

# 18 Vereinbarkeit von Familie und Beruf – Zeitgemäße Dienstplangestaltung: bedarfs- und mitarbeitergerecht zugleich

LARS HERRMANN UND JANA JELENSKI

## 18.1 Ausgangsüberlegung: Kombination von Besetzungs- und Mitarbeiterorientierung

In diesem Kapitel geht es um solche Gestaltungsoptionen<sup>64</sup>, die eine gleichzeitige Optimierung der beiden wichtigsten Ziele der Dienstplangestaltung – Bedarfsgerechtigkeit auf der einen, Mitarbeiterorientierung auf der anderen Seite – ermöglichen können. Beide Ziele stehen sich bekanntlich nicht konflikt-

frei gegenüber: Die Annahme, die zeitlichen Anforderungen der Patienten im Krankenhaus würden sich mit den individuellen Zeitinteressen der Mitarbeiter – sei es für die Betreuung von Kindern bzw. von pflegebedürftigen Angehörigen oder für das Pflege von Hobbies – wie von selbst zur Deckung bringen, ist schließlich unrealistisch, weshalb es umso wichtiger ist, das gemeinsame Optimierungspotenzial auszuloten. Wenn die Beteiligten zugleich realistisch genug sind, die zeitlichen Besetzungsanforderungen anzuerkennen, die der Erledigung der eigenen Arbeitsaufgaben zugrunde liegen und die individuellen Spielräume herausfinden, die sich innerhalb dieses Rahmens auftun, kann dies gelingen.

In den nächsten Jahren wird absehbar die Fähigkeit zur optimalen Kombination beider

64 Wir konzentrieren uns hier ausschließlich auf die gestalterischen Möglichkeiten der Dienstplanung und verzichten damit an dieser Stelle vollständig auf die bei der betrieblichen Arbeitszeitgestaltung besonders vielfältigen arbeits(zeit)-rechtlichen Rahmenbedingungen. Hierzu verweisen wir auf Schlottfeldt, C./Herrmann, L.: Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen – Rechtskonforme Bereitschaftsdienstmodelle, 2014, Erich Schmidt Verlag, Berlin

Ziele zum Erfolgsfaktor betrieblicher Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus:

- Das Umschwenken des Arbeitsmarktes in einen Arbeitnehmermarkt, die zunehmende Freizeitorientierung vieler Mitarbeiter und die Heterogenität der individuellen Zeitmotive zwischen den Mitarbeitern erfordern differenzierte Lösungen und höhere persönliche Gestaltungsspielräume.
- Die Besetzungsanforderungen müssen im Interesse der Patienten einerseits und der Respektierung der verfügbaren Personalkapazitäten andererseits im Personaleinsatz noch bedarfsgerechter abgebildet werden und reaktionsfähiger auf Schwankungen des Arbeitsaufkommens werden.

Naheliegend, aber ungeeignet sind Kompromiss-Strategien: von beiden Seiten ein wenig oder so viel wie möglich. Erfahrungsgemäß leidet unter Maßnahmen, die Abstriche bei der Abdeckung des Besetzungsbedarfs vorsehen in letzter Konsequenz auch die Mitarbeiterorientierung: einerseits, weil Besetzungsanforderungen systematisch letztlich nur bei Strafe abwandernder Patienten und/oder wirtschaftlicher Schwächung missachtet werden können und andererseits, weil die größtmögliche Schädigung für Mitarbeiterorientierung davon ausgeht, unrealistische Erwartungen bezüglich von Besetzungsanforderungen unabhängigen Gestaltungsspielräumen zu wecken, die in der Realität enttäuscht werden müssen: denn die Erfüllung der betrieblichen Arbeitsaufgaben bleibt oberstes Gebot.

Ausgangspunkt strategischer Überlegungen zu einer mitarbeiterorientierteren Dienstplangestaltung ist daher stets die Kenntnis des Besetzungsbedarfs. Dieser gliedert sich in

- die Besetzungszeit<sup>65</sup> als die Zeitspanne, in der die jeweiligen Arbeitsbereiche be-

setzt werden müssen (rund-um-die Uhr oder während bestimmter Servicezeiten<sup>66</sup>, außerhalb derselben in Bereitschaftsdienst oder Rufdienst oder im Schichtdienst, etc.); hierbei gibt es eine planbare und eine flexible Dimension: etwa längere OP-Laufzeiten bei höherem Bedarf;

- die Besetzungsstärke, die die Anzahl der jeweils qualifikationsadäquat zu besetzenden Positionen je Arbeitsbereich wiedergibt; auch hierbei gibt es eine planbare und eine flexible Dimension: erstere definiert die Sollbesetzung (nicht: Mindestbesetzung!) je Zeitspanne, letztere berücksichtigt schwankende Anforderungen (bei geringerer Belegung niedrigere Dienstbesetzung, etc.).

Im Unterschied zu herkömmlichen Vorgehensweisen kommt es im Zuge der unverzichtbaren Ermittlung des Besetzungsbedarfs in Zeiten mitarbeiterbezogener Unternehmenskulturen auf folgende Punkte an:

- Der Besetzungsbedarf muss für die Mitarbeiter durch die Führungskräfte nachvollziehbar erklärt werden – auch hinsichtlich seiner möglichen Schwankungsbreiten und der Gründe hierfür. Schließlich bildet er den Rahmen, innerhalb dessen sich die individuellen Spielräume entfalten können sollen, und von der Akzeptanz dieser Rahmenbedingungen hängen die subjektiven Bewertungen der Gestaltungsspielräume maßgeblich ab.
- Der Besetzungsbedarf muss realistisch dimensioniert sein. Insbesondere bedeutet dies, dass bei dessen Ermittlung die verfügbare Personalkapazität respektiert wird, denn die Bereitschaft vieler Mitarbeiter, durchschnittlich mehr als das jeweils vereinbarte Vertragsarbeitszeitvolumen zu erbringen oder dem Zeitausgleich auf-

65 Die Besetzungszeit ist die Zeitspanne, in der eine Organisationseinheit ihre Leistungen erbringen und demzufolge in der für die Leistungserbringung relevanten Mitarbeiterzahl besetzt werden muss.

66 Die Servicezeit ist eine Spezialform der Besetzungszeit, die in der Regel in Verwaltungsbereichen bzw. Organisationseinheiten eingeteilt wird, in denen keine Rund-um-die-Uhr-Besetzung erforderlich ist.



grund unrealistischer Planung hinterherzulaufen, ist begrenzt und sinkt absehbar immer weiter.

- Der Besetzungsbedarf muss so planbar wie möglich sein. Daher kommt es darauf an, auch die in den Arbeitsbereichen abzudeckenden Flexibilitätsbedarfe durch Planung vor zu strukturieren: Mit Ausnahme von Katastrophen gibt es in Krankenhäusern keine schwankenden Anforderungen, die nicht über Wahrscheinlichkeiten planbar gemacht werden können – was bislang weithin noch nicht geschieht. Die Wahrscheinlichkeit, dass OPs über die Standardsaallaufzeit hinaus andauern, ist anhand der OP-Daten bestimmbar und damit beim Personaleinsatz mit hoher Verlässlichkeit planbar. Dennoch wird üblicherweise noch jeden Tag gegen 14:00 Uhr im OP die jeden Tag gleiche Frage erörtert, wer aus dem pflegerischen und ärztlichen OP-Personal die länger laufenden Säle bedient. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mitarbeiter zum Beispiel im stationären Pflegedienst kurzfristig erkrankt und dafür Ersatz benötigt wird, ist anhand der Ausfallzeiten vorhersehbar. Wird der Flexibilitätsbedarf planbar, eröffnet sich der Weg zu systematischen Lösungen. Dennoch ist der Ad-hoc-Abruf aus dem Frei im Krankenhaus immer noch weit verbreitet – auch wenn sich an abnehmender Bereitschaft einzuspringen, höherem Aufwand für die Führungskraft und Konzentration auf immer die gleichen Mitarbeiter ablesen lässt, dass dies auf Dauer keine Lösung sein kann. Ebenso wenig kann aber auch das pauschale Vorhalten von Personal für Krankheitsvertretungen der Weg sein, der gleichwohl regelmäßig dadurch gegangen wird, dass die gesamte Sollarbeitszeit im Dienstplan verplant wird, so dass die im Stellenplan enthaltene Krankheitsreserve verpufft, weil sich das Krankheitsaufkommen nicht am Dienstplan ausrichtet. Auf die Planung und Vorstrukturierung von

Flexibilitätsanforderungen dürfte in den nächsten Jahren das größte Augenmerk zu richten sein, denn Mitarbeiterorientierung wird von den Mitarbeitern im Kern immer stärker mit Verlässlichkeit des Personaleinsatzes assoziiert.

