inkl. Überstunden, Anwesenheit durch Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft) liegt bei den befragten Mitarbeitern mit durchschnittlich 47,1 Stunden zu T0 und 43,3 Stunden zu T1 um 8,8 bzw. 5 Stunden über der vertraglichen Wochenarbeitszeit zum Zeitpunkt der Befragung (Abbildung 4-25). Damit konnte ein wesentliches Ziel des Pilotprojekts, nämlich der Abbau von Überstunden, bereits in Teilen erreicht werden. Sofern die Befragten sich im Vergleich zur tatsächlichen Arbeitszeit zu T1 nur um 3,1 Stunden kürzere Wochenarbeitszeiten wünschen, liegen auch Arbeitszeitwirklichkeit und -wunsch dicht beieinander. Hier ist zu beachten, dass die gewünschte Arbeitszeit mit dem Hinweis ermittelt wurde, persönliche Bedürfnisse und notwendiges Einkommen am besten miteinander in Einklang zu bringen.

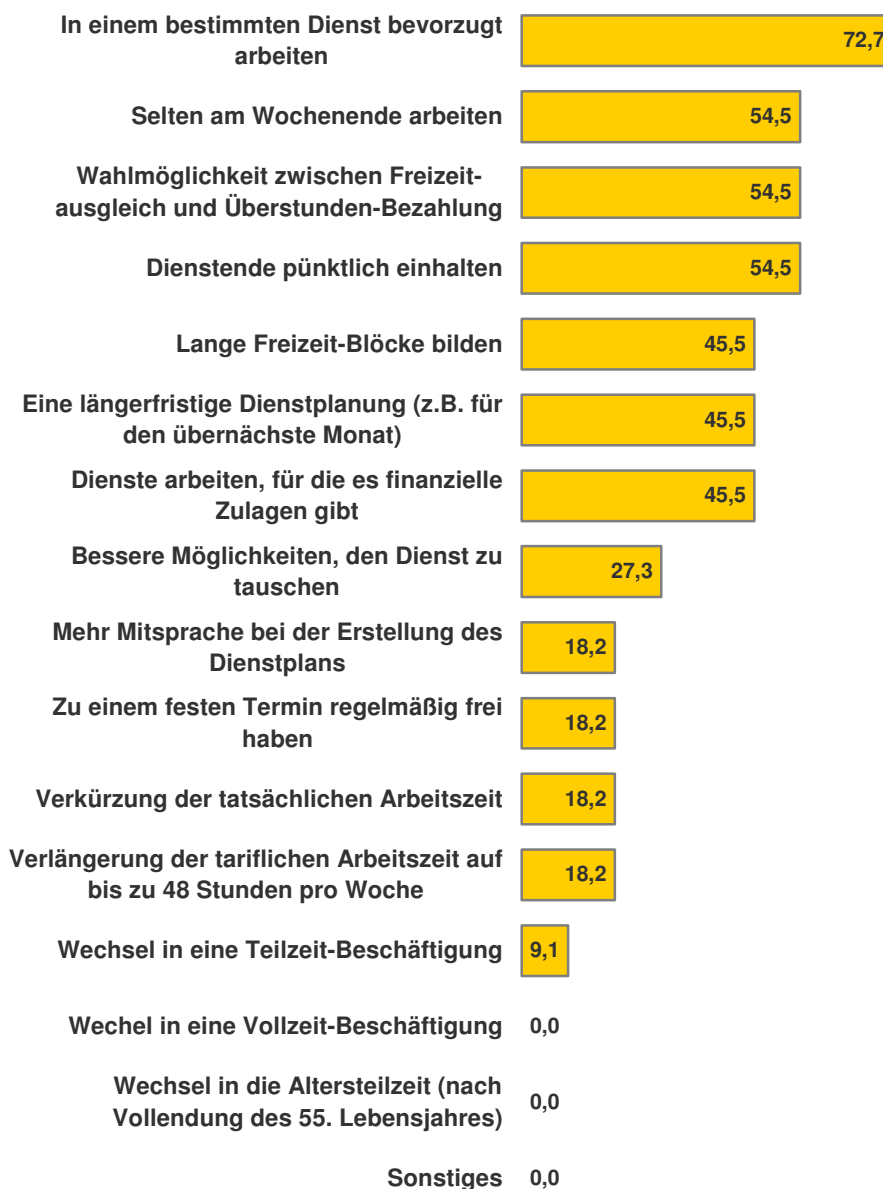
Abbildung 4-25. Tatsächliche, gewünschte und vertragliche Arbeitszeit in Std./Woche (Mittelwerte; n=11)

Arbeitszeitwünsche reduzieren sich jedoch nicht nur auf die Belastungsdimension der Arbeitszeit, sondern betreffen auch die Mitbestimmung und die Flexibilität des Dienstplans. In der Rangfolge der Arbeitszeitwünsche liegen diejenigen Wünsche weit vorne, die sich auf die eigenen Entscheidungsmöglichkeiten hinsichtlich der Dienstplangestaltung beziehen (Abbildung 4-26). In einem bestimmten Dienst bevorzugt zu arbeiten wird von ca. 73% der Befragten im Allgemeinen als besonders wichtig angesehen, gefolgt von möglichst wenig Wochenenddiensten, mehr Wahlmöglichkeiten zwischen Freizeit- und Überstundenausgleich und der Möglichkeit, das Dienstende pünktlich einzuhalten (jeweils 55%). Letztere beide Wünsche betreffen eher die langfristige Arbeitszeitsouveränität von Beschäftigten, deren Erfüllung weniger in Widerspruch mit den Anforderungen der Organisation treten dürfte als z.B. der Wunsch nach reduzierten Wochenenddiensten.

Vergleicht man außerdem die Personen, die sagen, dass ihnen ein pünktliches Dienstende wichtig sei, mit dem eng verknüpften, aber seltener geäußerten Bedürfnis nach einer Verkürzung der tatsächlichen Arbeitszeit (18%), so kann gefolgert werden, dass die Sicherheit und Verlässlichkeit der Dienstpläne z.Z. wichtiger sind als die eigentliche Länge der Wochenarbeitszeit.

Etwas weniger als die Hälfte (46%) der Mitarbeiter wünscht sich darüber hinaus, lange Freizeitblöcke zu bilden, eine längerfristige Dienstplanung sowie mehr Dienste, für die es finanzielle Zulagen gibt. In diesen Bereichen geraten die Wünsche mit anderen individuellen oder organisatorischen Zielen teilweise in Konflikt: So mag etwa ein langer Freizeitblock zwar Erholungsmöglichkeiten bieten, er ist aber bei Vollzeitbeschäftigten nur zum Preis langer Dienstkette zu haben. Arbeitsmedizinische Untersuchungen haben jedoch ergeben, dass kurze Dienstkette und eingestreute freie Tage einen höheren Erholungseffekt haben als lange Dienstkette mit einer anschließenden langen Freiphase.

Abbildung 4-26. Wünsche an die Arbeitszeit und Dienstplanung
(Angaben in %; maximal 5 Nennungen möglich)

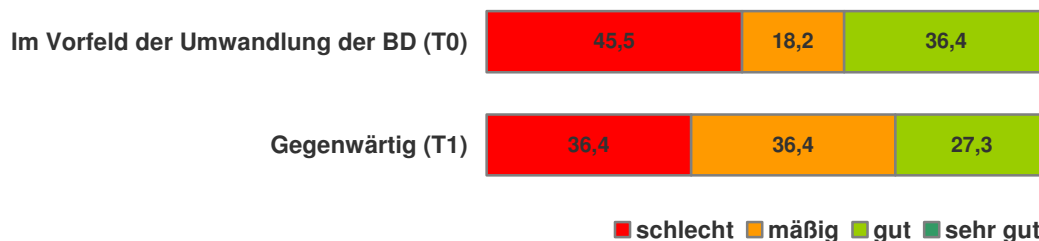


Unter ökonomischen Gesichtspunkten ist schließlich auffällig, dass im Vergleich zur Option, Dienste zu arbeiten, für die es finanzielle Zulagen gibt, die Möglichkeit einer Verlängerung der tariflichen Arbeitszeit auf bis zu 48 Stunden pro Woche im Allgemeinen nur von 18% genannt wird. Der durchaus vorhandene Wunsch nach einer Maximierung des Einkommens scheint offenbar hinter dem Wunsch nach mehr Freizeit zurückzustehen.

* * *

Neben den Einstellungen und Vorlieben hinsichtlich der Arbeitszeiten und arbeitszeitpolitischen Zielen haben wir die Mitarbeiter auch gefragt, wie sie die Mitbestimmung ihrer Berufsgruppe im Vorfeld des Pilotprojekts erlebt haben bzw. gegenwärtig erleben (vgl. Abbildung 4-27). Demnach haben rund 64% der Befragten ihre Beteiligung im Vorfeld der Umsetzung als ‚schlecht‘ oder ‚mäßig‘, die übrigen 36% als ‚gut‘ empfunden.

Abbildung 4-27. Mitbestimmungsmöglichkeiten der eigenen Berufsgruppe bei der Arbeitszeitgestaltung (Angaben in %; n=11)

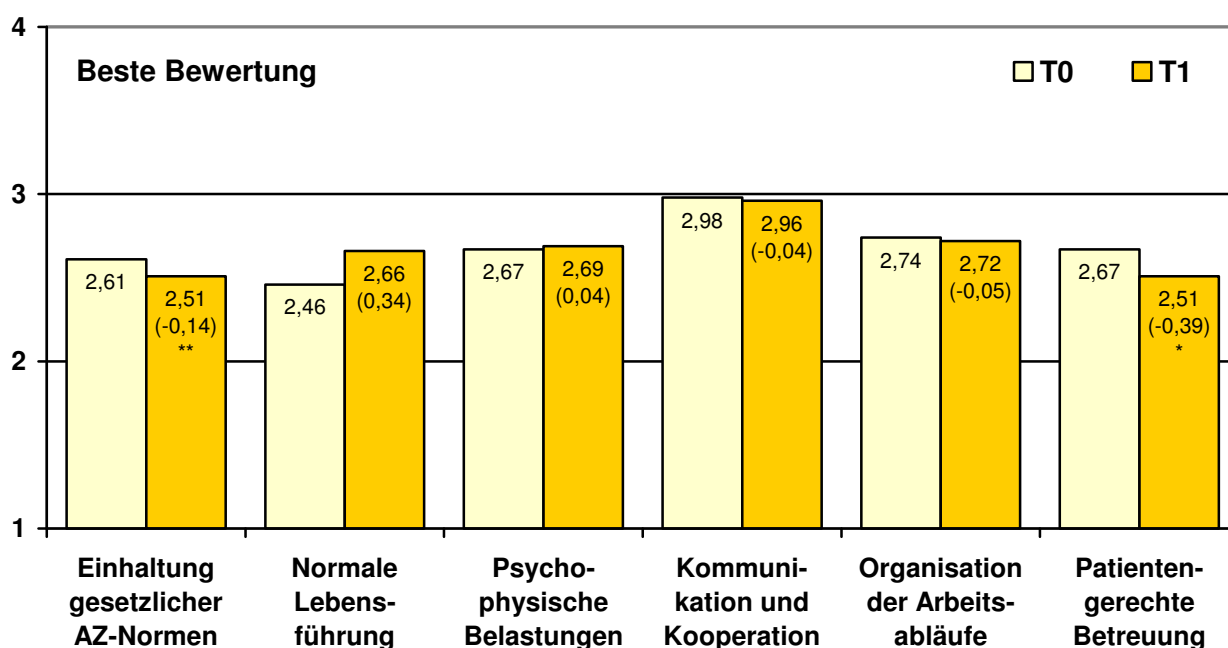


Im Arbeitsalltag ist die Mitarbeiterbeteiligung naturgemäß eingeschränkt und kennzeichnet eher die Entscheidungsspielräume und Arbeitszeitoptionen, welche die neue Arbeitszeitregelung im Routinebetrieb bietet. Insofern überrascht es nicht, dass rund drei Viertel (73%) der Befragten zu T1 angeben, dass die Mitbestimmungsmöglichkeiten ihrer Berufsgruppe ‚schlecht‘ oder ‚mäßig‘ seien. 27% empfinden sie weiterhin als ‚gut‘.

Arbeitssituation und Gesundheit

Mit Hilfe der Befragung wurde eine Einschätzung verschiedener Erfolgskriterien durchgeführt mit dem Ziel, die positiven und negativen Auswirkungen der durchgeführten Interventionen auf die Arbeitssituation und Mitarbeitergesundheit zu erfassen. Im Folgenden werden wir zunächst die Ergebnisse anhand der Mittelwerte und Effektstärken für die sechs Qualitätsbereiche der Arbeitssituation und ihrer Messungen kommentieren (vgl. Abbildung 4-28).

Abbildung 4-28. Arbeitssituation im Zeitverlauf (Mittelwerte der Qualitätsskalen; Effektstärken T0-T1 in Klammern; n=11)



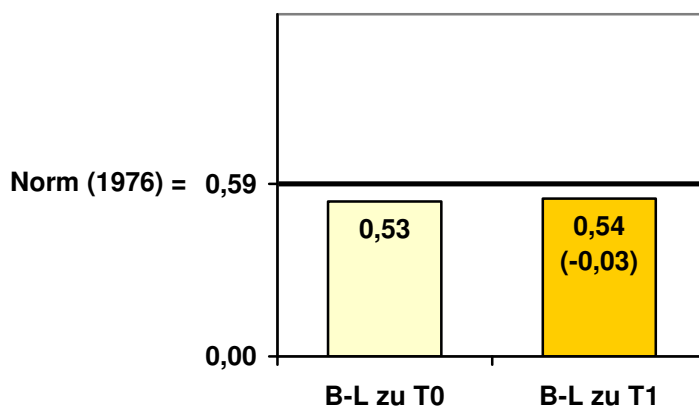
* p≤0,05, ** p≤0,01 (t-Test)

Gemessen an der Effektstärke verträgt sich das neue Modell offenbar besser mit einer „normalen“ Lebensführung bzw. höheren Lebensqualität liegt (Effektstärke: +0,34). Negative Folgen betreffen vorrangig die Qualität der Patientenbetreuung (Effektstärke: -0,39). Auf allen anderen Dimensionen der Arbeitssituation lassen sich kaum oder keine Veränderungen im Zeitverlauf nachweisen. Ohne dies im Einzelnen zu belegen, soll auch hier entlang der Einzelitems das Wichtigste noch einmal in Kürze zusammengefasst werden:

- *Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen des ArbZG:* In dieser Hinsicht nehmen die Mitarbeiter sehr geringfügig mehr Probleme oder Mängel wahr. Fühlten sich z.B. im Rahmen der (erinner-ten) Ausgangssituation 46% der Befragten ‚selten‘ oder ‚nie‘ von der Nicht-Einhaltung gesetzlicher Ruhezeiten zwischen 2 Diensten betroffen, so sinkt dieser Anteil zu T1 auf 27%. Lediglich das Problem der fehlenden bzw. unvollständigen Dokumentation der geleisteten Arbeitszeiten hat sich positiv verändert.
- *‚Normale‘ Lebensführung bzw. Lebensqualität außerhalb der Arbeit:* Hervorzuheben ist vor allem der Gewinn an verfügbarer Zeit für sich selbst wie auch für soziale und kulturelle Aktivitäten, deren Bedeutung für die subjektive Lebensqualität außer Frage steht. Vermutlich durch die Reduktion der tatsächlichen Arbeitszeit mitbedingt, wird zu T1 auch das Einkommen im Vergleich zur eigenen Leistung als angemessener empfunden (50% versus 36% Zufriedene).
- *Psychophysische Arbeitsbelastungen:* Bis zum Zeitpunkt der Befragung haben sich lediglich einzelne Belastungssituationen verbessert (z.B. seltenere körperliche Erschöpfung), andere dagegen verschlechtert (z.B. mehr Zeitdruck, der sich negativ auf die Arbeit auswirkt). Der Gesamtwert für psychophysische Belastungen bleibt deshalb unter dem Strich nahezu konstant.
- *Kommunikation und Kooperation:* Ausgehend von einem hohen Niveau, zeigen sich ebenfalls kaum Veränderungen zwischen der Ausgangssituation und der Situation zum Zeitpunkt der Befragung. Mit Ausnahme der wünschenswerten Verbesserung des Informationsaustausches mit angrenzenden Diensten, der sowohl vorher als auch nachher das meiste Unzufriedenheitspotenzial aufweist, besteht für diese Dimension jedoch wenig Handlungsbedarf.
- *Organisation der Arbeitsabläufe:* Die größten Schwierigkeiten betreffen die Flexibilität bei personellen Engpässen (46% Zufriedene zu T0 gegenüber nur 27% zu T1). Demgegenüber gibt es positive Veränderungen bei der effektiven Organisation und Klarheit der Arbeitsabläufe infolge des Schichtdienstes. Insgesamt überwiegen allerdings die negativen Tendenzen und begründen in der Summe einen minimal negativen Netto-Effekt (Effektstärke: -0,05).
- *Patientengerechte Betreuung:* Die (im Vergleich mit den anderen Dimensionen bedeutsamste) Verschlechterung ist größtenteils darauf zurückzuführen, dass die Mitarbeiter unter den neuen Bedingungen immer weniger Zeit für die Patienten (z.B. Betreuung, Überwachung) zu haben scheinen als bisher (27% positive Bewertungen zu T1 gegenüber 64% zu T0!). Auch die Zeit, die für die Kommunikation mit Patienten zur Verfügung steht, ist deutlich knapper geworden.