- Der Besetzungsbedarf muss strikt von konkreten Personen entkoppelt definiert werden, denn individuelle Bewegungsspielräume hängen wesentlich von der Entkopplung von festen Besetzungsanforderungen ab. Je ausdifferenzierter und unterschiedlicher die zeitlichen Mitarbeiterinteressen sind, desto mehr Abdeckungsvarianten eröffnen sich für ein- und denselben Besetzungsbedarf. Zum einen folgt daraus der Verzicht auf fixierte mitarbeiterindividuelle Dienstzeiten (Dienst „Müller“) – denn diese gehen notwendig zu Lasten der Zeitinteressen anderer. Persönliche Gestaltungsspielräume und Teamfähigkeit bei der Auslotung konkurrierender Zeitinteressen gehören mithin zusammen. Die Herausbildung von Teamfähigkeit darf nicht durch formale Privilegierungen gestört werden. Zum anderen wird damit der Zusammenhang zwischen individuellen zeitlichen Spielräumen und der Einsatzfähigkeit der Mitarbeiter deutlich, an der an solchen Spielräumen besonders interessierte Mitarbeiter mithin besonders arbeiten müssen: Je breiter die Einsetzbarkeit, desto höher der Spielraum für die Realisierbarkeit auch ausgefallener persönlicher Zeitinteressen.
- Der Besetzungsbedarf muss frei gemacht werden von überkommenen Präsenzerwartungen. Eine unvoreingenommene, sich strikt an den Anforderungen der Patienten und der internen wie externen Kunden sowie an den verfügbaren Personalkapazitäten orientierende Ermittlung des Besetzungsbedarfs wird zum Beispiel häufig ergeben, dass eine gleichzeitige Anwesenheit möglichst aller verfügbaren Mitarbeiter eher führungskulturell bedingt als

besetzungsgerecht ist. Die Führungskraft wird bei objektiver Betrachtung der Besetzungsanforderungen diese besser als im Patienten- und Kundenauftrag gebündelt vermitteln können als von ihm selbst initiierte Setzungen. Insbesondere bedarfsfremde Vorgaben wie die Dienstzeiteinhaltung auch bei geringerem Bedarf zerstört das Vertrauen in die Objektivität der Besetzungsbedarfsfestlegung. Dem Mitarbeiter unnötig erscheinende Besetzungsanforderungen können den Eindruck erwecken, Besetzungsbedarfe schränken seine Gestaltungsspielräume mehr als erforderlich ein – was die Akzeptanz auch objektiv vermittelbarer Besetzungsanforderungen insgesamt gefährden kann.

Mitarbeiterbezogene Strategien der Arbeitszeitgestaltung müssen also entgegen dem ersten Anschein gerade von der Bestimmung des Besetzungsbedarfs ausgehen, eben nicht nur, weil dieser den Rahmen für die individuellen Spielräume zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben setzt, sondern auch, weil diese Spielräume aus ihm heraus erst eröffnet werden können.

Bei allen Arbeitszeitmodellen steht die Festlegung des Besetzungsbedarfs am Anfang der Modellausgestaltung. Dabei wird eine verfügbare Personalkapazität zugrundegelegt, die anderweitig ermittelt wurde: üblicherweise leistungs- oder erlösbezogen. Mithin steht die verfügbare Personalkapazität bereits vor der Ermittlung des Besetzungsbedarfs im Grundsatz fest – abgesehen von solchen Fällen, in denen eine Mindestbesetzungsrestriktion einen höheren Personaleinsatz verlangt als betriebswirtschaftlich ermittelt. Muss zum Beispiel eine Organisationseinheit rund um die Uhr mit mindestens zwei, nachts und am Wochenende einem Mitarbeiter besetzt werden, wird aber weniger erwirtschaftet als zur Finanzierung dieser Besetzung erforderlich ist, muss die Subventionierung eines solchen Bereiches dann erwogen werden, wenn seine

Schließung oder Integration in größere Organisationseinheiten nicht in Frage kommen. Gegebenenfalls wären zusätzliche Tätigkeiten festzulegen, die aus solchen Bereichen heraus erbracht werden können.

- Für die Arbeitsplatzmethode zur Ermittlung des Personalbedarfs bleibt daher im Krankenhaus in der Regel nur noch die Rolle der Überprüfung und Plausibilisierung der Übereinstimmung des definierten Soll-Besetzungsbedarfs mit der verfügbaren Stellenausstattung. Diese Berechnung sei hier in einem kurzen Exkurs erläutert. Die Formeln zur arbeitszeitbezogenen Berechnung des Personalbedarfs stellt Abbildung 76 dar:

Ein Berechnungsbeispiel zeigt Abbildung 77 auf der Folgeseite.

Ist beispielsweise eine Personalkapazität von 10 Mitarbeitern verfügbar, dann lassen sich bei 17% Ausfallzeitenquote, einer Vertragsarbeitszeit von 38,5 Stunden/Woche und einer durchgehenden Besetzung mit 8 Stunden Arbeitszeit je Schicht in drei Schichtlagen (Früh/Spät/Nacht) in Vollarbeit beispielsweise Montag bis Freitag 4 Mitarbeiter in der Frühschicht und je zwei Mitarbeiter in der Spät- und der Nachtschicht einsetzen (Probe-rechnung: 40 Schichten pro Woche  $\times$  8 Stunden: 38,5 Stunden/Woche = 8,31 Mitarbeiter (Vollzeit);  $8,31 : (1 - [17\% : 100\%]) = 10,01$  Mitarbeiter (Vollzeit).

Für die Verknüpfung von Besetzungs- und Mitarbeiterorientierung steht mittlerweile eine breite Palette von Instrumenten zur Verfügung; diese werden nachfolgend – jeweils anhand von Praxisbeispielen und Fallstudien über die verschiedenen Berufsgruppen hinweg – vorgestellt. Dabei wurde folgende Gliederung gewählt, wobei die vorgestellten Instrumente selbstverständlich in vielfältiger Weise miteinander kombinierbar sind:

- **Team-Modelle** (Kapitel 18.2): Das sind Arbeitszeitmodelle, die auf eine eigenverantwort-



Arbeitszeitbedarf (h/w)  
 ●  $\frac{\text{Arbeitszeit} / \text{MA (h/w)}}{\text{Arbeitszeit / MA (h/w)}} = \text{Netto-Personalbedarf (vor Abwesenheitszeiten)}$   
 Arbeitszeitbedarf: Besetzungszeit x Besetzungsstärke/n, ggf. im Jahresdurchschnitt und abzüglich nicht auf die Arbeitszeit angerechneter Pausenzeit  
 Arbeitszeit / MA: Regelarbeitszeit oder hiervon abweichende Planarbeitszeit

Netto-Personalbedarf  
 ●  $\frac{\text{Netto-Personalbedarf}}{1 \text{ J. (Abwesenheitsquote (\%)) : 100 (\%)}} = \text{Brutto-Personalbedarf}$

● Der *tatsächliche* Personalbedarf bestimmt sich vor allem unter Berücksichtigung der *systemextern* (z.B. durch andere Bereiche, Zeitarbeit, Ferienhelfer) abgedeckten Abwesenheitszeiten. Er wird gemäß ● auf Grundlage der *systemintern* zu vertretenden Abwesenheitszeiten ermittelt.

Abb. 76 Formeln zur Ermittlung des Personalbedarfs<sup>67</sup>

Arbeitszeitbedarf (h/w): 320

---

Arbeitszeit/MA (h/w): 38,5 = 8,31 Netto-Personalbedarf

Abwesenheitsquote (%) 17

Netto-Personalbedarf: 8,31

---

1 J. (17 (%) : 100 (%)) = 10,01 Brutto-Personalbedarf

Abb. 77 Beispiel zur Ermittlung des Personalbedarfs

liche Abdeckung des Besetzungsbedarfes oder Teile desselben durch Abstimmung im Team abstellen.

- **Vorstrukturierungs-Modelle** (Kapitel 18.3): Hier geht es um Modelle, die den planbaren Besetzungsbedarf in möglichst gut vorausgeplanten Dienstplänen abbilden und damit die Verlässlichkeit und Vorhersehbarkeit der Planung verbessern.
- **Verlässlichkeits-Instrumente** (Kapitel 18.4): Darunter werden Arbeitszeit-Spielregeln zusammengefasst, die darauf abzielen, kurzfristige Flexibilitätsanforderungen (etwa

aufgrund von Krankheitsausfällen oder unvorhersehbaren Arbeitsspitzen) für die Mitarbeiter planbar zu machen.

- **Dienstdauer-Varianten** (Kapitel 18.5): Hierunter werden Modelle subsumiert, die Dienstdauern vorsehen, die von den üblichen Dienstdauern abweichen – 12-Stunden-Schichten anstelle üblicher 8-Stunden-Schichten im Schichtdienst sowie kürzere Bereitschaftsdienste als 24-Stunden-Standarddienste.
- **Lebensphasenorientierte Arbeitszeit-Modelle** (Kapitel 18.6): Hierunter wird die Möglichkeit zur individuellen Variation der Vertragsarbeitszeit durch die Mitarbeiter je nach persönlicher Lebenslage verstanden.

67 Diese und alle weiteren Abbildungen in Kapitel 18 wurden mit freundlicher Genehmigung von Herrmann Kutscher Weidinger Arbeitszeit und Organisation im Krankenhaus gedruckt.



## 18.2 Team-Modelle: Eigenverantwortliche Spielräume bei der Abdeckung des Besetzungsbedarfs

Eigenverantwortliche Spielräume bei der Abdeckung des Besetzungsbedarfs dienen der Auslotung individueller Zeitspielräume der Mitarbeiter. Je unterschiedlicher dabei die Interessen im Team sind, desto besser funktioniert tendenziell die Teamsteuerung. Allerdings setzen diese Modelle stets kommunikationsfähige Teamgrößen mit nicht mehr als ca. 12 Mitarbeitern voraus. Das bedeutet aber nicht, dass größere Organisationseinheiten solche Modelle nicht anwenden können: Dann werden entweder nur Teile des Besetzungsbedarfs in die Teamdisposition gegeben – etwa nur die Planung arbeitsfreier Tage oder bestimmter Dienste – oder es werden dispositionsfähige Unterteams gebildet.

Voraussetzungen funktionierender Teammodelle sind:

- klar definierte Besetzungs- bzw. Abwesenheitsvorgaben; diese sind für die Schaffung

und Nutzung individueller Gestaltungsspielräume der Mitarbeiter unabdingbar;

- eine Rückfallposition im Falle nicht funktionierender Teamsteuerung – wie es die Rückkehr zu führungsseitiger Planung sein kann – denn die Einhaltung der Besetzungsanforderungen bleibt oberstes Gebot;
- eine fairer Umgang der Beteiligten miteinander; insbesondere sollten durchsetzungsschwächere Mitarbeiter nicht zu kurz kommen, wofür die Führungskraft bei Bedarf Sorge zu tragen hat.

### Beispiel 1: Zeitfenster-Modell

Nachstehende Abbildung 78 zeigt ein einfaches Zeitfenster-System. In diesem 4:3-System<sup>68</sup>, in dem vier Oberärzte einer internistischen Klinik drei Arbeitsplätze besetzen, müssen pro Montag bis Freitag grundsätzlich drei Oberärzte anwesend sein. Dies beinhaltet zugleich, dass einer der Oberärzte abwesend sein muss. Die Sicherstellung der

68 In einem „4:3-System“ besetzen 4 Mitarbeiter (ggf. Mitarbeitergruppen) 3 Arbeitsplätze (ggf. Arbeitsplatzgruppen).

**Prinzip:** 4 Oberärzte sorgen für die gleichmäßige Besetzung des Tagdienstes mit stets 3 Ärzten – durch systematische Abwesenheitsplanung im Team, vorrangig durch Urlaub und sonstige Ausfallzeiten, nachrangig durch arbeitsfreie Tage.

Auszug aus einem Jahresdienstkalender

	Woche 1							Woche 2							Woche 3							Woche 4						
	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
Oberarzt 1																												
Oberarzt 2																												
Oberarzt 3																												
Oberarzt 4																												

	Woche 5							Woche 6							Woche 7							Woche 8						
	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
Oberarzt 1																												
Oberarzt 2																												
Oberarzt 3																												
Oberarzt 4																												

	Woche 9							Woche 10							Woche 11							Woche 12						
	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
Oberarzt 1																												
Oberarzt 2																												
Oberarzt 3																												
Oberarzt 4																												

Abb. 78 Ein 4:3-System im auf 9 Stunden (+ Pause) verlängerten Tagdienst der Oberärzte einer internistischen Klinik



Abwesenheitsvorgabe wird dadurch erreicht, dass jeweils ein sogenanntes Zeitfenster geöffnet ist, das die Anzahl der abwesend zu planenden Mitarbeiter (hier: einer) vorgibt. Über die Belegung des Zeitfensters, also die Frage, wer geplant arbeitsfrei hat, sprechen sich die Oberärzte untereinander im Team ab – u.a. zur leichteren Berücksichtigung individuell in der Regel sehr unterschiedlicher zeitlicher Präferenzen. Das Zeitfenster muss vorrangig durch Urlaub und sonstige Ausfallzeiten belegt werden, nachrangig kommen arbeitsfreie Tage zum Tragen wie diese zum Beispiel in der dritten Dienstplanwoche durch Oberarzt 1 (Dienstag und Mittwoch) und Oberarzt 2 (Donnerstag und Freitag) realisiert werden. Zugleich hat sich die Zusatz-Spielregel bewährt, dass die Absprache im Team Vorrang hat, bei Nichteinigung jedoch der „Automatismus“ eintritt, dass der Oberarzt mit dem jeweils höchsten positiven Zeitsaldo des Zeitkontos das Zeitfenster belegt, eine Spielregel, die jedoch nicht ganz unkritisch ist, da sie gegebenenfalls besonders engagierte Oberärzte durch „Pflichtfreizeit“ benachteiligt. Allerdings kürzt die Zusatz-Spielregel den Einigungsprozess im Team ab und hat den erwünschten Nebeneffekt, zu vermeiden, dass die Oberärzte nach dem höchsten Zeitsaldenstand streben, weil dieser ihre persönlichen Zeitspielräume gegebenenfalls einengt.

Die oben genannten „Spielregeln“, dass Zeitfenster vorrangig durch Urlaub und Fortbildung, nachrangig durch arbeitsfreie Tage auf Zeitkonto belegt werden sollen, ist übrigens eine in der Praxis häufig anzutreffende Steuerungsvorgabe. Hierüber hinaus sollte zur Erleichterung der Steuerung des Personaleinsatzes bei schwankendem Arbeitsanfall definiert werden, wer wann und mit welcher Ankündigungsfrist zusätzliche Zeitfenster öffnen bzw. ursprünglich geöffnete Zeitfenster wieder schließen darf. Wenn die betreffenden Mitarbeiter dies wünschen, muss auch die Gleichverteilung von bestimmten Zeitfenstern (etwa zu als ungünstig angesehenen Zeiten) sichergestellt werden. Ein weiterer Nebeneffekt der Zeitfenster-Systematik besteht darin, dass sie die funktionierende gegenseitige Vertretung fördert und auf diese Weise den Krankenhausablauf unempfindlicher gegenüber der Abwesenheit einzelner Mitarbeiter macht.