Eine indirekte Folge veränderter Arbeitszeitgestaltung und -organisation liegt in der Gesundheit der Mitarbeiter (Abbildung 4-29). Gemessen am Gesamtwert der Beschwerden-Liste (B-L), der vom Bestwert 0 bis zum schlechtesten Wert 3 reichen kann, liegen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen bereits vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste unter dem Referenzwert der Normalbevölkerung (0,53 gegenüber 0,59).¹⁹ Dieser Wert ist zu T1 nahezu unverändert. Ein Blick auf die Rangliste der am häufigsten genannten Beschwerden zeigt, dass bis zu 1/3 der Mitarbeiter unter Schmerzen bzw. Beschwerden des Bewegungsapparates (Rücken, Nacken, Beine) sowie unter psychomentalen Beschwerden leiden wie Schlafstörungen und Mattigkeit. Magen-Darm-Störungen als typisches Symptom bei reinen Nachtarbeitern treten seltener in Erscheinung.

Abbildung 4-29. Mitarbeitergesundheit im Zeitverlauf (Mittelwert der Beschwerden-Liste: Bestwert = 0, schlechtester = 3; Effektstärke T0-T1 in Klammern; n=11)

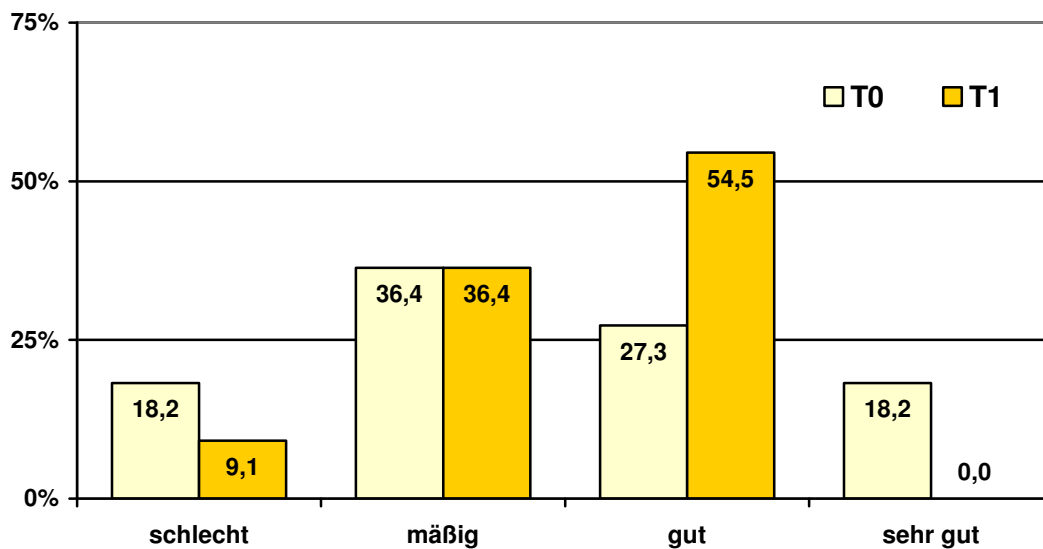


* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ (*t-Test*)

Gesamteinschätzung des Modellprojekts

Eine abschließende Bewertung sollte die Mitarbeiterzufriedenheit mit dem neuen Modell sowie dessen wahrgenommenen Auswirkungen auf die Arbeitssituation dokumentieren. Die Analyse der Mitarbeiterzufriedenheit basiert zunächst auf einer Gesamteinschätzung der Arbeitszeitbedingungen im zeitlichen Verlauf (Abbildung 4-30). Es zeigt sich, dass zu T1 rund 55% der Befragten – d.h. 28 Prozentpunkte mehr als vorher – ihre Arbeitszeitbedingungen ‚gut‘ beurteilen, dafür jedoch die ‚sehr gut‘-Beurteilungen gänzlich verschwinden. Diese neue Verteilungsform der Antworten ist auch verantwortlich dafür, dass im Vergleich der Mittelwerte keine Veränderung nachweisbar ist (Effektstärke: 0,00; $p=n.s.$).

¹⁹ Der Durchschnittswert für die Normalbevölkerung beruht auf einer repräsentativen Eichstichprobe aus dem Jahr 1976. Eine neue Eichung des Instruments findet derzeit statt.

Abbildung 4-30. Arbeitszeit-Zufriedenheit im Zeitverlauf (Angaben in %; n=11)

Signifikanz T0-T1: p=n.s. (t-Test)

Auf die Fragen, ob die Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz bleiben würden, wenn sie ein anderes Angebot bzw. die Möglichkeit zum Wechseln hätten („Bindung an den Arbeitsplatz“), sowie ihren Arbeitsplatz ihren Freunden empfehlen können („Empfehlung des Arbeitsplatzes“) scheint die Einführung des neuen Modells messbareren Einfluss gehabt zu haben. Immerhin ist die Bindung an den Arbeitsplatz im Zeitverlauf in starker und statistisch signifikanter Weise gestiegen, während die möglichen Auswirkungen auf die Weiterempfehlungsabsichten moderater ausfallen.

4.5.4 Urteile der Projektakteure

Im Folgenden werden die Erfolge und Probleme bei der Projektumsetzung sowie der Grad der Zielerreichung, orientiert an den Zielsetzungen des Vorhabens zu Projektbeginn und den Kriterien der Begleitforschung, durch zentrale Projektakteure bzw. -experten²⁰ bewertet.

Bewertung der Planung und Umsetzung des Projekts

Im Unterschied zum OP-Funktionsdienst erfolgte die Umsetzung des neuen Arbeitszeitmodells im Anästhesie-Funktionsdienst völlig reibungslos. Auch der Unmut bei den Mitarbeitern hielt sich in Grenzen, was vor allem mit dem höherem Alter und der familiären Eingebundenheit der Beschäftigten und der damit verbundenen höheren Wertigkeit von Freizeit erklärt wurde. Insgesamt seien die Mitarbeiter weitgehend zufrieden mit dem Modell und seiner Umsetzung.

Bewertung der Zielerreichung

Konfrontiert mit den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung, zeigten sich die Projektakteure nur zum Teil überrascht. Der beobachtete leichte Qualitätsverlust für die Patienten wurde mit der feh-

lenden Flexibilität des neuen Modells erklärt: So muss bei kurzfristigen Ausfällen am Morgen ein Mitarbeiter des Anästhesie-Funktionsdienstes oft zwei OP-Säle gleichzeitig bedienen, während früher der Bereitschaftsdienstleistende einfach etwas länger zur Unterstützung geblieben war. Die verbesserte Lebensqualität wiederum führten die Akteure auf die mit dem Schichtdienst verkürzten Arbeitseinsätze und die günstigeren Erholungsphasen zurück, die besonders bei älteren Mitarbeitern von großer Bedeutung sind. Allein der Umstand, sich nach aufwendigen Diensten schneller regenerieren zu können, führe zu „mehr Freizeitgefühl“ bei den Mitarbeitern.

Zusätzliche Stärken oder Schwächen des neuen Arbeitszeitmodells wurden (mit Ausnahme der bereits vom OP-Funktionsdienst bekannten) spontan nicht genannt.

4.6 Gynäkologie und Geburtshilfe

Die beforschte Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe gehört zu einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung (im Folgenden Klinik III genannt). Die Aufgaben der Abteilung umfassen die Behandlung von Erkrankungen der Frau (allgemeine Gynäkologie, gynäkologische Onkologie) wie auch eine an den Wünschen von Frauen orientierte Geburtshilfe, die heutigen Ansprüchen gerecht wird. Dazu gehört auch der Betrieb eines Perinatalzentrums in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Kinderheilkunde, die Stillberatung für alle Problemsituationen sowie die Arbeit mit minimal-invasiven Operationsmethoden („sanfter“ Kaiserschnitt).

4.6.1 Ausgangssituation

Die Abteilung ist personell schon immer unterteilt gewesen in einen gynäkologischen Dienst und einen geburtshilflichen Dienst, der eine besondere Qualifikation für den Kreißaal benötigt. Außerhalb der üblichen Regelarbeitszeit von acht Stunden wurde die Abteilung mit je einem Bereitschaftsdienst der Stufen C und D besetzt, zusätzlich gab es einen Rufbereitschaftsdienst.

Aufgrund der Entwicklung in den Abteilungsstrukturen (u.a. stark steigende Geburtenzahlen, Verweildauerkürzung, Reduktion der Zahl der betriebenen Betten, neue Leistungsinhalte) kam es zu erheblich mehr Arbeitsbelastungen vor allem im geburtshilflichen Dienst, die sich besonders nachts bemerkbar machten. Aus diesem Grund und mit den allgemeinen Zielsetzungen, die Arbeitszeiten zugleich rechtskonformer und patientenorientierter zu gestalten, entschlossen sich die ärztlichen Mitarbeiter der Geburtshilfe – darunter fast ausschließlich Frauen und teilweise Mütter – einvernehmlich, einen Schichtdienst einzuführen. Dieser Wunsch wurde an den Ärztlichen Leiter der Abteilung herangetragen, der ihn nach interner Diskussion an das Direktorium der Klinik weiterleitete. Die Motivation, überhaupt Arbeitszeiten umzustellen, kam also nicht von außen, sondern aus der Abteilung selber heraus. Mit einer Ausnahme übertraf bei den Ärztinnen dabei die Aussicht auf die Vorteile des Schichtdienstes den Nachteil des zu erwartenden Einkommensverlustes.

²⁰ Pflegedienstdirektorin, Leiter des Anästhesie-Funktionsdienstes, Personalrat

4.6.2 Projektdurchführung

Unter Mitwirkung eines Projektmanagers aus der Klinik wurde eine eher „informelle“ Projektgruppe gebildet, die aus dem ärztlichen Leiter, einer Oberärztin und zwei Sprecherinnen der Assistenzärzte der Abteilung bestand. Zusätzlich wurde im Verlauf der Umsetzung der Assistent des ärztlichen Direktors in die Arbeit einbezogen, wohingegen der Personalrat nur anfänglich und bei der abschließenden Bewilligung des Dienstplanes an der Projektarbeit teilnahm. Vorrangige Aufgabe der Projektgruppe war die Berechnung des Personalbedarfs nach dem geschätzten Arbeitsanfall sowie die Erstellung eines Dienstplanes, in dem auch individuelle Wünsche der Mitarbeiter soweit wie möglich berücksichtigt werden sollten.

Das neue Arbeitszeitmodell, das in einem Zeitraum von drei Monaten entwickelt wurde, umfasste verschiedene Regelungen: Im Kreißaal wurde ein 24-stündiger Vollschiebtdienst im 3-Schicht-Modell eingeführt. In der Gynäkologie blieb dagegen der bisherige Regeldienst bestehen, und auch der Bereitschaftsdienst zur Unterstützung auf der Gynäkologie und für Spezialaufgaben blieb unverändert. Insgesamt ergab sich hiermit eine Reduktion der Bereitschaftsdienste auf einen Dienst der Stufe C bei Beibehaltung des Rufbereitschaftsdienstes sowie die Einführung eines Vollschiebtdienstes in der Geburtshilfe. Eine mögliche Verlängerung der vertraglichen Wochenarbeitszeit gemäß der PANDA-Rahmendienstvereinbarung wurde von den Mitarbeitern nicht gewollt und daher auch nicht in Anspruch genommen.²¹

Wegen der schwierigen Suche nach drei zusätzlichen qualifizierten Vollkräften für den Kreißaal erfolgte die Umsetzung des Arbeitszeitmodells erst ein halbes Jahr nach Fertigstellung des Konzepts am 1. Juni 2004. Nach der Einführung gab es dann keine größeren Veränderungen oder Anpassungen, bis in 2006 – bedingt durch die Umstrukturierung der Abteilung (Aufteilung in zwei getrennte Einheiten mit je eigenständiger Arbeitsorganisation und Leitung) – zwei gänzlich neue Dienstpläne entwickelt wurden. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich nur auf das o.g. Modell.

4.6.3 Auswirkungen des Projekts

Von Mai bis Juni 2005 wurden alle 20 Ärzte der Gynäkologie und Geburtshilfe zu ihrer Arbeitssituation vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste (T0: erinnerte Situation) sowie zu ihrer aktuellen Lage (T1) befragt. Eine Folgebefragung konnte und sollte (aufgrund der Umstrukturierung der Abteilung) nicht mehr in der Laufzeit des Forschungsprojekts durchgeführt werden. Der Rücklauf zum ersten Erhebungszeitpunkt betrug n=10 bzw. 50%. Davon gaben 10 Mitarbeiter an, bereits vor der Umsetzung des Pilotprojekts in dieser Klinik beschäftigt gewesen zu sein.

Die Gruppe der Antworter weist zum ersten Erhebungszeitpunkt mehrheitlich (60%) ein Alter über 40 Jahren auf. Sie besteht zu neun Zehntel aus Frauen und wird überwiegend aus Personen mit

²¹ Dies ist auch der Grund dafür gewesen, dass die Umstellung der Arbeitszeiten weitgehend eigenständig organisiert wurde, d.h. Mitarbeiter von PANDA lediglich eine beratende Funktion hatten. Im strengen Sinne handelt es sich hier also – wie bei den untersuchten Funktionsdiensten (Abschnitte 4.4 und 4.5) – um kein PANDA-Pilotprojekt, sondern um ein internes Projekt des Krankenhauses.