## Beispiel 2: Modulsysteme

Modulsysteme erleichtern die Teamsteuerung, indem sie unpersonalisierte Besetzungsanforderungen vorstrukturieren. Die nachstehenden drei Schaubilder (s. Abb. 79, 80 und 81) verdeutlichen dieses Prinzip am Beispiel des ärztlichen Dienstes einer Klinik für Gynäkologie/Geburtshilfe. Im ersten Schritt wurde der Besetzungsbedarf in unterschiedlich lange Module aufgeteilt, wobei die (dunkelgrauen) Vollarbeitsmodule zur Besetzung der Kernleistungszeit Montag bis Freitag bzw. hoch ausgelasteter Zeiten am Wochenende grundsätzlich jeweils zwei Stunden umfassen, wohingegen die (hellgrauen) Bereitschaftsdienstmodule für die Besetzung in den Randleistungszeiten jeweils die zu dieser Zeit insgesamt benötigte Besetzungszeit

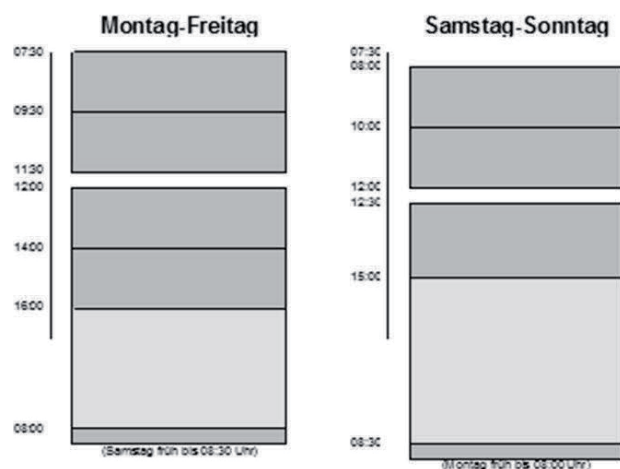


Abb. 79 Modularer Aufbau der Tagesbesetzung mit optionaler Bereitschaftsdienstgestaltung für die Gynäkologie/Geburtshilfe (1/3)



Abb. 80 Modulare Aufbau der Tagesbesetzung mit optionaler Bereitschaftsdienstgestaltung für die Gynäkologie/ Geburtshilfe (2/3)

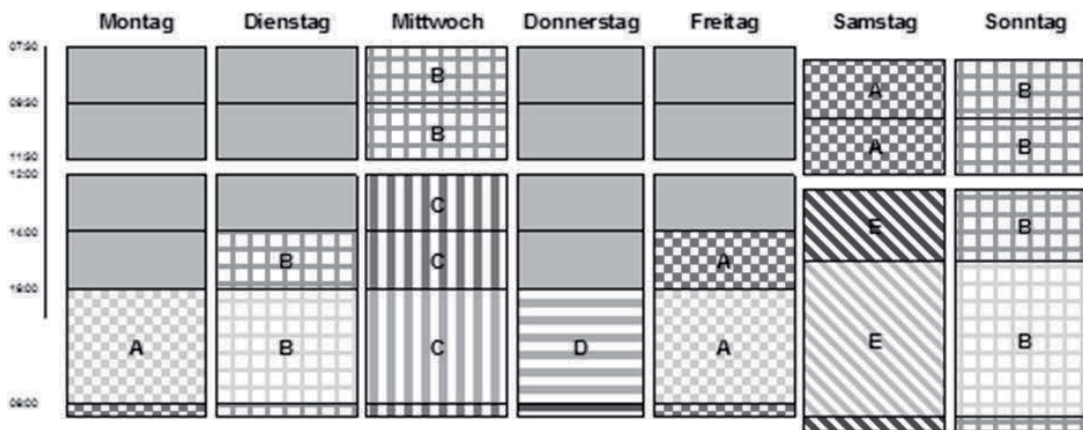


Abb. 81 Modulare Aufbau der Tagesbesetzung mit optionaler Bereitschaftsdienstgestaltung für die Gynäkologie/ Geburtshilfe (3/3)

einschließen, so dass sich die Abdeckung der Bereitschaftsdienstzeit pro Tag jeweils auf einen Arzt konzentriert.

Die unpersönliche Besetzungsvorgabe wird dadurch vervollständigt, dass die Abteilungsleiterin im Rahmen der Modulbesetzungstärken festgelegt hat, wie viele der Module die Ärzte jeweils belegen müssen. So sind beispielsweise für Montag, Dienstag und Donnerstag von 07:30–09:30 Uhr und von 09:30–11:30 Uhr jeweils vier Besetzungsmodule vorgegeben, was bedeutet, dass zu diesen Zeiten jeweils vier Ärzte anwesend sein müssen. Dagegen muss pro Tag jeweils nur ein Arzt ein Bereitschaftsdienstmodul besetzen.

Die „Übersetzung“ der unpersonalisierten Besetzungsanforderungen in einen personalisierten Dienstplan übernimmt die dienstplanführende Ärztin durch Abstimmung der Belegung der Module mit ihren Kollegen. Den Ärzten der Klinik wird die Vereinbarkeit ihres Privatlebens mit ihren beruflichen Anforderungen dadurch erleichtert, dass sie sowohl die Arbeitstage im Rahmen der Teamabstimmung individuell gestalten als auch durch Belegung einer unterschiedlichen Anzahl an Modulen die Länge ihrer Arbeitstage variieren können. Dies könnte – natürlich immer das Einverständnis der Kollegen vorausgesetzt – beispielsweise auch bedeuten, dass ein Arzt an einem festen Wochentag im-





mer nur zwei Module belegt, um an diesem Tag regelmäßig einer privaten Verpflichtung nachgehen zu können.

Abbildung 81 zeigt, welche Ärzte (A-F) im Rahmen der Dienstplanung bereits welche Module belegt haben. Noch dunkelgrauen Modulen müssen sich die Ärzte noch zuordnen, um den von der Klinikleitung festgelegten Besetzungsbedarf abzudecken.

### 18.3 Vorstrukturierungs-Modelle: Grunddienstpläne und Dienstmodule

Traditionell werden in Krankenhäusern – anders als in den meisten anderen Branchen – Monatsdienstpläne nach dem Prinzip erstellt, dass jeden Monat ein neuer Anlauf genommen wird, die Besetzungsanforderungen mit persönlichen Zeitinteressen sowie den verfügbaren Personalressourcen in Übereinstimmung zu bringen. Entgegen dem ersten Anschein führt dieses Verfahren in der Regel zu einem nicht optimalen Mix dieser drei Anforderungen. Aufgrund fehlender Vorhersehbarkeit über einen längeren Zeitraum müssen die Mitarbeiter auch längerfristige Wünsche und regelmäßige private Termine monatsweise in einem komplexen und oft aufwändigen Verfahren in den Dienstplanungsprozess einbringen. Zudem führt eine monatsweise Dienstplanung häufiger zu Abweichungen zwischen dem Besetzungsbedarf und den eingeteilten Diensten – etwa aufgrund bedarfsfremder Vorgaben wie der Orientierung an der monatlichen Sollarbeitszeit, die etwa aufgrund der Feiertage sowie unterschiedlich langer Monate eine besonders ungeeignete Grundlage der Dienstplanung darstellen. Solche Fehlanpassungen werden dann häufig vor dem Hintergrund des tatsächlichen Besetzungsbedarfs nachträglich korrigiert – zu Lasten von Planbarkeit und Verlässlichkeit der Arbeitszeit für die Mitarbeiter.

In letzter Zeit erfolgt in immer mehr Krankenhäusern eine Abkehr von den tradierten Planungsverfahren – zugunsten langfristiger, verlässlicher Vorausplanungen. Die individuellen Zeitwünsche der Mitarbeiter können dabei zum einen dadurch berücksichtigt werden, dass regelmäßige persönliche Zeitanforderungen bereits bei den Dienstrhythmen berücksichtigt werden (und deshalb nicht immer wieder neu ausgehandelt werden müssen), zum anderen gewinnen die Mitarbeiter bei langfristiger Planung eine bessere Orientierung für die persönlichen Terminierungsspielräume. Und schließlich ist eine langfristige Planung eine bessere Ausgangsgrundlage für den gegenseitigen „Naturaltausch“ von Diensten zwischen den Kollegen – im Übrigen ein wesentlicher Beitrag zur Förderung sozialer Kompetenzen im Team.

Zuletzt hat sich diese Entwicklung dadurch verstärkt, dass gemäß eines BAG-Urteils (Urt. v. 25.04.2013 – 6 AZR 800/11) zur Überstundendefinition bei Schicht- und Wechselschicht im Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (übertragbar auch auf andere Regelwerke, wie zum Beispiel die Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes) das Abgrenzungskriterium für das Entstehen von Überstunden der Schicht-/Dienstplannturnus ist. Mithin fördern Monatsdienstpläne die Entstehung gegebenenfalls zuschlagspflichtiger Überstunden aufgrund der mit ihnen verbundenen Definition des Dienstplannturnus. Hingegen kann bei durchlaufenden Dienstplänen und anderen Formen längerfristiger Dienstplanung der in den Tarifverträgen vorgesehene Ausgleichszeitraum ausgeschöpft werden. Die fortlaufende Konkretisierung und Feinplanung durchlaufender oder langfristiger Dienstpläne – etwa im Rahmen einer monatsweisen Anpassung dieser Pläne vor dem Hintergrund zwischenzeitlicher Veränderungen bei Besetzungsbedarf oder Personalverfügbarkeit – ändert hieran nichts.