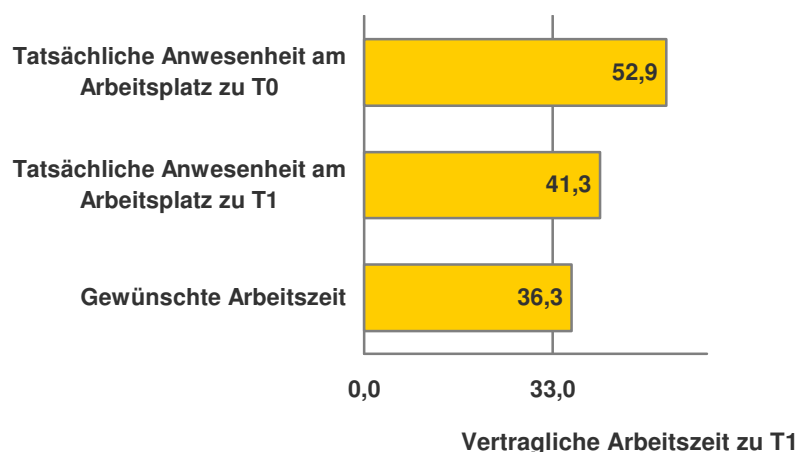
(Ehe-) Partner gebildet. Je die Hälfte der befragten Mitarbeiter sind Assistenzärzte sowie Fachärzte mit/ohne Leitungsfunktionen. Ebenfalls die Hälfte (50%) war schon im Schichtdienst der Geburtshilfe tätig.

Ein Vergleich der Antworter mit den uns zur Verfügung gestellten Daten zur Gesamtheit aller Mitarbeiter der Gynäkologie und Geburtshilfe hinsichtlich der Merkmale Schichtdienst-Erfahrung, Funktion, Alter und Geschlecht zeigt eine gute Übereinstimmung ($p=0,27$ bis $0,69$; Chi-Quadrat-Anpassungstest). Aufgrund des Studiendesigns sowie der ausreichenden Rücklaufquote ist ebenfalls davon auszugehen, dass die Verteilung der ‚wahren‘ Zufriedenen und Unzufriedenen annähernd der Untersuchungspopulation in der Studie entspricht.

Arbeitszeit und Arbeitszeitwünsche

Die tatsächliche Wochenarbeitszeit (inkl. Überstunden, Anwesenheit durch Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft) liegt bei den befragten Mitarbeitern mit durchschnittlich 52,9 Stunden zu T0 und 41,3 Stunden zu T1 um 19,9 bzw. 8,3 Stunden über der vertraglichen Wochenarbeitszeit zum Zeitpunkt der Befragung (Abbildung 4-31). Damit konnte ein wesentliches Ziel des Pilotprojekts, nämlich der Abbau von Überstunden, in großen Teilen erreicht werden. Sofern die Befragten sich im Vergleich zur tatsächlichen Arbeitszeit zu T1 nur um 5 Stunden kürzere Wochenarbeitszeiten wünschen, liegen auch Arbeitszeitwirklichkeit und -wunsch dicht beieinander. Hier ist zu beachten, dass die gewünschte Arbeitszeit mit dem Hinweis ermittelt wurde, persönliche Bedürfnisse und notwendiges Einkommen am besten miteinander in Einklang zu bringen.

Abbildung 4-31. Tatsächliche, gewünschte und vertragliche Arbeitszeit in Std./Woche (Mittelwerte; $n=10$)



Arbeitszeitwünsche reduzieren sich jedoch nicht nur auf die Belastungsdimension der Arbeitszeit, sondern betreffen auch die Mitbestimmung und die Flexibilität des Dienstplans. In der Rangfolge der Arbeitszeitwünsche liegen diejenigen Wünsche weit vorne, die sich auf die eigenen Entscheidungsmöglichkeiten hinsichtlich der Dienstplangestaltung beziehen (Abbildung 4-32). Die Wahl-

möglichkeit zwischen Freizeitausgleich und Überstunden-Bezahlung zu haben wird von 70% der Befragten im Allgemeinen als besonders wichtig angesehen, gefolgt von dem Wunsch nach längerfristiger Dienstplanung (60%). Beide Gestaltungsoptionen betreffen die Arbeitszeitsouveränität von Beschäftigten ebenso wie den Umstand, dass die Überschaubarkeit und Verlässlichkeit der Dienstpläne oftmals wichtiger sind als die eigentliche Länge der Wochenarbeitszeit.

Abbildung 4-32. Wünsche an die Arbeitszeit und Dienstplanung
(Angaben in %; maximal 5 Nennungen möglich)



Jeweils 40% der Mitarbeiter wünschen sich darüber hinaus, selten am Wochenende zu arbeiten, das Dienstende pünktlich einzuhalten, lange Freizeit-Blöcke zu bilden sowie bessere Möglichkeiten, den Dienst zu tauschen. In diesen Bereichen geraten die Wünsche mit anderen individuellen oder organisatorischen Zielen teilweise in Konflikt: So mag etwa ein langer Freizeitblock zwar Erholungsmöglichkeiten bieten, er ist aber bei Vollzeitbeschäftigten nur zum Preis langer Dienst-

ketten zu haben. Eine entsprechende Zusatzfrage, die auf die (Re-) Organisation der Wochenend-Dienste im neuen Arbeitszeitmodell abzielt, ergab, dass

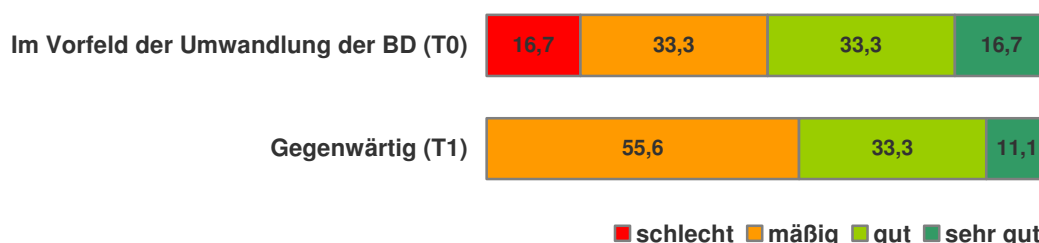
- 10% der Befragten Dienst an mehreren Wochenenden, aber kürzere Schichten,
- 90% Dienst an weniger Wochenenden, dafür aber längere Schichten, bevorzugen.

Unter ökonomischen Gesichtspunkten ist schließlich auffällig, dass im Vergleich zur Option, Dienste zu arbeiten, für die es finanzielle Zulagen gibt, die Möglichkeit einer Verlängerung der tariflichen Arbeitszeit auf bis zu 48 Stunden pro Woche von keiner einzigen Person genannt wird. Der durchaus vorhandene Wunsch nach einer Maximierung des Einkommens scheint offenbar hinter dem Wunsch nach mehr Freizeit zurückzustehen.

* * *

Neben den Einstellungen und Vorlieben hinsichtlich der Arbeitszeiten und arbeitszeitpolitischen Zielen haben wir die Mitarbeiter auch gefragt, wie sie die Mitbestimmung ihrer Berufsgruppe im Vorfeld des Pilotprojekts erlebt haben bzw. gegenwärtig erleben (vgl. Abbildung 4-33). Demnach haben exakt 50% der Befragten ihre Beteiligung im Vorfeld der Umsetzung als ‚schlecht‘ oder ‚mäßig‘, die anderen 50% als ‚gut‘ oder ‚sehr gut‘ empfunden.

Abbildung 4-33. Mitbestimmungsmöglichkeiten der eigenen Berufsgruppe bei der Arbeitszeitgestaltung (Angaben in %; n=10)



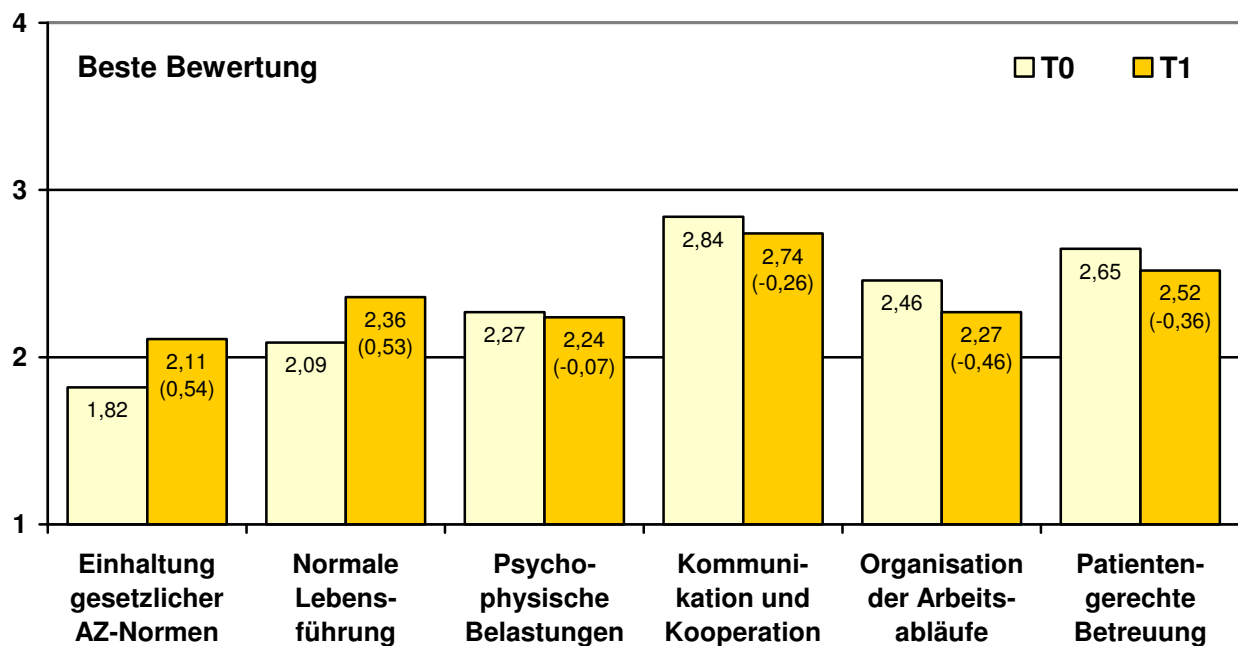
Im Arbeitsalltag ist die Mitarbeiterbeteiligung naturgemäß eingeschränkt und kennzeichnet eher die Entscheidungsspielräume und Arbeitszeitoptionen, welche die neue Arbeitszeitregelung im Routinebetrieb bietet. Insofern überrascht es positiv, dass fast die gleiche Anzahl (56%) der Befragten zu T1 angeben, dass die Mitbestimmungsmöglichkeiten ihrer Berufsgruppe ‚mäßig‘ seien. 44% empfinden sie weiterhin als ‚gut‘ oder ‚sehr gut‘.

Arbeitssituation und Gesundheit

Mit Hilfe einer differenzierten Erfolgskontrolle sollte festgestellt werden, ob die erhofften Vorteile erreicht wurden, sich alle Berufsgruppen an die getroffenen Absprachen gehalten haben und für die Mitarbeiter keine kritischen bzw. belastenden Situationen aufgetreten sind, die mit dem neuen Modell in Beziehung zu bringen sind. Dabei wurde mit der Befragung eine Einschätzung ver-

schiedener Erfolgskriterien durchgeführt mit dem Ziel, die positiven und negativen Auswirkungen der durchgeführten Interventionen zu erfassen. Im Folgenden werden wir zunächst die Ergebnisse anhand der Mittelwerte und Effektstärken für die sechs Qualitätsbereiche der Arbeitssituation und ihrer Messungen kommentieren (vgl. Abbildung 4-34).

Abbildung 4-34. Arbeitssituation im Zeitverlauf (Mittelwerte der Qualitätsskalen; Effektstärken T0-T1 in Klammern; n=10)



* $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ (t-Test)

Insgesamt fallen die Ergebnisse recht uneinheitlich aus. Moderate positive Effekte betreffen sowohl die Einhaltung gesetzlicher Arbeitszeitnormen sowie die verbesserte Lebensführung bzw. Lebensqualität außerhalb der Arbeit (Effektstärken: +0,54 bzw. +0,53). Die negativen Entwicklungen sind dagegen in ihrem Ausmaß etwas kleiner und beziehen sich auf drei Dimensionen: Kommunikation und Kooperation, Organisation der Arbeitsabläufe, Patientenbetreuung. Auf der Ebene der Einzelitems lässt sich sagen:

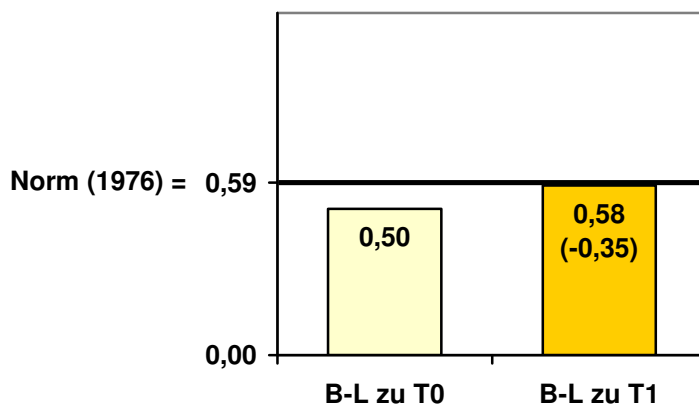
- *Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen des ArbZG:* In dieser Hinsicht nehmen die Mitarbeiter weniger Probleme oder Mängel wahr. Fühlten sich beispielsweise im Rahmen der (erinnerten) Ausgangssituation rund 29% der Befragten ‚selten‘ oder ‚nie‘ von einer Verlängerung der täglichen Arbeitszeit auf über 10 Stunden betroffen, so steigert sich dieser Anteil zu T1 auf 67%; auch bei der Einhaltung der anderen Regeln des Arbeitszeitgesetzes lassen sich Verbesserungen nachweisen. Lediglich das größte Problem der Nicht-Einhaltung von Ruhepausen ist in dieser ersten Erprobungsphase gleich geblieben.
- ‚Normale‘ Lebensführung bzw. Lebensqualität außerhalb der Arbeit: Im Einzelnen lassen sich Verbesserungen vor allem in der größeren „Sozialverträglichkeit“ des neuen Arbeitszeitmo-

dells durch mehr Zeit für sich selbst und soziale Kontakte (z.B. Familie, Freunde, kulturelle Veranstaltungen) feststellen. Höhe und Angemessenheit des Einkommens haben sich demgegenüber nicht gebessert (aber auch nicht verschlechtert).

- *Psychophysische Arbeitsbelastungen:* Bis zum Zeitpunkt der Befragung haben sich die einzelnen Belastungssituationen kaum verändert. Zeitdruck, körperliche Erschöpfung und Belastungen durch das Leiden / den Tod von Patienten gelten nach wie vor als die wichtigsten Herausforderungen für die Mitarbeiterorientierung in diesem Bereich (nur 0 bis 20% positive Bewertungen zu T1). Auch die Entlastung von Tätigkeiten, für die die Beschäftigten überqualifiziert sind, kann ein sinnvoller Ansatzpunkt für künftige Veränderungen sein.
- *Kommunikation und Kooperation:* Ausgehend von einem hohen Niveau, zeigen sich Verschlechterungen zwischen der Ausgangssituation und der Situation zum Zeitpunkt der Befragung. Dies gilt insbesondere für die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal (50% positive Urteile zu T1 versus 75% zu T0), aber auch zu den anderen Berufsgruppen. Insgesamt sind die Veränderungen bei der Kommunikation und Kooperation jedoch gering ausgeprägt.
- *Organisation der Arbeitsabläufe:* Anlaufschwierigkeiten werden sichtbar vor allem in Bezug auf die (Neu-) Verteilung der Regelarbeit über den Tag hinweg, klar geregelte Aufgabenverteilung und Arbeitsabläufe sowie ausreichende Gelegenheiten für (Team-) Besprechungen (10-30% Zufriedene zu T1 gegenüber 38-50% zu T0). Positive Veränderungen betreffen die Berücksichtigung persönlicher Belange bei der Dienstplangestaltung. Unter dem Strich überwiegen jedoch die negativen Eindrücke, aus denen auch die Gesamtverschlechterung resultiert (Effektstärke: -0,46).
- *Patientengerechte Betreuung:* Der negative Effekt ist vor allem darauf zurückzuführen, dass viele Ärzte unter den neuen Bedingungen offenbar noch weniger Zeit für ihre Patienten haben als bisher (40% positive Bewertungen zu T1 gegenüber 63% zu T0). Die Zeit, die für die Kommunikation mit den Patienten zur Verfügung steht, scheint sogar fast völlig „unter den Tisch“ gefallen zu sein (nur 20% Zufriedene zu T1!). Nach Einschätzung der befragten Ärzte wüssten Patienten auch weniger denn je, wer für ihre Behandlung und Pflege zuständig sei.

Eine indirekte Folge veränderter Arbeitszeitgestaltung und -organisation liegt in der Gesundheit der Mitarbeiter (Abbildung 4-35). Gemessen am Gesamtwert der Beschwerden-Liste (B-L) von Zerssen (1976), der vom Bestwert 0 bis zum schlechtesten Wert 3 reichen kann, liegen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste unter dem Referenzwert der Normalbevölkerung (0,50 gegenüber 0,59). Dieser Wert steigt zu T1 auf „Normalmaß“ von 0,58. Ein Blick auf die Rangliste der am häufigsten genannten Beschwerden zeigt, dass zu T1 bis zur Hälfte der Ärzte unter psychomentalen Beschwerden (Reizbarkeit, Grübelei, Schlafstörungen) sowie unter Schmerzen des Bewegungsapparates (Rücken, Nacken, Beine) leiden. Magen-Darm-Störungen treten seltener in Erscheinung.

Abbildung 4-35. Mitarbeitergesundheit im Zeitverlauf (Mittelwert der Beschwerden-Liste: Bestwert = 0, schlechtester = 3; Effektstärke T0-T1 in Klammern; n=10)



* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ (t-Test)

Tabelle 4-3 fasst noch einmal die Veränderungen insgesamt sowie nach Schichtdienst-Teilnahme zusammen. Wie sich zeigt, betreffen die positiven Veränderungen nur solche Personen, die schon im Schichtdienst der Geburtshilfe tätig waren; alle anderen Ärzte nehmen diesbezüglich keine Veränderungen wahr (vgl. erste und zweite Spalte in der Tabelle). Hinsichtlich der Misserfolge kritisieren vor allem Mitarbeiter im Schichtdienst die schlechter gewordene Organisation der Arbeitsabläufe (-0,53), während die Mitarbeiter ohne Schichtdienst-Erfahrung eher Verschlechterungen bei der Patientenversorgung im Vorher-Nachher-Vergleich wahrnehmen (-0,88).

Tabelle 4-3. Erfolge der Umwandlung der Arbeitszeiten T0-T1 im Überblick, differenziert nach Personen mit und ohne Erfahrungen im Schichtdienst der Geburtshilfe (Effektstärken)

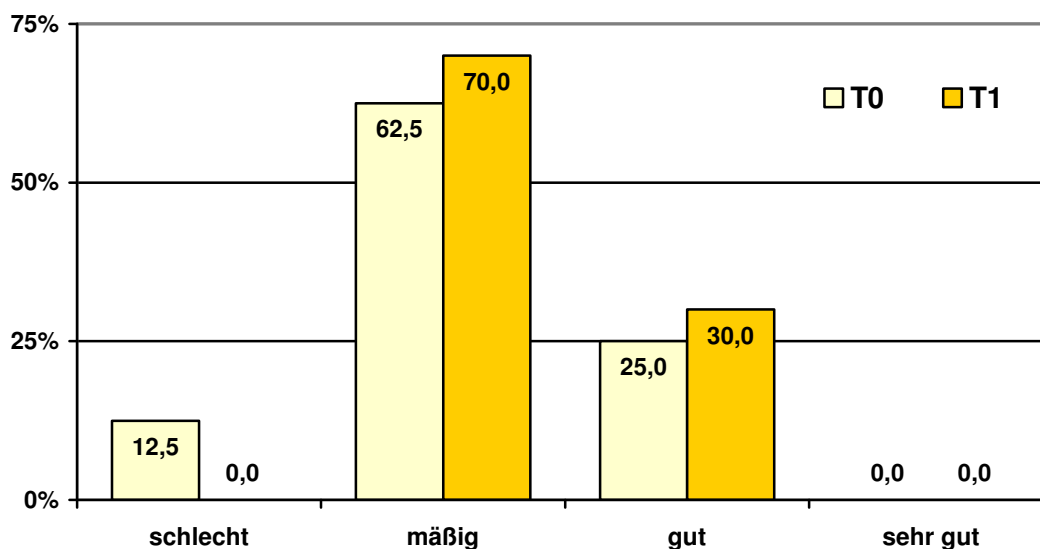
Erfolgsmerkmale (Subskalen)	Tätigkeit im Schichtdienst der Geburtshilfe		
	Ja (n=5)	Nein (n=5)	Gesamt (n=10)
Gesetzlicher Arbeitszeitschutz	1,89	0,09	0,54
„Normale“ Lebensführung	1,57*	0,00	0,53
Psychophysische Belastungen	0,20	-0,08	-0,07
Kommunikation und Kooperation	-0,10	-0,26	-0,26
Organisation der Arbeitsabläufe	-0,53	-0,14	-0,46
Patientengerechte Versorgung	-0,19	-0,88	-0,36
Gesundheit der Mitarbeiter	-0,47	-0,20	-0,35

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (t-Test)

Gesamteinschätzung des Modellprojekts

Eine abschließende Bewertung sollte die Mitarbeiterzufriedenheit mit dem neuen Modell sowie dessen wahrgenommenen Auswirkungen auf die Arbeitssituation dokumentieren. Die Analyse der Mitarbeiterzufriedenheit basiert zunächst auf einer Gesamteinschätzung der Arbeitszeitbedingungen im zeitlichen Verlauf (Abbildung 4-36). Es zeigt sich, dass zum Zeitpunkt der Befragung rund 30% der Ärzte ihre Arbeitszeitbedingungen ‚gut‘ beurteilen. Dies ist eine geringfügige Verbesserung im Vergleich zur Ausgangssituation um 5 Prozentpunkte (Effektstärke: 0,27; $p=n.s.$).

Abbildung 4-36. Arbeitszeit-Zufriedenheit im Zeitverlauf (Angaben in %; $n=10$)



Signifikanz T0-T1: $p=n.s.$ (*t-Test*)

Auf die Fragen, ob die Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz bleiben würden, wenn sie ein anderes Angebot bzw. die Möglichkeit zum Wechseln hätten (‚Bindung an den Arbeitsplatz‘), sowie ihren Arbeitsplatz ihren Freunden empfehlen können (‚Empfehlung des Arbeitsplatzes‘), hat die Einführung des Modells kaum messbaren Einfluss gehabt. Die Hälfte der Ärzte fühlt sich weiterhin ihrem Arbeitsplatz verbunden, 100% (!) können ihn zumindest mit Einschränkungen empfehlen.

4.6.4 Urteile der Projektakteure

Im Folgenden werden die Probleme bei der Projektumsetzung sowie der Grad der Zielerreichung, orientiert an den Zielsetzungen des Vorhabens zu Projektbeginn und den Kriterien der Begleitforschung, durch zentrale Projektakteure bzw. -experten²² bewertet. Hier ist anzumerken, dass sich die Situation in der Gynäkologie und der Geburtshilfe nach Abschluss der Feldforschung erneut verändert hat und die Ergebnisse der Begleitforschung daher für dieses Modell nicht unmittelbar nutzbar gewesen sind. In allgemeiner Form wurden sie jedoch in die neue Projektgruppenarbeit zur weiteren geplanten Veränderung der Arbeitszeiten integriert.

Bewertung der Planung und Umsetzung des Projekts

Bei der Beurteilung des Projektablaufs kamen die Projektakteure rückblickend zu folgenden Einschätzungen: Während die Arbeitsgruppe schnell und einvernehmlich ein Konzept entwickelte, auf dessen Gestaltung alle Mitarbeiter im Rahmen des rechtlich und praktisch Möglichen persönlich Einfluss nehmen konnten, begannen die Probleme mit der Umsetzung. Eine der größten Schwierigkeiten war es, dass der Kreis der Fachärzte, die für den Schichtdienst im Kreißaal zuständig waren, relativ begrenzt ist, so dass für die Weiterbildung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter vor allem in den Tagesschichten zu wenig Personal zur Verfügung stand. Der praktisch geforderte Facharztstandard erwies sich auch als hinderlicher Faktor bei der Besetzung der ausgeschriebenen Stellen, weshalb die Umsetzung des Modells erst später beginnen konnte. Umgekehrt mussten diejenigen, die nicht im Kreißaal arbeiten können, öfter als andere den Bereitschaftsdienst der Gynäkologie übernehmen und/oder als Vertretung bei Personalausfällen (Krankheit, Schwangerschaft) fungieren. Dies hätte nach Meinung der Projektakteure jedoch weniger mit der Dienstumstellung zu tun, sondern mit der Abteilungsteilung und einem noch nicht optimierten Rotationsplan.

Weiterer Anpassungsbedarf wurde für die Gestaltung der Wochenenddienste gesehen, was in Form eines Änderungsantrages an den Personalrat geleitet wurde und auch die Zustimmung des Amts für Arbeitsschutz erforderte. Diesbezüglich waren Wünsche entstanden, längere Arbeitszeiten mit Schichten bis zu 12 Stunden zu generieren, damit die Freiräume zwischen dem Spätdienst am Freitag und der Frühschicht am Montag möglichst groß sind.

Bewertung der Zielerreichung

Die Erwartungen und Ziele, die mit der Einführung des neuen Arbeitszeitmodells verknüpft worden sind, haben sich den befragten Projektakteuren zufolge erfüllt. Positiv hervorgehoben wurde insbesondere, dass in den Schichten immer ausgeschlafene Kolleginnen sind, dass die Arbeit dann auch zu bewältigen ist und niemand übernachtigt am nächsten Tag wieder arbeiten muss. Folgen dieser Entwicklung sind belastungsärmere Arbeitszeiten, mehr Rechtssicherheit und eine größere Verlässlichkeit, um die Frauen im Kreißaal betreuen zu können. Auch die Akzeptanz und Zufriedenheit der Mitarbeiter mit dem neuen Arbeitszeitmodell wird dank der geregelten Freizeit und gestiegenen Lebensqualität aus Sicht der Projektakteure eher positiv als negativ bewertet. Entsprechend soll auch zukünftig an dem Grundmodell „Schichtdienst im Kreißaal“ festgehalten werden.

Als Nachteile des Modells wurden, ähnlich wie in der Befragung zutage getreten, empfunden: die eingeschränkte Möglichkeit zu gemeinsamen Abteilungsbesprechungen, das Fehlen eines kontinuierlichen Ansprechpartners für die Frauen („den klassischen Stationsarzt gibt es nicht mehr“), die geringere Flexibilität beim Tauschen von Diensten und der Verlust an Finanzen. Viele dieser aufgetretenen Schwierigkeiten seien jedoch auf Umstellungs- und Abstimmungsprobleme zurückzuführen, die durch die neue Situation für die Mitarbeiter bedingt seien und mit der nötigen Zeit vergehen würden: z.B. Probleme, die dadurch entstehen, dass Mitarbeiter jetzt nachts mit Aufgaben

²² Projektmanager, Leitender Arzt der Abteilung, Personalrat

beschäftigt sind, die früher im Tagdienst gemacht wurden. Andere in der Mitarbeiterbefragung geschilderte Beschwerden würden sich dagegen mehr auf den parallel laufenden Bereitschaftsdienst beziehen und weniger auf die Schichtdienstphase.

In der Diskussion nach einer Präsentation der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung auf einer Direktoriumssitzung vom 3. März 2006 wurde noch einmal deutlich, dass allgemeine Äußerungen über Schichtdienst schwierig sind: Es kommt erstens auf das Schichtmodell, zweitens den Kontext und die Alternativen und drittens auf das verfügbare Personal für den Schichtdienst an. Im Falle der Gynäkologie und Geburtshilfe der Klinik III seien es vor allem Mütter mit Kindern, die vom Schichtdienst profitieren würden; diese hätten Teilzeitverträge, die 0,5 bis 0,75 Vollkraft entsprechen würden. Die übrige Gruppe wurde charakterisiert als jünger, häufiger in Ausbildung befindlich: Diese hätte das Gefühl schlechter gestellt zu sein als die Schichtdienstler und würden daher „plausiblerweise“ auch negativere Einschätzungen geben.

5 Diskussion der Ergebnisse – was ist verallgemeinerbar?

Die in Kapitel 4 dargestellten sechs Fallstudien machen deutlich, dass die Ziele, die Art und Weise ihrer Realisierung sowie die Erfolge der Einführung neuer Arbeitszeiten auch bei Einbindung in ein übergreifendes Modellprojekt auf der Mikroebene höchst unterschiedlich sein können. Dies gilt nicht zuletzt für die konkrete Ausgestaltung eines Arbeitszeitmodells, das den spezifischen Bedingungen der jeweiligen Klinik oder Abteilung Rechnung tragen muss: der Größe und Struktur der Betriebseinheit, den ökonomischen Rahmenbedingungen, den Arbeitsaufgaben, den Beziehungen zwischen Klinikleitung, Arbeitnehmervertretung und Beschäftigten, den vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen, Erfahrungen mit Projektarbeit und vieles mehr. Dieses Kapitel enthält eine systematische Darstellung übertragbarer Erkenntnisse, Empfehlungen und Vorgehensweisen. Die Frage hierbei lautet: Was ist – trotz aller Unterschiede im Einzelfall – verallgemeinerbar hinsichtlich der Zielerreichung, den aktuellen Rahmenbedingungen und einer erfolgreicherer Entwicklung und Implementierung ähnlicher Projekte in Zukunft?

5.1 Zielerreichung, förderliche und hemmende Faktoren

Die Ergebnisse der Fallstudien zeigen, dass der größte Erfolg der neuen Arbeitsorganisation und Arbeitszeitgestaltung im PANDA-Projekt des LBK Hamburg die Einführung eines „echten“ Regeldienstes war, der planbare Arbeitszeiten (z.B. verlässlicher Dienstbeginn, Feierabend) sowie die Reduzierung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit und damit im Prinzip auch gesundheitsfördernde und sozialverträgliche Arbeitszeiten mit sich brachte; allerdings blieb die tatsächliche Arbeitszeit weiterhin oft oberhalb der offiziellen im Dienstplan aufgeführten BAT-konformen Arbeitszeit. Für den Bereich des ärztlichen Dienstes konnte ein weiteres zu Projektbeginn formuliertes Hauptziel von PANDA erreicht werden: die bessere Vereinbarkeit mit den bestehenden gesetzlichen Arbeitszeitregelungen (v.a. Einhaltung von Höchstarbeitszeiten und Ruhezeiten). Dies sind gleichermaßen gesundheitspolitisch wie betrieblich gewünschte Effekte der Umgestaltung gewesen. Auch wenn solche Erfolge nicht ausschließlich den veränderten Arbeitszeiten zuzuschreiben sind, geben sie doch Hinweise auf Problemlösungen bei der Neugestaltung von Arbeitszeiten, welche individuelle Bedürfnisse und betriebliche Erfordernisse berücksichtigen.

Nach unseren Erfahrungen scheint die Abkehr von langjährig praktizierten und damit gewohnten Arbeitszeiten kurz- und mittelfristig jedoch eher mehr als weniger Probleme in das Leben der Beschäftigten gebracht und die Arbeitsabläufe im Krankenhaus verändert zu haben. Betrachtet man die Erfolgsübersicht in Tabelle 5.1, so überwiegen aus Sicht der Mitarbeiter die negativen Auswirkungen auf ihre Arbeitssituation und Gesundheit. Damit wurden drei andere Zielsetzungen des PANDA-Projekts nicht oder nur in Teilen erreicht: Beibehaltung der Versorgungsqualität (hier gemessen als Patientenbetreuung aus Sicht der Ärzte und Funktionsdienste), größere Mitarbeiterzufriedenheit sowie „Kostenneutralität“ der Abschaffung von Bereitschaftsdiensten.