**Beispiel 3: Durchlaufende Grunddienstpläne**

Beispiel 3 zeigt anhand des Pflegedienstes einer Krankenhaus-Station die fünf methodischen Schritte zur Konstruktion durchlaufender Grunddienstpläne.

*Schritt 1: Bestimmung der Standard-Dienstbesetzungen*

Die in Abbildung 82 enthaltene Tabelle strukturiert die Erhebung des Besetzungsbedarfs und erleichtert, sofern diese wie im Beispiel als „rechnende“ Excel-Tabelle angelegt ist, die Berechnung des hierfür benötigten Personalbedarfs mittels Arbeitsplatzmethode (siehe oben), wodurch sofort ersichtlich ist, ob die gewünschte Besetzung mit dem verfügbaren Personal sichergestellt werden kann.

In den vier Zeilen werden zunächst die Dienstbezeichnungen, die Dienstzeiten sowie die hiermit einhergehenden Arbeitszeiten (ohne Pausenzeit) abgetragen. Anschließend wird für jeden Wochentag, den 24. und 31.12., die in diesem Krankenhaus als sogenannte Vorfesttage arbeitsfrei sind, sowie die Feiertage festgelegt, wie viele Mitarbeiter in der jeweiligen Dienstage eingesetzt werden sollen. Da die Tabelle bereits die für das Bundesland sowie den Tarifbereich relevante Anzahl der Wochentage (hier: 2013) beinhaltet und die Spalten mit entsprechenden Berechnungsformeln hinterlegt ist, muss nur noch die Netto-Arbeitszeit (= Arbeitszeitangebot) eingetragen werden, um zu prüfen,

ob die Station in den angegebenen Besetzungsstärken auf Basis des Stellenplans besetzt werden kann. Die durchschnittliche Verfügbarkeitsquote (tatsächliche Anwesenheit der Mitarbeiter im Krankenhaus nach Abzug der Abwesenheitstage) beträgt auf dieser Station 77%; unter Berücksichtigung von 261 Arbeitstagen abzüglich 61 Abwesenheitstagen in Form von Urlaub, Zusatzurlaub, Feiertags- und Vorfesttagsfreizeitausgleich, Fortbildung und Krankheit ergeben sich 200 Arbeitstage à 7,7 Stunden und somit 1.540 Stunden jährliche Arbeitszeit für eine Vollzeitkraft. Die angegebenen Dienste und Besetzungsstärken können somit mit 14,85 VK (Vollkraft) besetzt werden.

*Schritt 2: Zuordnung der Standard-Dienstbesetzungen zu Arbeitszeitmustern*

Für die Station im Beispiel sind drei Arbeitszeitmuster zu unterscheiden. So leistet die Stationsleitung als Vollzeitkraft (VK) überwiegend Frühdienste von Montag bis Freitag und hilft nur bei unvorhergesehenen Abwesenheitszeiten in anderen Diensten aus. Fünf Teilzeitkräfte übernehmen überwiegend die Früh- und Spätdienste von Freitag bis Sonntag/Feiertag und Vorfesttage. Hierüber hinaus arbeiten sie bei Bedarf vertretungsweise Montag bis Donnerstag. Die VK-Anteile betragen zwischen 0,25–0,4 VK und summieren sich insgesamt auf 1,7 VK. Die verbleibenden Dienste werden von den übrigen 16 Pflegekräften mit insgesamt 12 VK über-

**Besetzungs- und Personalbedarf Beispielstation gesamt**

		Anzahl 2013											Summe/Jahr	
		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	24.12./31.12.	Feiertag				
		50	50	50	48	50	52	52	2	11			365	
Dienst	Uhrzeit	Besetzungsstärke												
Frühdienst Leitung	07:24-15:36	7,70	1	1	1	1	1						1.910	
Frühdienst	05:54-14:06	7,70	4	4	4	4	4	3	3	3	3		10.341	
Spätdienst	13:24-21:36	7,70	3	3	3	3	3	2	2	2	2		7.531	
Nachtdienst	21:08-06:22	8,45	1	1	1	1	1	1	1	1	1		3.084	
											<b>Gesamt</b>	<b>22.866</b>		
											Arbeitszeitangebot	1.540 Stunden		
											Stellenbedarf gesamt	14,85 VK		

Abb. 82 Konstruktion eines durchlaufenden Grunddienstplans – Bestimmung des Besetzungs- und Personalbedarfs



nommen. Die drei Tabellen in der folgenden Abbildung 83 fassen die Aufteilung dieser Besetzung zusammen und geben den jeweils für das einzelne Arbeitszeitmuster benötigten Personalbedarf an.

### Schritt 3: Konstruktion der einzelnen Grunddienstpläne

Jeweils für einen Mitarbeiter jedes Arbeitszeitmusters wird ein Grunddienstplan erstellt, sodass im Beispiel drei Grunddienstpläne erforderlich sind, die später zu einem Gesamt-Grunddienstplan zusammengefügt werden. Die Aufstellung des Grunddienstplans für jeweils einen Mitarbeiter des Arbeitszeitmusters ist ausreichend, da es zum Wesen eines Grunddienstplans gehört, dass gegebenenfalls die jeweils anderen Mitarbeiter desselben Arbeitszeitmusters den Grunddienstplan wochenweise versetzt durchlaufen. Die-

ses Prinzip wird in Abbildung 85 anhand des zweiten Arbeitszeitmusters für die Teilzeitkräfte verdeutlicht.

Der obigen Reihenfolge folgend soll zuerst der Grunddienstplan für die Stationsleitung gestaltet werden (s. Abb. 84). Es handelt sich hier um einen denkbar einfachen Grunddienstplan, da die Stationsleitung Vollzeit und grundsätzlich ausschließlich im Frühdienst arbeitet.

Dieser Grunddienstplan läuft angesichts dessen, dass in diesem nur ein Mitarbeiter eingeteilt ist, über eine Woche, wiederholt sich hiernach, wobei er in diesem einfachen Fall von demselben Mitarbeiter erneut durchlaufen wird. In diesem Grunddienstplan beträgt die durchschnittlich eingeteilte Wochenarbeitszeit 38,5 Stunden (5 Tage à 7,7 Stunden), sodass die Stationsleitung ihre vertragliche Arbeitszeit komplett leistet, sofern es

**Besetzungs- und Personalbedarf Beispielstation Leitung**

Dienst	Uhrzeit	Arbeitszeit/h	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	24.12./31.12.	Feiertag	Summe/Jahr	
<b>Besetzungsstärke</b>													
Frühdienst Leitung	07:24-15:36	7,70	1	1	1	1	1					1.910	
Frühdienst	05:54-14:06	7,70										0	
Spätdienst	13:24-21:36	7,70										0	
Nachtdienst	21:08-06:22	8,45										0	
											<b>Gesamt</b>	<b>1.910</b>	
												Arbeitszeitangebot	1.540 Stunden
												Stellenbedarf gesamt	1,24 VK

**Besetzungs- und Personalbedarf Beispielstation Wochenend-Teilzeitkräfte**

Dienst	Uhrzeit	Arbeitszeit/h	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	24.12./31.12.	Feiertag	Summe/Jahr	
<b>Besetzungsstärke</b>													
Frühdienst Leitung	07:24-15:36	7,70										0	
Frühdienst	05:54-14:06	7,70					1	1	1	1	1	1.286	
Spätdienst	13:24-21:36	7,70					1	1	1	1	1	1.286	
Nachtdienst	21:08-06:22	8,45										0	
											<b>Gesamt</b>	<b>2.572</b>	
												Arbeitszeitangebot	1.540 Stunden
												Stellenbedarf gesamt	1,67 VK

**Besetzungs- und Personalbedarf Beispielstation alle anderen Pflegekräfte**

Dienst	Uhrzeit	Arbeitszeit/h	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	24.12./31.12.	Feiertag	Summe/Jahr	
<b>Besetzungsstärke</b>													
Frühdienst Leitung	07:24-15:36	7,70										0	
Frühdienst	05:54-14:06	7,70	4	4	4	4	3	2	2	2	2	9.055	
Spätdienst	13:24-21:36	7,70	3	3	3	3	2	1	1	1	1	6.245	
Nachtdienst	21:08-06:22	8,45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3.084	
											<b>Gesamt</b>	<b>18.384</b>	
												Arbeitszeitangebot	1.540 Stunden
												Stellenbedarf gesamt	11,94 VK

Abb. 83 Konstruktion eines durchlaufenden Grunddienstplans – Zuordnung der Standard-Dienstbesetzungen zu Arbeitszeitmustern







MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
F	F	F	F	F	F	F
F	F	F	F	F	F	F
F	F	F	F	F		
F	F	F	F			
S	S	S	S	S	S	S
S	S	S	S	S		
S	S	S	S			
N	N	N	N	N	N	N
V	V	V	V	V	V	V
V	V	V	V	V	V	V

Abb. 86 Konstruktion eines durchlaufenden Grunddienstplans – Konstruktion Grunddienstplan Pflegekräfte, Darstellung der einzuteilenden Dienste

dienstplan ein und jeder Mitarbeiter hat nach 12 Wochen den Grunddienstplan einmal komplett durchlaufen, wie anhand Abbildung 88 auf der Folgeseite nachvollzogen werden kann.

Schließlich werden für den Stationsdienstplan die drei Grunddienstpläne zusammengeführt, so dass tagesbezogen die planungsseitige Einhaltung der Besetzungsvorgabe aus Schritt 1 ersichtlich ist, wie in der Abbildung 89 dem „Dienstezähler“ (= Anzahl Dienste) entnommen werden kann. Zu beachten ist, dass Abbildung 89 lediglich vier Wochen enthält, in denen sich der Grunddienstplan der Stationsleitung viermal wie-

derholt, vom Grunddienstplan der Teilzeitkräfte die letzte und vom Grunddienstplan der Pflegekräfte acht Wochen fehlen.

*Schritt 4: Ausrollen des Gesamt-Grunddienstplans auf den jeweiligen Schichtplanturnus*

An die Konstruktion des Gesamt-Grunddienstplans schließt sich nun noch das Ausrollen auf den jeweiligen Schichtplanturnus – beispielsweise ein Kalenderjahr – an. Zum besseren Verständnis der Darstellung enthält die Abbildung 90 einen Ausschnitt des ausgerollten Jahres-Grunddienstplans für drei Wochen im Mai und Juni 2014.

*Schritt 5: Konkretisierung des Grunddienstplans im Schichtplanturnus unter Einhaltung der vereinbarten Vorlaufzeiten*

Der letzte Konstruktionsschritt für durchlaufende Grunddienstpläne beinhaltet deren Konkretisierung auf Basis der tatsächlichen Gegebenheiten wie beispielsweise der Urlaubsplanung. Der zu Abbildung 90 zeitlich identische Ausschnitt des Grunddienstplans zeigt u.a. (s. Abb. 91), dass die Stationsleitung vom 26.–30.05.2014 Urlaub hat. Ihre Vertretung übernimmt Mitarbeiter 5, der sich in dieser Woche im Vertretungszeitraum befindet.

Woche	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
1	F	F	F	F	F		
2	S	S			F	F	F
3	N	N	N				
4	F	F	F	F		S	S
5			S	S		V	V
6	V	V	V	V	V		
7	F	F	F	F	F		
8	S	S	S	N	N	N	N
9			S	S	S		
10	F	F	F	F		F	F
11	S	S		S	S		V
12	V	V	V	V	V	V	

Woche	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
1	F	F	S	S	N	N	N
2			F	F	S	S	S
3	N	N			F	F	F
4	S	S	N	N			
5	F	F	F	F			
6	S	S	S	S	S		
7					F	F	F
8	S	S	S	S			
9	F	F	F	F	F		
10	F	F	F	F		V	V
11	V	V	V	V	V	V	V
12	V	V	V	V	V		

Abb. 87 Konstruktion eines durchlaufenden Grunddienstplans – Konstruktion Grunddienstplan Pflegekräfte, Gestaltungsbeispiele







MA		26.05.2014	27.05.2014	28.05.2014	29.05.2014	30.05.2014	31.05.2014	01.06.2014	02.06.2014	03.06.2014	04.06.2014	05.06.2014	06.06.2014	07.06.2014	08.06.2014	09.06.2014	10.06.2014	11.06.2014	12.06.2014	13.06.2014	14.06.2014	15.06.2014		
	Leitung	FL	FL	FL	FL	FL			FL	FL	FL	FL	FL			FL	FL	FL	FL	FL	FL	FL	FL	
Wochenend-TZ	1 (25%)					F	F	F								V	V	V	V	V	V	V	V	
	2 (40%)												F	F	F									
	3 (35%)					S	S	S												F	F	F		
	4 (30%)		V	V	V	V	V	V					S	S	S							S	S	
	5 (40%)								V	V	V	V	V	V	V						S	S	S	
alle anderen Mitarbeiter	1 (100%)			S	S	S			F	F	F	F		F	F	S	S		S	S			V	
	2 (60%)	S	S	S							S	S	S										F	F
	3 (60%)			N	N	N	N									F	F	F	F					
	4 (100%)	F	F	F	F	F			S	S	S	N	N	N	N				S	S	S			
	5 (85%)	V	V	V	V	V			F	F	F	F	F			S	S	S	N	N	N			
	6 (100%)			S	S				V	V	V	V	V			F	F	F	F	F				
	7 (60%)			F	F			S	S					V	V	V	V							
	8 (50%)	F	F								S	S							V	V	V			
	9 (100%)	N	N	N					F	F	F	F		S	S				S	S			V	V
	10 (100%)	S	S			F	F	F	N	N	N					F	F	F	F			S	S	
	11 (80%)	F	F	F	F	F			S	S				F	F	F	N	N	N					
	12 (50%)	V	V	V	V	V	V			F	F	F				S	S				F	F	F	
	13 (50%)											F	F											
	14 (65%)				S	S			V	V	V	V				F	F	F						
	15 (40%)	S	S										V	V	V					F	F			
	16 (100%)	F	F	F	F			F	F	S	S		S	S		V	V	V	V	V	V	V	V	V

Anzahl Dienste		FL	F	S	N
FL		1	1	1	1
F		4	4	4	4
S		3	3	3	3
N		1	1	1	1

Abb. 90  
Konstruktion eines durchlaufenden Grunddienstplans – auf den Schichtplaturmus ausgerollter Gesamt-Grunddienstplan

MA		26.05.2014	27.05.2014	28.05.2014	29.05.2014	30.05.2014	31.05.2014	01.06.2014	02.06.2014	03.06.2014	04.06.2014	05.06.2014	06.06.2014	07.06.2014	08.06.2014	09.06.2014	10.06.2014	11.06.2014	12.06.2014	13.06.2014	14.06.2014	15.06.2014		
	Leitung	U	U	U	U	U			FL	FL	FL	FL	FL			FL	FL	FL	FL	FL	FL	FL	FL	
Wochenend-TZ	1 (25%)						F	F	F															
	2 (40%)												F	F	F									
	3 (35%)					S	S	S												F	F	F		
	4 (30%)												S	S	S						S	S	S	
	5 (40%)																				S	S	S	
alle anderen Mitarbeiter	1 (100%)			S	S	S			F	F	F	F		F	F	S	S		S	S				
	2 (60%)	S	S	S							S	S	S										F	F
	3 (60%)			N	N	N	N									F	F	F	F					
	4 (100%)	F	F	F	F	F			U	U	U	U	U	U	U			U	U	U				
	5 (85%)	FL	FL	FL	FL	FL			F	F	F	F	F			S	S	S	N	N	N			
	6 (100%)			S	S			F	F	N	N	N				F	F	F	F					
	7 (60%)			F	F			S	S										S	S	S			
	8 (50%)	F	F								S	S							S	S	S			
	9 (100%)	N	N	N					F	F	F	F		S	S				S	S				
	10 (100%)	U	U			U	U	U	U	U	U					U	U	U	U			U	U	
	11 (80%)	F	F	F	F	F			S	S				F	F	F	N	N	N					
	12 (50%)	S	S			F			F	F	F					S	S				F	F	F	
	13 (50%)											F	F											
	14 (65%)				S	S			S	S	S					F	F	F						
	15 (40%)	S	S									N	N	N	N					F	F			
	16 (100%)	F	F	F	F			F	F	S	S		S	S		F	F	F	F			S	S	