Tabelle 5-1. Auswirkungen auf die Arbeitssituation und Mitarbeitergesundheit im Überblick[°]

Erfolgskriterien (Subskalen) ^{°°}	LI	ZNA-I	ZNA-II	OFD	AFD	GEB
Gesetzlicher Arbeitszeitschutz	--	+	0	-	0	++
Lebensqualität außerhalb der Arbeit	--	-	-	---	+	++
Psychophysische Arbeitsbelastungen	--	0	0	--	0	0
Kommunikation und Kooperation	-	+	-	--	0	-
Organisation der Arbeitsabläufe	--	0	--	---	0	-
Patientengerechte Versorgung	n.n.	-	-	--	-	-
Gesundheit der Mitarbeiter	--	0	0	-	0	-

[°] Für das Laborinstitut (LI) und die Zentrale Notaufnahme der Klinik I (ZNA-I) werden die Veränderungen T0-T2, für alle anderen T0-T1 zugrunde gelegt. Damit sind in etwa gleiche Zeitintervalle impliziert.

^{°°} Richtung und Stärke der Veränderungen: positiv: +/++/+++; neutral: 0; negativ: -/--/---

Im Einzelnen ähneln unsere Befunde den Problembeschreibungen, wie sie in verschiedenen Übersichtsartikeln, Kommentaren und Studien zum Thema „Schichtdienst“ im ärztlichen Dienst und Funktionsdienst zu finden sind (vgl. z.B. Blum, Müller und Offermanns 2004; Huppertz, Heckmann und Marg 2004; Flintrop und Rieser 2005; Füllekrug 2006). Folgende Thesen lassen sich nach den Ergebnissen unserer Begleitforschung bestätigen:

- *Die Betroffenen verdienen in der Regel weniger als vorher.*

Die Einkommensverluste können zwar zumindest teilweise ausgeglichen werden durch mehr Freizeit, bezahlte Überstunden und / oder die Verlängerung der tariflichen Wochenarbeitszeit bis zu 48 Stunden, hängen in ihrer Akzeptanz aber stark ab von den individuellen Vorlieben, Lebensstilen und Lebenslagen der betroffenen Mitarbeiter im privaten Bereich.

- *Der Schichtdienst ist in kleineren Kliniken oder Abteilungen schwer durchführbar.*

Die Einteilung der Mitarbeiter in Gruppen mit verschiedenen Aufgaben macht den Einsatz bei Krankheit, Urlaub, Dienstreisen etc. problematisch, wenn der Mitarbeiterkreis zu klein ist (und das gewählte Schichtdienstmodell zu unflexibel ist). Eine wichtige betriebliche Voraussetzung für die erfolgreichere Einführung eines Schichtdienstes ist daher die Zusammenlegung oder Zentralisierung vorher getrennt arbeitender Bereiche.

- *Die Möglichkeiten der Weiterbildung von Ärzten zu Fachärzten sind eingeschränkt.*

Die bisherigen Regelungen zur Fort- und Weiterbildung von Ärzten zu Fachärzten sind von der Voraussetzung ausgegangen, dass der Mitarbeiter zusätzlich zu seiner Regelarbeitszeit im Bereitschaftsdienst auch längerfristige Erfahrungen sammelt. Diese Kontinuität in der Ausbildung ist durch den Schichtdienst unterbrochen, wenn der Mitarbeiter nicht „freiwillig“ Mehrarbeit außerhalb der regulären Arbeitszeit leistet.

- *Der Schichtdienst fördert ungewollt eine „Zwei-Klassen-Belegschaft“.*

Trotz Gegensteuerung durch die Rotation als einen Versuch, die Belastungen des Schichtdienstes gleichmäßig zu verteilen, werden Fachärzte (außer Ober-/Chefärzte) übermäßig zu ungünstigen Zeiten in der Nacht oder am Wochenende benötigt. Eingeschränkt positiv zu sehen ist hier allerdings auch die gestiegene Zufriedenheit der Mitarbeiter ohne Schichtdienst mit dem neu gewonnenen Freizeitwert.

- *Die Kontinuität und die persönliche Zuwendung in der Patientenbetreuung sind gefährdet.*

Der schichtbedingte Wechsel des ärztlichen Ansprechpartners wird auch von den Mitarbeitern als störend empfunden, selbst wenn bei den Übergaben keinerlei Informationsverlust auftreten muss; die Begrenzung der Arbeitszeit durch den Schichtdienst kann darüber hinaus auch als Verlust von „Zeit für den Patienten“ erscheinen. Dieser Zielkonflikt sollte beachtet werden, damit Patienten- und Mitarbeiterorientierung nicht gegeneinander ausgespielt werden können.

- *Die Abschaffung aller Bereitschaftsdienste ist nicht kostenneutral.*

Die Einführung von Schichtdienst insbesondere bei kleineren Abteilungen ist nicht ohne Aufstockung der Personalmittel zu erreichen, d.h. kostenneutrale Lösungen sind nicht möglich. Eine Begrenzung der benötigten (Zusatz-) Mittel ließe sich allenfalls erzielen, wenn alle Ärzte zukünftig 48 Stunden in der Woche regelhaft arbeiten würden.

Der auffällige Befund, dass negative Auswirkungen am seltensten von den Ärzten und am häufigsten von den Beschäftigten der Funktionsdienste im Krankenhaus wahrgenommen wurden (vgl. Tabelle 5-1), könnte schließlich einerseits durch Mitarbeitercharakteristika der verschiedenen Berufsgruppen, andererseits durch unterschiedliche Bewältigungsprozesse erklärt werden. Den stärksten Erklärungsfaktor bilden jedoch wohl die geringeren „beruflichen Gratifikationskrisen“ (Siegrist 1996) von Ärzten, d.h. die seltenere Erfahrung eines Ungleichgewichts zwischen hoher Verausgabung und beruflichen Belohnungen (auf sozioemotionaler und statusbezogener Ebene).

* * *

Die Einführung des Schichtdienstes erfolgte in der Regel ohne größere Probleme. Im Verlauf der Umsetzung ergaben sich zwar viele Einzelklagen, die zu Modifikationen der Dienstpläne im Detail führten, letztlich wurden die entwickelten Arbeitszeitmodelle jedoch von den meisten Mitarbeitern akzeptiert. Dies gilt sowohl für solche Pilotprojekte, die in unter Einbeziehung von PANDA-Mitarbeitern in einer expliziten Projektgruppe organisiert waren (Laborinstitut, beide Notaufnahmen), als auch für Pilotbereiche, in denen die Modelle nur indirekt bzw. nach Beendigung des PANDA-Projekts als eher internes „Hausprojekt“ entwickelt wurden (OP- und Anästhesiefunktionsdienst, Gynäkologie und Geburtshilfe). Als förderlich für den Projektverlauf wurden vor allem die verfügbaren Ressourcen für ein erfolgreiches Projektmanagement erachtet: detaillierte Prozessanalysen, die Vorgabe eines zeitlichen und inhaltlichen Gestaltungsrahmens, die aktive Einbindung der Mitarbeiter bei der Planung der neuen Modelle sowie die Beteiligung eines inter-

nen oder externen Projektmanagers. Hilfreich sei darüber hinaus auch die aktive Unterstützung des Projekts durch die Leitungsebene der Kliniken gewesen, da nur so die erforderlichen Investitionen bereitgestellt, die Bedeutung des Projekts herausgestellt und Beschlüsse der Projektgruppen ohne Verzögerung verbindlich umgesetzt werden konnten.

Demgegenüber kam das übergreifende PANDA-Projekt nur schleppend voran und auch nicht immer wie vorher geplant. Besonders erschwerend erwiesen haben sich dabei zum einen die im Zuge der Privatisierung der LBK-Gruppe veränderten Rahmenbedingungen (Zuständigkeiten, Ressourcen, Kompetenzen etc.), zum anderen die permanenten Restrukturierungen und Unsicherheiten aller Krankenhäuser bei der Umsetzung des neuen Arbeitszeitgesetzes (vgl. Kubsova 2006). Dies sind auch die wichtigsten Gründe dafür gewesen, dass keine echte Basis für flächendeckende Innovationen (oder unternehmensweite Diffusion einer Innovation gemäß Rogers 1983) vorhanden war. Die wenig sichtbaren Vorteile der neuen Arbeitszeitmodelle, aber auch ihre große Vielfalt, die begrenzte Erprobbarkeit und nicht zuletzt die eher individualistisch geprägten Werthaltungen vor allem der Ärzte taten dann ihr übriges, so dass die Umsetzung des PANDA-Projekts nicht über die Stufe von „Initiatoren“ und „Vorreitern“ hinausging. Vor diesem Hintergrund erscheint die Rolle, Pilotbereich zu sein, als ambivalent: Einerseits können auf diese Weise wertvolle Erfahrungen gesammelt werden, die für potenzielle Nachahmer (etwa Abteilungen aus derselben Klinik) nützlich sind; andererseits besteht das Risiko, Nachteilen (z.B. Mitarbeiterunzufriedenheit, Fluktuation) ausgesetzt zu sein, die bei gleichen Ausgangsbedingungen für alle nicht aufgetreten wären.

Dass es trotz dieser allgemein geltenden Probleme auf der überordneten Projektebene in den einzelnen Modellbereichen gelungen ist, erfolgreiche Projektarbeit zu leisten, führen wir vor allem auf die dezentrale Entscheidungsstruktur bei der Entwicklung und Umsetzung der Arbeitszeitmodelle unter Einbeziehung der Mitarbeiter zurück.

5.2 Ergebnisse im Kontext aktueller Innovationen

Die Entwicklung und Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle im ärztlichen Dienst und Funktionsdienst bilden nur einen Ansatzpunkt unter anderen in der aktuellen Umgestaltung von Krankenhäusern. Auch das PANDA-Projekt des LBK Hamburg war insofern nur ein Baustein in einer ganzen Reihe von Prozesserneuerungen, die teils nacheinander, teils nebeneinander abliefen und das „LBK Hamburg-Modell“ ausmachten (vgl. Lohmann, Becker und Seidel-Kwem 2002). Darüber hinaus gab und gibt es andere drängende Probleme für die Arbeitssituation im Krankenhaus, deren Lösungsmöglichkeiten weit über die bloße Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) hinausgehen: Anforderungen durch eine technisch immer aufwendigere Medizin, mehr Bürokratie, begrenzte Budgets bei gleichzeitiger Erhöhung der Fallzahlen und zunehmend auch durch das Anspruchsdenken der Patienten. Daraus ergeben sich die ganz allgemein Fragen, wie groß der Stellenwert der Arbeitszeitgestaltung im Rahmen des PANDA-Projekts im Kontext anderer Innovationen einzuschätzen ist und welche anderen Prozesse durch die Umsetzung neuer Arbeitszeiten und der parallel dazu geführten Arbeitszeitdiskussion angestoßen oder verhindert wurden.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung hat uns dabei zunächst interessiert, welchen Veränderungen der letzten Zeit die Teilnehmer der Mitarbeiterbefragungen den stärksten Einfluss auf ihre Arbeitssituation zuschreiben. Damit kann der Stellenwert neuer Arbeitszeitmodelle im Vergleich zu anderen Faktoren geprüft werden, die bei jeder Erfolgskontrolle zu beachten sind. Gemäß Abbildung 5-2 ist die Einführung neuer Arbeitszeitgestaltung für die befragten Mitarbeiter von zentraler Bedeutung gewesen: In einer Rangreihe von 1 bis 5 wird diesem Einflussfaktor in (fast) allen Pilotbereichen der höchste Rangplatz zugeschrieben. Für Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes haben weiterhin die veränderten gesetzlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen (z.B. Einführung von DRG, Qualitätssicherung) einen relativ hohen Stellenwert, während die Mitarbeiter der Funktionsdienste eher begleitende Maßnahmen der Arbeitszeitgestaltung (z.B. Verbesserung der EDV, Mitarbeiterbeteiligung, Fort- und Weiterbildung) bzw. sonstige innerbetriebliche Maßnahmen (z.B. Zentrenbildung, Schließung oder Zusammenlegung von Abteilungen) als zweitwichtigste Einflussfaktoren ihrer Arbeitssituation betrachteten.²³

Tabelle 5-2. Rangplätze der Bedeutung von Einflussfaktoren der letzten 2 Jahre auf die Arbeitssituation im Überblick (höchste Bedeutung = 1, niedrigste = 5)^o

Einflussfaktoren	LI	ZNA-I	ZNA-II	OFD	AFD	GEB
Einführung neuer Arbeitszeitgestaltung (PANDA-Projekt zur Umwandlung der Bereitschaftsdienste)	1	1	1	1	1	2
Begleitende Maßnahmen der Arbeitszeitgestaltung (z.B. Verbesserung der EDV, Mitarbeiterbeteiligung, Fort-/Weiterbildung)	3	4	4	2	2	3
Sonstige innerbetriebliche Maßnahmen (z.B. Zentrenbildung, Schließung oder Zusammenlegung von Abteilungen)	2	3	3	3	4	4
Veränderte gesetzliche und ökonomische Rahmenbedingungen (z.B. Einführung von DRGs, Qualitätssicherung)	3	2	2	5	3	1
Sonstiges	5	5	5	4	5	5

^o Die Angaben für das Laborinstitut (LI) und die Notaufnahme der Klinik I (ZNA-I) beziehen sich auf den Erhebungszeitpunkt T2, alle anderen auf T1. Damit sind in etwa gleiche Zeitintervalle impliziert.

Die Erkenntnis, dass eine veränderte Arbeitsorganisation neue Arbeitszeiten erforderlich macht und vice versa, war unstrittiger Ausgangspunkt des PANDA-Projekts. Hier zeigte sich als Vorteil, dass die Pilotprojekte zumeist an anderen Reorganisationsprogrammen und -projekten anknüpfen konnten, die sich explizit mit der Analyse, Überarbeitung und Verbesserung aller Prozesse und Organisationsstrukturen in der Leistungserbringung beschäftigten. Die Grundgedanken für diese moderne Arbeitsorganisation im ärztlichen und pflegerischen Bereich stammten vor allem aus den

²³ Bestätigt werden diese Ergebnisse auch durch die Antworten auf eine „direkte“ Frage nach den wahrgenommenen Auswirkungen der Abschaffung der Bereitschaftsdienste. Die so gemessenen Veränderungen entsprechen im Wesentlichen unserem „quasi-indirekten“ Messansatz durch Vergleich von zu verschiedenen Zeitpunkten erhobenen Werten (vgl. zu den Vor- und Nachteilen beider Varianten z.B. Dörning, Bitzer, Lorenz, Trojan & Nickel 2003: 133 ff).

KLINOVA-Konzepten des LBK Hamburg (vgl. Debacher 2002: 130):

- eine integrierte Zentrale Notaufnahme,
- ein Zentral-OP für alle medizinischen Fächer,
- ein gemeinsamer (interdisziplinärer) Intensivbereich,
- ein gemeinsamer (interdisziplinärer) Intermediate-Care-Bereich,
- die Anpassung der Vollservicezeit in vielen Funktions- und stationären Bereichen, entsprechend der Nachfrage / des tatsächlichen Bedarfs.