Anzahl Dienste		FL	F	S	N
FL		1	1	1	1
F		4	4	4	4
S		3	3	3	3
N		1	1	1	1

Abb. 91  
Konstruktion eines durchlaufenden Grunddienstplans – Konstruktion Grunddienstplan Pflegekräfte, Konkretisierung des ausgerollten Gesamt-Grunddienstplans

Beispiel 4: Dienstmodule

In Dienstmodulen werden Teile des Besetzungsbedarfes in Dienstrhythmen vorstrukturiert. Diese lassen sich beispielsweise dann nutzen, wenn nur wenige Dienste zu besetzen sind, die von einem Standard-Tagdienst an den Tagen Montag bis Freitag abweichen; dies ist zum Beispiel regelmäßig im ärztlichen Dienst der Fall, wo die Dienste außerhalb des Tagdienstes in vorstrukturierten Dienstmodulen zusammengefasst werden können und langfristig vorausgeplant werden, während die Feinanpassung der Tagesbesetzung (Planung arbeitsfreier Tage, gegebenenfalls versetzte Dienste, Kompensation von Ausfallzeiten, Verteilung der Mitarbeiter auf die zu besetzenden Positionen) kurzfristiger vorgenommen wird.

Im nachstehenden zweiwöchigen Dienstmodul (s. Abb. 92) werden die nächtlichen Bereitschaftsdienste am Stück geleistet, wobei der Nachtdienstblock in zwei Teilblöcke zugunsten der Reduzierung der Anzahl in Folge zu leistender Nachtdienste aufgeteilt ist. Mitarbeiter 1 absolviert die Nachtdienste von Montag bis Donnerstag am Stück, wohingegen Mitarbeiter 2 die „fehlenden“ Nächte von Freitag bis Sonntag in Folge arbeitet. Diese Nachtdienstmodule haben zur Folge, dass aufgrund des Wechsels von Modul 1 zu Modul 2 am Freitag bzw. von Modul 2 zu Modul 1 am Montag an diesen Tagen jeweils ein

Arzt mehr im Tagdienst abwesend ist und somit für die Arbeit zu den Kernleistungszeiten nicht zur Verfügung steht. Insofern sollten Dienstmodule für die Nachtdienste gegebenenfalls so aufgeteilt werden, dass der Wechsel von einem Modul zum nächsten möglichst an Tagen vorgesehen wird, die durch ein niedrigeres Arbeitsaufkommen gekennzeichnet sind – beispielsweise, wenn weniger OP-Säle geplant werden oder keine Sprechstunden stattfinden. Die um einen Arzt höhere Abwesenheit am Montag bzw. am Freitag kann dadurch gemildert werden, dass der Bereitschaftsdiensthabende am Donnerstag bzw. am Sonntag mit seinem Dienst später endet oder der Bereitschaftsdiensthabende am Freitag bzw. am Montag früher mit seinem Dienst beginnt.

Zugunsten der Verbesserung der langfristigen Planbarkeit der Dienstplanung für die Mitarbeiter hat ein Krankenhaus die Vergabe der zwei jeweils über zwei Wochen laufenden Dienstmodule ein Kalenderjahr im Voraus geplant (s. Abb. 93), wobei die Modulwochen in den Zeilen NB aus der Abbildung 92 die Modulwochen für Mitarbeiter 1 aufgreifen, wohingegen die mit „2TN und 2T“ beschrifteten Module Mitarbeiter 2 darstellen. Zur Vereinfachung der Planung werden die vier Modulwochen jeweils in Folge geleistet, was im Umkehrschluss jeweils zu zehn Dienstplanwochen außerhalb der Dienstmodule führt. Abweichungen von dieser Jahresmo-

MA	Woche 1										Woche 2					
	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
1																
R/T																
NB																

MA	Woche 1										Woche 2					
	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
2																
R/T																
NB																

Abb. 92 Beispiel für ein geteiltes Dienstmodul mit zusätzlich reduzierter Tagdienstbesetzung montags und freitags

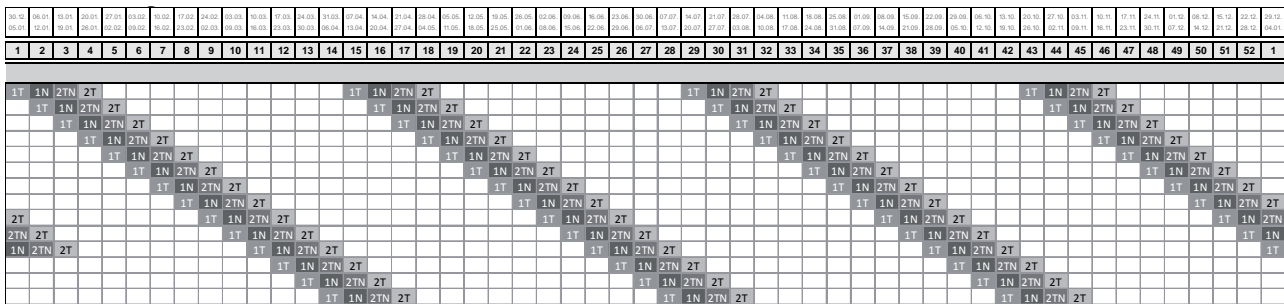


Abb. 93 Jahresmodulplanung

dulplanung sind auf freiwilliger Basis möglich, wenn die Mitarbeiter Dienstmodule tauschen möchten, was die eigenverantwortliche Suche nach einem interessierten Tauschpartner voraussetzt.

**Fallstudie 1: Abdeckung des assistenzärztlichen Besetzungsbedarfs mit realistischen Dienstzeiten in einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin**

Die Veränderungen bei der arbeitszeitschutzrechtlichen Bewertung zum Anlass nehmend, modifizierten die Verantwortlichen eines Krankenhauses das nachstehende klassische Regeldienst-Bereitschaftsdienst-Modell ihrer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (s. Abb. 94). Dieses war nicht mehr rechtskonform und aufgrund von Weiterarbeit am Folgetag über das geplante Dienstende hinaus zudem zunehmend auf Kritik

bei (vor allem jüngeren) Assistenzärzten gestoßen, die im Zuge dessen ihre privaten Pläne häufig nicht realisieren konnten.

Nach knapp einem Jahr Entwicklungsarbeit, einer neunmonatigen Pilotphase sowie Modifikationen am erprobten Dienstmodell verankerten die ärztlichen Interessengruppen, Vertreter der Mitarbeitervertretung, der Geschäftsführung sowie die Personalleitung für die Assistenzärzte ein 3-Schicht-Modell, das ausschließlich Vollarbeitsdienste enthält und auf Bereitschaftsdienst komplett verzichtet, in einer Dienstvereinbarung.

Mit Hilfe eines Tools<sup>69</sup> zur Ermittlung der für die Aufgabenerledigung jeweils erforderlichen Mindestbesetzungsstärken hatten die Beteiligten den in den Abbildungen 95 und 96

69 Das Tool zur Personalbedarfsbestimmung und grafischen Darstellung des Besetzungsbedarfs kann unter [http://www.arbeitszeitberatung.de/07\\_tools/download/besetzungsbedarf.zip](http://www.arbeitszeitberatung.de/07_tools/download/besetzungsbedarf.zip) heruntergeladen werden.