Wichtige Stichwörter der Neustrukturierung sind hierbei „Interdisziplinarität“, „geplante Abläufe“ und „Anpassung der gesamten Organisation“ an tägliche, wöchentliche und saisonale Nachfrageschwankungen. Durch die damit einhergehende Veränderung gewohnter Arbeitsabläufe und die zunehmend wahrgenommene Dominanz betriebswirtschaftlicher und rechtlicher Vorgaben gegenüber den unterschiedlichen Interessen der Mitarbeiter (und der Abteilungen) erwachsen allerdings auch offene oder verdeckte Widerstände, die negativ auf die Bewertung von Fragen nach der Arbeitsdauer und -belastungen ausstrahlten. Eine weitere wichtige strukturelle Komponente für die Bewertung der Arbeitssituation ist nicht zuletzt die Abschaffung der kostengünstigen Stellen des Arztes im Praktikum (AiP) während der Umgestaltung der Arbeitszeiten gewesen, die sich verschärfend auf die Personaldecke ausgewirkt hat. Ohne das PANDA-Projekt, so könnten seine Verfechter umgekehrt auch argumentieren, hätten sich die Arbeitsbedingungen möglicherweise noch schlechter entwickelt, als es in unserer Begleitforschung sichtbar geworden ist.

Bessere und nachhaltigere Ergebnisse bei der Sanierung und Modernisierung von Krankenhäusern sind darüber hinaus zu erwarten, wenn zeitgleich auch andere drängende Probleme der Ärzte und Funktionsdienste im Krankenhaus reformiert würden und der Fokus auf moderne, langfristig tragfähige Arbeitsmodelle gelegt würde (vgl. Füllekrug 2006). Durch die Neuordnung der Arbeitszeiten sind immerhin eine Reihe von Missständen in der Arbeitsorganisation an die Oberfläche gekommen, die ebenfalls einer strukturellen Innovation bedürfen: Dazu zählen die schwierigen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für junge Ärzte, die fehlenden Arbeitskapazitätsberechnungen für Lehre und Forschung in Universitätskliniken oder die hierarchischen Führungsstrukturen im Krankenhaus, die unabhängig von der aktuellen Diskussion über Arbeitszeiten einer Verbesserung bedürfen.²⁴ Andere Probleme ließen sich auf einfachere, prozessorientierte Weise vermeiden, etwa die befürchtete Verschlechterung der Patientenversorgung durch „standardisierte Behandlungskonzepte (Leitlinien und Standard Operating Procedures; SOPs) und Visiten, vor allem aber durch eine verbesserte Kommunikation der Ärzte untereinander“ (ebd.: 35).

²⁴ Eine wichtige Voraussetzung für die Bearbeitung dieser Strukturprobleme ist auch, dass Ärzte den eigenen „Mythos der Unfehlbarkeit“ (Paschen und Basteck 2002: 636) aufgeben und ihre Prozesse transparenter machen. Der damit tatsächlich oder vermeintlich verbundene Machtverlust ist sicher eine verborgene Ursache für die viel zitierte Reformunfähigkeit der deutschen Krankenhäuser.

5.3 Schlussbemerkungen und Empfehlungen

Im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Begleitforschung stand die Herausarbeitung von Erfolgen und Misserfolgen der Arbeitszeitgestaltung, weil aus unserer Sicht nur dadurch ein Lernprozess und die Entwicklung von Qualitätsmaßstäben möglich werden. Die Darstellung der einzelnen Fallbeispiele zeigt zugleich, welche Rahmenbedingungen die Institutionalisierung neuer Arbeitszeiten erschweren oder erleichtern können – mit vielen Facetten, die über Dienstplangestaltung, Arbeitszeitgesetz und Tarifrecht weit hinausgehen. Trotz der zum Teil ernüchternden Ergebnisse aus Sicht der betroffenen Mitarbeiter belegen die sechs Fallbeispiele, dass die Implementierung neuer Arbeitszeiten im ärztlichen Dienst und Funktionsdienst ein professionelles, d.h. systematisches und zielorientiertes Vorgehen erfordert. Dies ist ein notwendiger „Erfolgsfaktor für Projektmanagement im Krankenhaus“ (Hatten 2003a), der auch in anderen Planungsprozessen (z.B. Qualitätsverbesserung, Pflegeprozess-Optimierung, „Health Policy Action Cycle“) immer wieder genannt wird.

Mit Blick auf die Handlungsempfehlungen lassen sich mindestens drei relevante Adressaten unterscheiden: die Krankenhäuser bzw. deren Leitungen, die Mitarbeitervertretungen sowie die sozial- und gesundheitswissenschaftliche Forschung.

Die *Krankenhäuser* sollten ihre Arbeitszeit sowie ihre Arbeitsorganisation grundlegend erneuern. Den Kern neuer Arbeitszeitmodelle werden dabei verlängerte Servicezeiten sowie die Einführung versetzter Dienste bilden, die dem jeweiligen Arbeitsanfall einer Klinik bzw. Abteilung angepasst sind. Es ist uns allerdings nicht möglich, eine bestimmte Dienstplankonfiguration als besonders beispielhaft zu empfehlen; wir sind überhaupt skeptisch, ob es den einen „Goldstandard“ geben kann, welcher der Mehrheit der Beschäftigten und der Klinikleitung gleichermaßen gerecht werden kann. Je einfacher die Modelle sind, desto eher haben sie jedoch Aussicht; von den Mitarbeitern akzeptiert zu werden. (Die vom LBK Hamburg ermöglichte Option, die tarifliche Arbeitszeit auf bis zu 48 Stunden pro Woche auszuweiten, trifft demgegenüber auf weniger Akzeptanz.) Darüber hinaus erfordert eine Neuorganisation der Arbeitszeiten flankierende und weit reichende Optimierungen der Ablauforganisation und muss, wenn sie nachhaltig erfolgreich sein will, alle klinischen Statusgruppen erfassen; dabei ist vor allem die Rolle der Oberärzte als besonders qualifizierte Beschäftigte, die ihre Abläufe bisher weitgehend selbst bestimmen können, kritisch zu sehen.

Die *Mitarbeitervertretungen* sollten darauf einwirken, dass die Beschäftigten aktiv bei der Planung und Umsetzung neuer Arbeitszeiten eingebunden werden. Diese Einbindung gelingt in der Regel umso besser, je mehr ihre Wünsche und Vorlieben hinsichtlich der Arbeitszeit bekannt sind und je weniger individuelle Wahlmöglichkeiten und andere Arbeitszeitoptionen durch zu starre Planungsvorgaben verbaut werden; angesichts des zunehmenden Frauenanteils am Medizinstudium kommt es auch immer mehr darauf an, familienfreundliche Arbeitszeitregelungen mit mehr Freizeitausgleich zu schaffen. Die Rolle der Mitarbeitervertretung, die im Prinzip der Abschaffung der Bereitschaftsdienste positiv gegenübersteht, könnte so ausgedehnt werden auf die einer kritischen Prozessbegleiterin und Mediatorin, die die verschiedenen Interessen der Mitarbeiter thematisiert

und um eine ausgewogene Lösung bedacht ist. Neben dieser auf individuellen Interessenausgleich abzielenden Aufgabe sollte die Mitarbeitervertretung den strukturbezogenen Reformbedarf im Sinne des anwaltschaftlichen Eintretens für eine Gesamtpolitik der Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung nicht aus den Augen verlieren.

Die *wissenschaftliche Forschung* sollte auf den systematischen Vergleich verschiedener Arbeitszeitregelungen, deren Zielerreichung, hemmenden und fördernden Faktoren sowie ganz allgemein auf eine bessere Erforschung ärztlicher Arbeitsorganisation und -belastungen ausgedehnt werden. Der Erfolg unserer Begleitforschung besteht in diesem Kontext neben der praktischen Rückmeldung und Nutzung der Ergebnisse in den untersuchten Krankenhäusern selbst vor allem darin, dass ein Instrumentarium zur Befragung von unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus entstand, das eine gute inhaltliche Validität, Änderungssensitivität und Praktikabilität aufweist. Außerdem wurden wichtige Erfahrungen mit der Durchführbarkeit solcher Untersuchungen unter den Alltagsbedingungen eines Krankenhausbetriebes gemacht. Für die Untersuchung der Wirksamkeit arbeitszeitbezogener Interventionen wie auch für die Ermittlung der individuellen Präferenzen der Mitarbeiter hinsichtlich der Arbeitszeit empfehlen wir (abweichend von unserem Design) künftig jedoch eine Ersterhebung *vor* der Umsetzung neuer Dienstpläne. Auf diese Weise könnten nicht nur mögliche Verfälschungen durch die retrospektive Erinnerung der Ausgangslage ausgeschlossen, sondern Ergebnisse bereits bei der Planung eines neuen Modells genutzt werden.

Zum Schluss ein Wort an die Politik bzw. die Selbstverwaltung im Allgemeinen: Die Auswirkungen der neuen Arbeitszeiten sind nicht ausschließlich mit finanziellen und tarifvertraglichen Mitteln zu regeln (vgl. ebenso Blum, Müller und Offermanns 2004). Darüber hinaus sind von Seiten strukturverantwortlicher Akteure zusätzliche Anstrengungen nötig, die auf die Bereitstellung und Qualifizierung von mehr Personal zielen (v.a. Schaffung entsprechender Aus- und Weiterbildungskapazitäten, Programme für Wiedereinsteiger in den Beruf). Dieses Personal dürfte auf jeden Fall benötigt werden, selbst wenn sich die meisten Mitarbeiter für eine 48-Stunden-Woche entschieden.

Literatur

- Ärztezeitung (2002). Schichtdienste sollen Ärzte in Kliniken entlassen. 28. Januar 2002, 4.
- Arbeit & Ökologie (2002). Arbeitszeit in Krankenhäusern: Bundestag gewährt 2003 symbolische 100 Millionen. Heft 1 (Januar), 9-10.
- Badura, B., Feuerstein, G., Schott, T. (Hrsg.) (1993). System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim, München: Juventa.
- Badura, B., Siegrist, J. (Hrsg.) (1999). Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim, München: Juventa.
- Bartholomeyczik, E. (1978). Krankenhausstruktur, Stress und Verhalten gegenüber dem Patienten. Teil 1: Methodische Grundlagen. Berlin.
- Berliner Zeitung (2003). Neue Arbeitszeitmodelle statt Dauerdienst. 10. September 2003, 2.
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (2005). Besser leben mit Schichtarbeit. Hilfen für Schichtarbeiterinnen und Schichtarbeiter. Essen.
- Blum, K., Müller, U., Offermanns, M. (2004). Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle. Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Düsseldorf: DKI.
- Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.) (2005). Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag.
- Büssing, A. (1998). Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus: Sozialverträglichkeit versus betriebswirtschaftliches Kalkül. In: Krankenhaus-Umschau, 5, 388-393.
- Büssing, A., Seifert, H. (Hrsg.) (1995). Sozialverträgliche Arbeitszeitgestaltung. München, Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Büssing, A., Glaser, J. (1999). Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH). In: Dunckel H (Hrsg.). Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Zürich: vdf Hochschulverlag, 465-494.
- Debacher, U. (2002). Das PANDA-Projekt – Abschied vom Bereitschaftsdienst. In: Lohmann, H., Becker, K., Seidel-Kwem, B. (Hrsg.) (2002). Gesundheit unternehmen: Das LBK Hamburg-Modell. Reihe „Vision Gesundheit“, Bd. 1. Wegscheid: WIKOM-Verlag, 128-133.
- Debacher, U., Pfeiffer, R. (2003). PANDA – der Abschied vom Bereitschaftsdienst. Hamburger Ärzteblatt, 6/7, 268-269.
- DKG; Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.) (2005). Arbeitszeit im Krankenhaus. Düsseldorf.
- Fastenmeier, H. (2003). Das Ingolstädter Modell. Führen & Wirtschaften, 20 (1), 54-56.

- Flintrop, J. (2002). Krankenhäuser: Miese Stimmung. Deutsches Ärzteblatt, 99 (5), B185.
- Flintrop, J., Rieser, S. (2005). Auswirkungen des neuen Arbeitszeitgesetzes. „Die Probleme der Ärzte haben eher zugenommen“. Deutsches Ärzteblatt, 102 (5), A249.
- Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Umwelt und Gesundheit / Amt für Arbeitsschutz (Hrsg.) (2003). Arbeitszeitmodelle für Krankenhäuser. Hamburg.
- Frondel, M., Schmidt, C.M. (2001). Evaluating Environmental Programs: The Perspective of Modern Evaluation Research. IZA-Discussion Paper No. 397. Bonn: IZA.
- Füllekrug, B. (2006). Die Einführung arbeitszeitkonformer und prozessorientierter Dienstmodelle für Ärzte als Voraussetzung gesundheitsfördernder Arbeitsplätze am Krankenhaus. Univ. Abschlussarbeit im MBA Gesundheits- und Sozialmanagement, Hamburg.
- Gewerkschaft ÖTV (Hrsg.) (2001). Gewerkschaftliche Anforderungen an Qualität und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Stuttgart.
- Geertz, C. (2003). Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Haglund, B.G.A., Pettersson, B., Finer, D., Tillgren, P. (Hrsg.) (1996). Creating Supportive Environments for Health. Genf: Eigenverlag WHO.
- Hatten, A. (2003a). Erfolgsfaktoren für Projektmanagement im Krankenhaus. In: Seidel-Kwem, B., Pfeiffer, R. (Hrsg.). Der Weg der Veränderung – Krankenhäuser im Umbruch. Reihe „Vision Gesundheit“, Bd. 2. Wegscheid: WIKOM-Verlag, 127-143.
- Hatten, A. (2003b). Organisations- und Arbeitszeitänderung in einem Laborbetrieb. In: Seidel-Kwem, B., Pfeiffer, R. (Hrsg.). Der Weg der Veränderung – Krankenhäuser im Umbruch. Reihe „Vision Gesundheit“, Bd. 2. Wegscheid: WIKOM-Verlag, 197-203.
- Höfflin, P. (1998). Arbeitszeitgestaltung in der Krankenpflege. Kernarbeitszeit im Universitätsklinikum Freiburg i. Br. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung.
- Huppertz, H.-I., Heckmann, V., Marg, W. (2004). Schichtdienst im Krankenhaus. Chancen und Probleme. Deutsches Ärzteblatt, 101 (6), A324-325.
- Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinnen, L., Tulkk, A., Tuomi, K. (2001). Arbeitsbewältigungsindex – Work Ability Index. Schriftenreihe der BAuA, Übersetzung. Dortmund, Berlin: Wirtschaftsverlag NW.
- Kerres, M., Lohmann, H. (1999). Der Gesundheitssektor: Chance zur Erneuerung. Vom regulierten Krankenhaus zum wettbewerbsfähigen Gesundheitszentrum. Wien: Wirtschaftsverlag Ueberreuter.
- Klöss, T. (2002). Reorganisation OP und Zentrale Notaufnahme. In: Lohmann, H., Becker, K., Seidel-Kwem, B. (Hrsg.). Gesundheit unternehmen: Das LBK Hamburg-Modell. Reihe „Vision Gesundheit“, Bd. 1. Wegscheid: WIKOM-Verlag, 114-127.
- Koch, U., Wittmann, WW. (Hrsg.) (1990). Evaluationsforschung. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Körner, T., Busse, R. (2002). Mitarbeiterzufriedenheit und Pflegequalität. In: Arnold, M., Klauber, J.,

- Schellschmidt, H. (Hrsg.). Krankenhausreport 2001. Stuttgart, New York: Schattauer, 155-166.
- Komrey, H. (1995). Evaluation. Empirische Konzepte zur Bewertung von Handlungsprogrammen und die Schwierigkeiten ihrer Realisierung. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 15 (4), 313-337.
- Kubsova, J. (2006). Gute Zeiten, schlechte Zeiten. *Financial Times Deutschland* vom 12.08.2006.
- Landesanstalt für Arbeitsschutz NRW (Hrsg.) (1999). Arbeitszeitmodelle – Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes in der modernen Arbeitsorganisation. Gesundheitsgerechte Gestaltung von Dauer und Lage der Arbeitszeit in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Rechtliche Grundlagen und organisatorische Erfahrungen. Düsseldorf.
- LASI; Landesausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik. (Hrsg.) (2003). Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern – Arbeitszeitproblematik am Beispiel des ärztlichen Dienstes (LV 30). Hamburg.
- LBK; Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg (Hrsg.) (2003). PANDA – Abschied vom Bereitschaftsdienst. Hamburg.
- Lenhardt, U., Rosenbrock, R., Elkeles, T. (1996). Bedingungs- und Akteurskonstellationen für Gesundheitsförderung im Betrieb – Ergebnisse aus vier Fallstudien. Berlin: Eigenverlag WZB.
- Lohmann, H., Becker, K., Seidel-Kwem, B. (Hrsg.) (2002). Gesundheit unternehmen: Das LBK Hamburg-Modell. Reihe „Vision Gesundheit“, Bd. 1. Wegscheid: WIKOM-Verlag.
- Marburger Bund, Landesverband Nordrhein-Westfalen / Rheinland Pfalz e.V. (Hrsg.) (1998). Auswertung der Umfrage zur Einhaltung des Tarifrechts. Köln.
- MASSKS; Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2000). Arbeitszeitmodelle: Moderne Arbeitsorganisation im Gesundheitswesen. Düsseldorf.
- Mentges, G. (2003). Neue Arbeitszeitmodelle im UKE. *Hamburger Ärzteblatt*, 6/7, 263-265.
- MFJFG; Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2000). Beschäftigungswirksame und sozialverträgliche Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus. Bd. 1 und 2. Düsseldorf.
- Nickel, S., Trojan, A. (2004). Diagnose: Situation im Krankenhaus aus Sicht der Mitarbeiter und Patienten. Ergebnisse einer kombinierten Befragung in zwei Kliniken. *Pflegemagazin*, 5 (2), 8-17.
- Nickel, S., Trojan, A. (2002). Qualitätssicherung in der stationären Versorgung. Zum Stellenwert der Patienten- und Mitarbeiterorientierung für Qualität und Innovation im Krankenhaus. In: Flick, U. (Hrsg.): *Innovation durch Public Health – Bilanzen und Perspektiven*. Berlin: Verlag Angewandte Psychologie.
- Oppolzer, A. (1997). Begleitforschung zur Dokumentation und Evaluation der Organisationsentwicklung im Diakonie Krankenhaus Alten Eichen (Hamburg) unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Hamburg.
- Paschen, U., Bastek, A. (2002). Die Ärzte müssen den Mythos der Unfehlbarkeit aufgeben und ihre Prozesse überschaubarer machen. *f&w*, 19 (6), 632-636.

- Pfaff, H., Münch, E., Badura, B. (1999). Belastungen und Ressourcen im Dienstleistungsbereich: das Beispiel der Krankenpflege. In: Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Berlin, Heidelberg: Springer, 72-88.
- Pfeiffer, R. (2001). Es geht auch ohne! Klinova-Projekt entwickelt Alternativen zum Bereitschaftsdienst. LBK Forum, (3), 4-5.
- Platzköster, C., Rossbach, C., Borges, P., Görzel, U. (2006). Bremen reformiert Personaleinsatz und Arbeitszeit der Ärzte. f&w, 23 (4), 408-414.
- Preusker, U.K. (2003). Immer im Dienst? Gesundheit und Gesellschaft, 6 (5), 24-30.
- Priester, K. (1997). Neue Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern. Entstehungsbedingungen – Umsetzungsprobleme – Vorschläge zur Optimierung. 3. Auflage, Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Rogers, E.M. (1983). Diffusion of Innovations. 3. Ed., New York: Free Press.
- Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation. Das Gesundheitswesen, 57, 140-144.
- Sabatier, P.A. (1993). Advocacy-Koalitionen, Policy-Wandel und Policy-Lernen: Eine Alternative zur Phasenheuristik. In: Héritier, A. (Hrsg.): Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung. Opladen: Westdeutscher Verlag, 116-148.
- Satzinger, W., Trojan, A., Kellermann-Mühlhoff, P. (Hrsg.) (2001). Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. St. Augustin: Asgard.
- Sczesny, C. (2000). Gestaltung der Arbeitszeit im Krankenhaus. Zur Umsetzung neuer Nachtarbeitsregelungen unter Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse. Dortmund: BAuA.
- Seidel-Kwem, B., Pfeiffer, R. (Hrsg.) (2003). Der Weg der Veränderung – Krankenhäuser im Umbruch. Reihe „Vision Gesundheit“, Bd. 2. Wegscheid: WIKOM-Verlag.
- Siegrist, J. (1996). Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe.
- Simon, M. (1997). Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem. Berlin: WZB.
- Steffanowski, A., Lichtenberg, S., Nübling, R., Wittmann, W.W., Schmidt, J. (2002). Individuelle Ergebnismessung – Vergleich zwischen prospektiven und retrospektiven Problemangaben in der psychosomatischen Rehabilitation. Manuskript.
- Stern, K. (1996). Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten. Münster, New York: Waxmann.
- Sturm, H., Hildebrandt, H., Trojan, A. (1997). PatientInnenbefragungen als Anstoß für Verbesserungen im Krankenhaus. Erfahrungsberichte aus einem WHO-Projekt-Krankenhaus und einer Versichertenbefragung einer großen Angestellten-Krankenkasse in Hamburg. In: Grundböck, A., Nowak, P. & Pelikan, J.M. (Hrsg.): Gesundheitsförderung – eine Strategie für Krankenhäuser im Umbruch. Wien: Facultas, 94-106.
- Trojan, A., Nickel, S. (1999). Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Darstellung des europäischen WHO-

- Projekts und Ergebnisse der Entwicklung und Anwendung eines Fragebogens zur Evaluation patientenorientierter Qualität im Krankenhaus. In: Röhrle, B. & Sommer, G. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Tübingen: Dgvt-Verlag, 315-341.
- Trojan, A., Nickel, S., Oppolzer, A. (1999). Qualität des Krankenhauses. Die Sicht der MitarbeiterInnen und PatientInnen im Vergleich am Beispiel eines "gesundheitsfördernden Krankenhauses". In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen in Pflegeberufen. Berlin: Wirtschaftsverlag NW, 164-184.
- Trojan, A., Nickel, S. (2001). Wiederholte Patientenbefragung als Instrument zur Evaluation von qualitätsverbessernden Interventionen im Krankenhaus. In: Satzinger, W., Trojan, A. & Kellermann-Mühlhoff, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. St. Augustin: Asgard, 139-149.
- Trojan, A., Nickel, S., Werner, S. (2001). Belastungen senken – Ressourcen stärken! Prävention und Gesundheitsförderung bei MitarbeiterInnen von Krankenhäusern. Manuskript für die 1. Gemeinsame Konferenz der deutschsprachigen Netzwerke Gesundheitsfördernder Krankenhäuser: "Gesunde Arbeitswelt Krankenhaus", 12.-13. November in Wien.
- Wagner, D. (Hrsg.) (1995). Arbeitszeitmodelle. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Weißflog, D., Schüpbach, H., Zehender, M. (2005). Der Ansatz der Universitätsklinik Freiburg zur Neugestaltung ärztlicher Arbeitszeiten. Das Krankenhaus, 10, 859-864.
- Zerssen, D.v. (1976). Die Beschwerden-Liste. Manual. Weinheim

Anhang I: Basis-Fragebogen zur Erfolgskontrolle



Pilotprojekt-1

Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter !

Einleitend möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihrer Person stellen. Wir garantieren Ihnen den vertraulichen Umgang mit Ihren Angaben nach dem gesetzlichen Datenschutz. Angaben von weniger als fünf Mitarbeiter/innen einer Berufsgruppe werden nicht ausgewertet, um Identifizierung einzelner Personen völlig auszuschließen. Am Ende des Fragebogens bitten wir Sie, auch zu Problemen und Lücken bei der Befragung Stellung zu nehmen.

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen jeweils nur ein Kästchen an!

01	In welcher Funktion sind Sie beschäftigt?	Assistenzarzt/-ärztin [] Facharzt/-ärztin (inkl. Ober-/Chefarzt) .. [] OP-Funktionsdienst [] Anästhesie-Funktionsdienst..... [] Andere []
02	Waren Sie bereits vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste im (...) tätig?	Ja..... [] Nein []
03	Waren oder sind Sie seit der Umstellung der Arbeitszeiten im Schichtdienst (...) tätig?	Ja, aber gegenwärtig nicht mehr [] Ja, gegenwärtig in der Rotation [] Ja, dauerhaft..... []
04	Wie viele Stunden beträgt Ihre wöchentliche Arbeitszeit laut Arbeitsvertrag?	<input type="text"/> Stunden pro Woche
05	Wie alt sind Sie?	Unter 30 Jahre..... [] 30 bis 39 Jahre [] 40 bis 49 Jahre [] 50 Jahre oder älter..... []
06	Welches Geschlecht haben Sie?	Männlich..... [] Weiblich..... []
07	Mit welchen Personen leben Sie im Haushalt zusammen?	Allein lebend..... [] Mit (Ehe-) Partner [] Mit (Ehe-) Partner und Kind(ern) [] Nur mit Kind(ern) [] Mit anderen Personen []

Bei den folgenden Fragen bitten wir Sie, sowohl Ihre Situation **vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste (A)** als auch Ihre **gegenwärtige Situation (B)** zu beschreiben.

Wenn Sie vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste noch nicht im (...) tätig waren, füllen Sie bitte nur die Fragen zum aktuellen Stand aus!

Gesetzlicher Arbeitszeitschutz

Im Folgenden werden einige - im Krankenhaus häufig anzutreffende - Probleme bei der Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen im Hinblick auf die reguläre Arbeitszeit (**ohne** Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft) genannt.

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie im Allgemeinen ...

A ... vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste von dem jeweiligen Problem bzw. Mangel betroffen waren

B ... gegenwärtig von dem jeweiligen Problem bzw. Mangel betroffen sind.

		A Vor der Umwandlung der Be- reitschaftsdienste				B Gegenwärtig			
		Oft	Manch- mal	Selten	Nie	Oft	Manch- mal	Selten	Nie
10	Verlängerung der werktäglichen Arbeitszeit auf über 10 Stunden*.....	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
11	Nicht-Einhaltung von ungestörten Ruhezeiten (mindestens 11 Stunden) zwischen zwei Diensten**	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
12	Nicht-Einhaltung von Ruhepausen während der Arbeitszeit***	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
13	Fehlende Informationen über das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) und ergänzende Vereinbarungen	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
14	Fehlende / unvollständige Erfassung und Dokumentation der geleisteten Arbeitszeiten.....	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]

*) Als „Werktag“ gilt nicht der Kalendertag, sondern ein 24-Stunden-Zeitraum (z.B. von 7.00 Uhr morgens bis 7.00 Uhr des nächsten Tages). Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sind nach dem alten Arbeitszeitgesetz (ArbZG) keine Arbeitszeiten, sondern Ruhezeiten - solange Sie nicht zur Arbeitsleistung herangezogen werden!

**) Im Sinne des alten ArbZG zählen Bereitschaftsdienste zur Ruhezeit mit Ausnahme der Inanspruchnahmen, welche der werktäglichen Arbeitszeit zuzurechnen sind. Im Rahmen von Bereitschaftsdiensten oder Rufbereitschaften darf die Ruhezeit durch Inanspruchnahmen auf 5 ½ Stunden ununterbrochene Ruhezeit verkürzt werden.

***) Der Gesamtanspruch bei Ruhepausen beträgt 30 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als 6 Stunden bis zu 9 Stunden. Bei einer Arbeitszeit von über 9 Stunden muss die Ruhepause 45 Minuten betragen. Die Pausen können auch in mindestens 15 Minuten dauernde kürzere Pausen aufgeteilt werden. Nach höchstens 6 Stunden muss die Ruhepause genommen werden.

15	Wie viele Stunden beträgt im Durchschnitt Ihre tatsächliche wöchentliche Anwesenheit am Arbeitsplatz (inkl. Überstunden, Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft usw.)?	Vor der Umwandlung der Bereitschaftsdienste: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Stunden Gegenwärtig: <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Stunden
16	Angenommen, Ihr Gehalt richtet sich nach den geleisteten Arbeitsstunden und die vertragliche Arbeitszeit ist frei wählbar: Wie viele wöchentliche Arbeitsstunden würden Sie dann wählen, um persönliche Bedürfnisse und notwendiges Einkommen am besten miteinander in Einklang zu bringen?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> Stunden

Arbeitszeiten können unterschiedlich gestaltet werden. Welche Gestaltungsmöglichkeiten sind Ihnen im Hinblick auf Ihre Arbeitszeit und Dienstplanung wichtig?

Bitte kreuzen Sie **maximal fünf** Optionen an, die für Sie im Allgemeinen wichtig sind!

17	Bessere Möglichkeiten, den Dienst zu tauschen [] Mehr Mitsprache bei der Erstellung des Dienstplans..... [] Dienstende pünktlich einhalten [] Lange Freizeit-Blöcke bilden [] Zu einem festen Termin regelmäßig frei haben [] Eine längerfristige Dienstplanung (z.B. für den übernächsten Monat) [] Verkürzung der tatsächlichen Arbeitszeit [] Verlängerung der tariflichen Arbeitszeit auf bis zu 48 Stunden pro Woche..... [] Wahlmöglichkeit zwischen Freizeitausgleich und Überstunden-Bezahlung [] Selten am Wochenende arbeiten [] In einem bestimmten Dienst bevorzugt arbeiten [] Dienste arbeiten, für die es finanzielle Zulagen gibt..... [] Wechsel in eine Vollzeit-Beschäftigung [] Wechsel in eine Teilzeit-Beschäftigung..... [] Wechsel in die Altersteilzeit..... [] Sonstiges, und zwar _____ []
----	--

18a	Wie waren die Mitbestimmungsmöglichkeiten Ihrer Berufsgruppe bei der Arbeitszeitgestaltung im Vorfeld der Umwandlung der Bereitschaftsdienste?	Schlecht..... [] Mäßig [] Gut..... [] Sehr gut []
18b	Wie sind die Mitbestimmungsmöglichkeiten Ihrer Berufsgruppe bei der Arbeitszeitgestaltung gegenwärtig ?	Schlecht..... [] Mäßig [] Gut..... [] Sehr gut []

Eine erste Bilanz

Wenn Sie einmal an alle Veränderungen der letzten 2 Jahre denken: Welche Faktoren haben Ihrer Meinung nach den stärksten Einfluss und damit die größten Auswirkungen auf Ihre Arbeitssituation gehabt?

Geben Sie bitte Ihr Urteil über die folgenden Veränderungen in Form einer Rangreihe ab. Vergeben Sie bitte den Rangplatz 1 für den wichtigsten Einflussfaktor, den Rangplatz 2 für den zweitwichtigsten usw. Achten Sie darauf, dass Sie alle Rangplätze von 1 bis 5 vergeben.

		Rangplatz
103	Einführung neuer Arbeitszeitgestaltung (PANDA-Projekt zur Umwandlung der Bereitschaftsdienste)	
	Begleitende Maßnahmen der Arbeitszeitgestaltung (z.B. Verbesserung der EDV, Mitarbeiterbeteiligung, Fort- und Weiterbildungen)	
	Sonstige innerbetriebliche Maßnahmen (z.B. Zentrenbildung, Schließung oder Zusammenlegung von Abteilungen)	
	Veränderte gesetzliche und ökonomische Rahmenbedingungen (z.B. Einführung von DRGs, Qualitätssicherung)	
	Sonstiges, und zwar:	

Wie wirkt sich das PANDA-Projekt zur **Umwandlung der Bereitschaftsdienste** nach Ihren bisherigen Erfahrungen auf die folgenden Bewertungskriterien aus?

Auswirkungen der Umwandlung von Bereitschaftsdiensten auf ...	Sehr negativ	Eher negativ	Eher positiv	Sehr positiv	Keine Auswirkung
104 ...die Einhaltung gesetzlicher Normen (ArbZG)	[]	[]	[]	[]	[]
105 ...die Lebensqualität außerhalb der Arbeit.....	[]	[]	[]	[]	[]
106 ...die psychophysischen Arbeitsbelastungen	[]	[]	[]	[]	[]
107 ...die Kommunikation und Kooperation mit Kollegen	[]	[]	[]	[]	[]
108 ...die Kommunikation und Betreuung von Patienten.....	[]	[]	[]	[]	[]
109 ...die Organisation der Arbeitsabläufe.....	[]	[]	[]	[]	[]
110 ...die Gesundheit der Beschäftigten.....	[]	[]	[]	[]	[]

Falls Sie noch Anregungen und Hinweise haben oder Besonderheiten Ihres Arbeitsbereichs erwähnen möchten, teilen Sie es uns bitte mit:

.....

.....

.....

.....

.....

Zum Schluss möchten wir Sie bitten, noch einmal den Fragebogen durchzuschauen und zu überprüfen, ob Sie **alle** Fragen verstanden und vollständig beantwortet haben. Da wir beabsichtigen, eine kürzere Fassung des Fragebogens zu entwickeln, können Sie uns helfen, indem Sie die folgenden Fragen beantworten.

120	Für wie wichtig halten Sie grundsätzlich eine solche Mitarbeiterbefragung?	Wichtig, mit hohem Nutzen [] Wichtig, aber eher folgenlos [] Weniger bedeutsam [] Völlig überflüssig []
121	Welche Fragen bzw. Fragekomplexe waren schwierig zu beantworten oder nicht auf den ersten Blick verständlich? <i>(Bitte Nummer angeben!)</i>
122	Welche Fragen bzw. Fragekomplexe mochten Sie nicht oder waren Ihnen ein bisschen unangenehm? <i>(Bitte Nummer angeben!)</i>
123	Bei welchen Fragen bzw. Fragekomplexen hatten Sie das Gefühl, dass Sie gern mehr dazu gesagt hätten? <i>(Bitte Nummer angeben!)</i>
124	Wie lange haben Sie für das Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?	ca. <input data-bbox="890 1223 1043 1312" type="text"/> Minuten

Wenn Sie Vorschläge zur Verbesserung haben, vermerken Sie sie bitte bei den entsprechenden Fragen oder notieren Sie sie hier:

.....

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag (Entgelt zahlt Empfänger) ohne Absenderangabe an das Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Anhang II: Basis-Leitfaden für Experteninterviews

Gliederung:

1. Einleitung
2. **Ausgangssituation** / Hintergründe / Retrospektive
3. Analyse der **Projektgruppe(narbeit) = Entwicklung des neuen AZ-Modells**
4. Bewertung der **Umsetzung** / Implementation des neuen AZ-Modells
5. Bewertung des **neuen Arbeitszeitmodells**
6. Bewertung / Nutzung der **MitarbeiterInnen-Befragungen** (T0=T1>T2)
7. Veränderung zentraler Qualitätsdimensionen durch neues AZ-Modells > **Zentrale Ergebnisse** der MitarbeiterInnen-Befragung
8. Zusammenfassung / **Fazit** / Ausblick >
Verhältnis Organisationsentwicklung / Umwandlung von AZ-Modellen

1 Einleitung

eigene Vorstellung

Interviews mit (allen) TeilnehmerInnen der Projektgruppe/Lenkungsgruppe
Tonbandaufzeichnung, weitestgehend anonyme Auswertung, Akteursgruppen ausgewertet

Ziele: Bewertung und Analyse:

- 1 **neuen Arbeitszeitmodells** im Verhältnis zum alten AZ-Modell
- 2 **der Entwicklung** des neuen AZ-Modells
- 3 die **Umsetzungsphase** / Einführung des neuen AZ-Modells
- 4 der Wirksamkeit von **PANDA**
- 5 **Verhältnis AZ-Umwandlung / Organisationsentwicklung**

Vorstellung der interviewten Person

- beruflicher Hintergrund
- seit wann im KH/IMZA
- wie lange und in welcher Funktion innerhalb der Projektgruppe tätig

2 Ausgangssituation / Hintergründe / Retrospektive

- Wie war die **AZ vor der Einführung** des neuen AZ-Modells **organisiert**?
Kurzversion!
- Auf der **ZA** und in der **Inneren Medizin** (=1.+ 2.+ 3. Med.) gleich?
- (Kurze) **Beschreibung** des **neuen AZ-Modells** (seit 01. Juni 2003)?
- **Rotationszeiträume? Kernteam? Rotationsteam?**
- Aus welchen **zentralen Modulen** (vs. Modell) besteht das neue AZ-Modell?
Bzw. ist das neue AZ-Modell in bestimmte Bereiche zu gliedern?
- Welche **Motive** waren ausschlaggebend / entscheidend die **Veränderung** der AZ?
MitarbeiterInnen? Stations- bzw. Abteilungsebene? Personalrat?
Krankenhausebene? LBK-Betriebsebene? Gesundheitspolitische bzw. Systemebene?
- Wurde vorab eine **Tätigkeitsanalyse** durchgeführt bzw. der **Arbeitsanfall** und **Personalbedarf** etc. analysiert? Wen ja, **von wem**?
- Welche (eher abstrakteren) **Zielsetzungen** verfolgte das **neue AZ-Modell**?
- Welche (konkreten) **Erwartungen** (Bedenken u. Wünsche) wurden mit der Umstellung und der Einführung des neuen AZ-Modells verbunden?
Persönlich? MitarbeiterInnen? Projektgruppe? Personalrat? PANDA-Projekt?
Stations-Abteilungsteilung? Krankenhausleitung? Unternehmensleitung?
- Wer hat (letztendlich) die **Entscheidung** dafür getroffen und die **Entwicklung** eines neuen AZ-Modells **initiiert**?

3 Analyse der Projektgruppe(narbeit) = Entwicklung des neuen AZ-Modells

- Wie kam es zur **Teilnahme am Pilot-Projekt / PANDA**?
- Wie ist die **Projektgruppe/Lenkungsgruppe** zustande gekommen? **InitiatorInnen / Motivationen**?
- In welchem **Zeitraum arbeitete** die Projektgruppe kontinuierlich?
- Gab es **personelle Veränderungen** innerhalb der Projektgruppe?
- Wenn ja, **warum**?
- Wie ist/war die **Arbeit** innerhalb der Projektgruppe **organisiert**?
- Regelmäßige **Treffen? Protokolle**?
- Welche **Personen** spielten eine (**zentrale**) **Rolle**?
- Wie wurde das **neue AZ-Modell entwickelt**?
- Wie und in welcher Form waren die **MitarbeiterInnen** an der Neugestaltung der AZ **beteiligt** / konnten sie **Einfluss** nehmen?
- Wie groß war das **Interesse** der **MitarbeiterInnen** an der Mitarbeit?
- Weiterhin **Beteiligung** bzw. **zukünftig**?
- Wie schätzen Sie die **Rolle/Stellenwert** des **PANDA-Projekts** auf den Prozess der Umwandlung der AZ im IMZA ein?

4 Bewertung der Umsetzung / Implementation des neuen AZ-Modells

- Eingangsfrage: Wie würden Sie **insgesamt** die **Entwicklung / Prozess** der Umstellung der AZ **beschreiben**?
- Welchen **Entwicklungs-Zeitraum** brauchte es von der **Entscheidung** für ein neues AZ-Modell bis hin zur **Einführung**?
- Wie war der **Ablauf** der **Umstellung organisiert**?
- Können Sie (wichtige) **Entwicklungs-Stufen / -Phasen** der Umstellung ausmachen?
- Traten besondere **Probleme** bei der Umstellung auf? Welche?
- **Prozessmanagement**: Wurde eine **Feinsteuerung** der Umstellung vorgenommen?
- Wenn ja, war diese im **Vorwege geplant** oder **Reaktion** auf akute Problematiken?
- Welche **Maßnahmen** wurden von der Projektgruppe / KH-Leitung zur Anpassung **nach T1-Befragung** durchgeführt?
- **Welche konkreten Veränderungen / Anpassungen des Modells fanden seit der Umstellung statt? Planungen?**
- Oder: Abschlussfrage: Wie **bewerten / beurteilen** Sie persönlich die **Umstellungsphase**?

5 Bewertung des neuen Arbeitszeitmodells

- Haben sich die **Erwartungen** bzw. **Bedenken** gg. dem neuen AZ-Modell **erfüllt**?
 - Was sind aus Ihrer Sicht die besonderen **Stärken** des neuen AZ-Modells?
 - **Positive Nebeneffekte** des AZ-Modells?
 - Was sind aus Ihrer Sicht die besonderen **Schwächen** des neuen AZ-Modells?
 - **Negative Nebeneffekte** des AZ-Modells?
 - Wie schätzen Sie **insgesamt** die **Akzeptanz** und **Zufriedenheit** mit dem neuen AZ-Modell ein?
- | | | | |
|--------------------|----------------|----------------------|----------------|
| MitarbeiterInnen? | Projektgruppe? | Personalvertretung? | PANDA-Projekt? |
| Abteilungsleitung? | KH-Leitung? | Unternehmensleitung? | |

6 Bewertung / Nutzung der MitarbeiterInnen-Befragung (T0=T1>T2)

- Wie schätzen Sie die **Akzeptanz** der Befragung ein?
- Wu(e)rden die **Befragungsergebnisse konkret** in der Projektgruppe dazu **genutzt**, um Veränderungen / Verbesserungen am AZ-Modell vorzunehmen?
- Haben Sie konkrete **Verbesserungsvorschläge**, um den Ablauf und/oder die Beteiligung der schriftlichen Befragung zu optimieren? (evtl. Rücklaufproblematiken thematisieren)

7 Zentrale Ergebnisse der MitarbeiterInnen-Befragung (T0=T1)

- Wie und in welchem Umfang erfolgte die **Darstellung** bzw. die **Weiterleitung** der **Ergebnisse** der Befragung an die **MitarbeiterInnen / Projektgruppe**? Bericht erschien März 2004!
- Welche **Reaktionen** haben die Ergebnisse bei den Befragten **hervorgerufen**?
- Wie **bewerten** / beurteilen Sie persönlich insgesamt die **Ergebnisse** der Befragung?

Randnotiz: Befragungsdimensionen des standardisierten Fragebogens (chronologisch):

- *Gesetzlicher Arbeitsschutz / Arbeitszeitgesetz*
- *Arbeitszeitgestaltung*
- *„Normale“ Lebensführung*
- *Psychophysische Belastungen*
- *Kommunikation und Kooperation*
- *Organisation der Arbeitsabläufe*
- *Fragen zur Gesundheit*
- *Gesamtzufriedenheit*

Thematisierung zentraler Befragungsergebnisse: Erwartungen erfüllt?

- Werden durch das neue AZ-Modell die rechtlichen Grundlagen zum **gesetzlichen Arbeitsschutz / Arbeitszeitgesetz** einhalten?
- Welche **Gestaltungsmöglichkeiten** sind den MitarbeiterInnen im Hinblick auf ihre **Arbeitszeit** und **Dienstplangestaltung** wichtig?
- Wie bewerten Sie die **Mitbestimmungsmöglichkeiten** der MitarbeiterInnen bei der **Umgestaltung** der Arbeitszeiten? Vorfeld / gegenwärtig?
- Hat sich durch die Einführung des neuen AZ-Modells die **Lebensqualität** außerhalb der Arbeit verändert) / „**Normale“ Lebensführung**? **Warum** ja/nein?
- Haben sich typische psycho-physische **Arbeits-Belastungen / Stressoren** verändert / reduziert / erhöht? Warum ja/nein?
- Wie wirkt sich das neue AZ-Modell auf die **Gesundheit** der MitarbeiterInnen aus?
- Haben sich durch die Einführung neuer AZ-Modelle die **Kommunikation und Kooperation** in der betroffenen Abteilung verändert? Warum ja/nein?
- In welcher Form haben sich die **Arbeits-Prozesse / Organisation** der **Arbeitsabläufe** durch das neue AZ-Modell verändert /verbessert?
- Hat sich insgesamt die Qualität der **Patienten-Versorgung** durch das neue AZ-Modell verändert / verbessert? Warum ja/nein?
- Wie schätzen Sie die **Gesamtzufriedenheit** mit dem neuen AZ-Modell **insgesamt** ein?
- **Auswirkungen des neuen Modells nach Gruppen mit / ohne Erfahrungen im Schichtdienst:**
- **NEU: Zusatzauswertung:** *Vergleich der Ergebnisse in der IM/ZA nach: **Funktion***
- Welche **weiteren** / andere **Veränderungen** (strukturell / -arbeits- u. organisatorisch) (neben der Umstellung der AZ) hatten **Einfluss** auf die **Arbeitssituation**?
- Wie **wirkt** sich das **PANDA-Projekt** auf die Umwandlung von Bereitschaft- zu Schichtdiensten **aus** (auf die einzelnen Dimensionen des FB)?

8 Zusammenfassung / Fazit / Ausblick

- Hat sich ihrer Ansicht nach die Einführung des neuen AZ-Modell in der IM/ZA „**gelohnt**“ im Hinblick auf das Verhältnis zwischen Aufwand und gegenwärtigem Resultat? (Personal, Geld, Zeit, Motivation)
- Wie schätzen Sie die **Übertragbarkeit** des AZ-Modells bzw. von Modulen auf andere Abteilungen oder KH ein?

Zusammenfassend:

- Welche Faktoren sind aus Ihrer Sicht insgesamt **förderlich** für die Umsetzung neuer AZ-Modelle im Krankenhaus?
- **Hinderliche Faktoren?**

Zusammenfassend:

- Existieren neben der **Arbeitszeit** auch **andere organisatorische und/oder strukturelle Veränderungen** der (Arbeits-)Bedingungen / Organisationsstrukturen / KH-Rahmenbedingungen / LBK-Ebene?
- Welchen **Einfluss** haben die strukturellen Veränderungen ihrer Meinung nach auf die Entwicklung / Umstellung / Implementation / Bewertung neuer AZ-Modelle?
- Bzw. **welche Veränderungen** nehmen im Rahmen der Umgestaltung von Arbeitszeiten / Einführung neuer AZ-Modelle einen **besonderen Einfluss** / Stellenwert ein?

Randnotiz aus Fragebogen:

„Erste Bilanz“: Rangreihe 1-5 / Einflussfaktoren / Anteile an Veränderungen:

- *Einführung neuer Arbeitszeitgestaltung (PANDA)*
- *Begleitende Maßnahmen der Arbeitszeitgestaltung (z.B. Verbesserung der EDV, MitarbeiterInnenbeteiligung, Fort- und Weiterbildungen)*
- *Sonstige innerbetriebliche Veränderungen (z.B. Zentrenbildung,, Schließung oder Zusammenlegung von Abteilungen, PatientInnendichte)*
- *Geänderte Rahmenbedingungen der Arbeitsorganisation (z.B. Verringerung der Liegezeiten, Zunahme der Patienten, Einführung von DRG´s, Qualitätssicherung)*
- *Sonstiges, und zwar ...*

Globalere / abstraktere Perspektive auf Veränderung von Arbeitszeitregelungen im Krankenhaus:

- **Wichtigster Aspekt der Umgestaltung von AZ / Hinweis / Verbesserungsvorschlag?**
- **Welchen Stellenwert / Verhältnis haben Arbeitszeitumgestaltungen im Krankenhaus aus Ihrer Sicht im Kontext von / und Organisationsentwicklung bzw. neuen “Innovationen“**