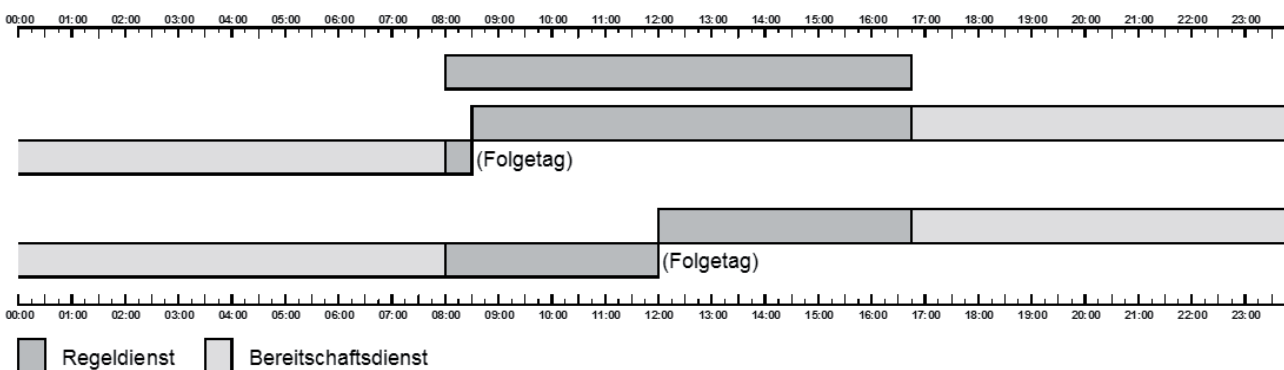


Abb. 94 Prinzipdarstellung – Klassisches Regeldienst-Bereitschaftsdienstmodell

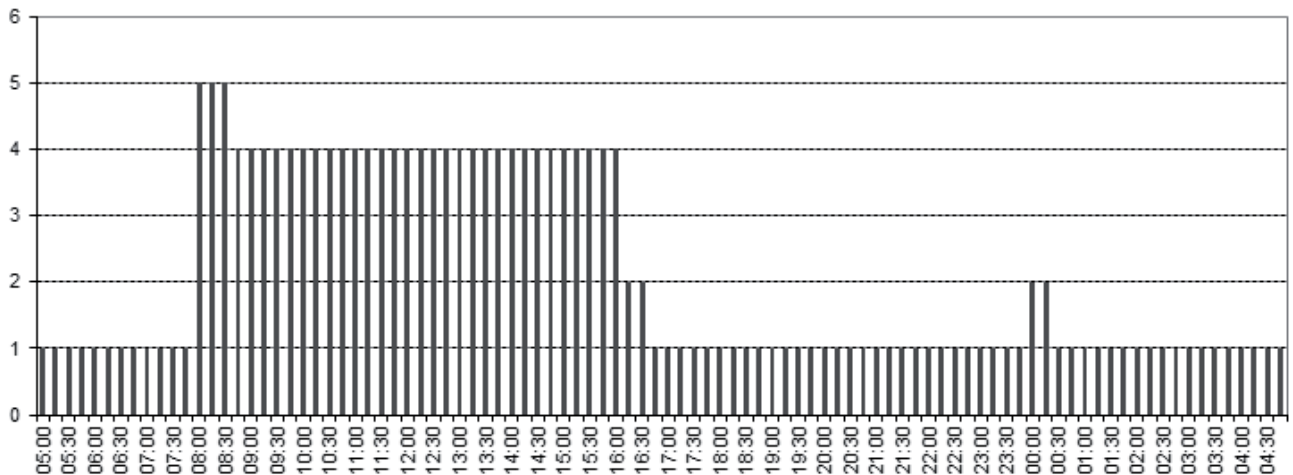


Abb. 95 Besetzungsbedarf von Montag bis Freitag in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

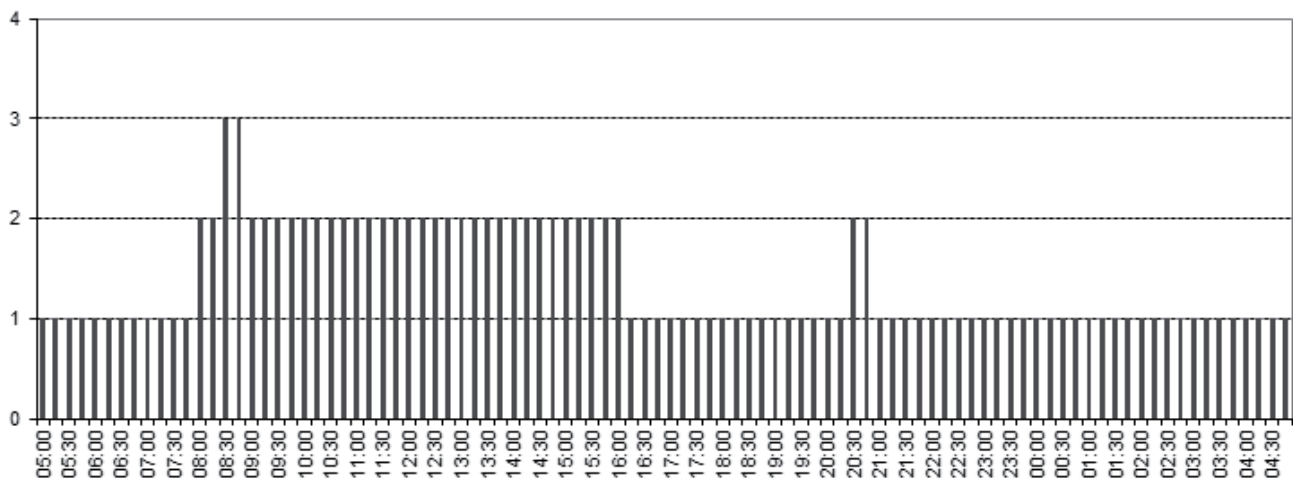


Abb. 96 Besetzungsbedarf Samstag/Sonntag/Feiertag in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

dargestellten assistenzärztlichen Besetzungsbedarf differenziert für Montag bis Freitag bzw. Samstag/Sonntag/Feiertag beschrieben und anschließend in eine Dienststruktur aus Diensten und Dienstzeiten „übersetzt“, mit deren Hilfe die bedarfsgerechte Besetzung der Abteilung sichergestellt wird.

Die „Übersetzung“ des Besetzungsbedarfs in eine bedarfsgerechte Dienststruktur beinhaltet von Montag bis Freitag einen Frühdienst, drei etwas verlängerte Tagdienste, einen Spätdienst und einen Nachtdienst. An Wochenenden und an Feiertagen arbeiten die Ärzte in zwei unterschiedlich langen Tagdiensten und

in einem Nachtdienst – wie die Dienststruktur in den Abbildungen 97 und 98 verdeutlicht.

Im Einzelnen gelten folgende Dienst-, Arbeits- und Pausenzeiten (s. Tab. 96).

Zugunsten kontinuierlicher Patientenbetreuung hat die Abteilung zwei Teams – „Station“ und „Schicht“ gebildet. Das aus vier Assistenzärzten bestehende Team „Station“ ist während der Kernleistungszeiten für die Betreuung von drei peripheren Stationen verantwortlich und besetzt von Montag bis Freitag die drei leicht verlängerten Tagdienste sowie Samstag/Sonntag/Feiertag die kurzen Tagdienste, die übrigens gesondert vergütet werden. Dadurch, dass immer mindestens



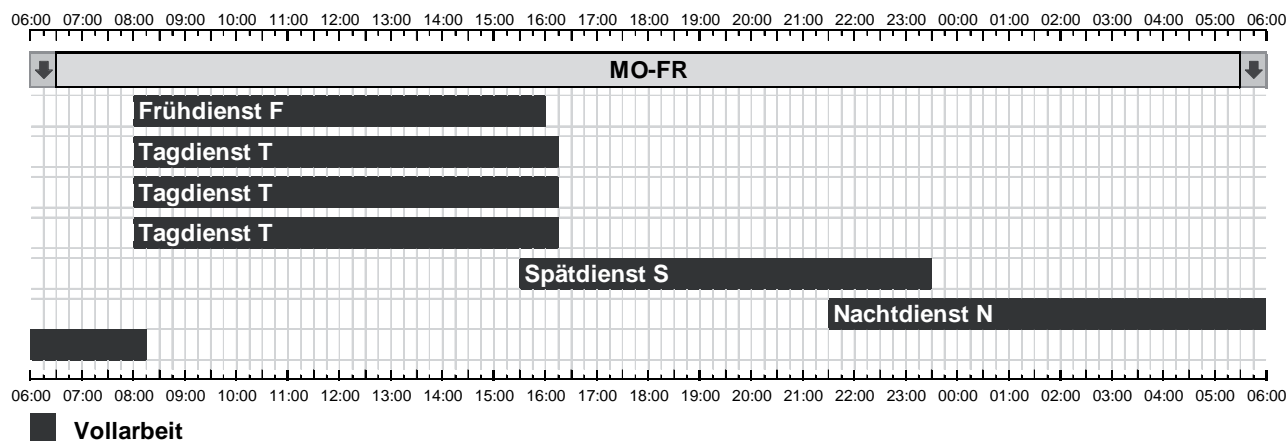


Abb. 97 Dienststruktur von Montag bis Freitag in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

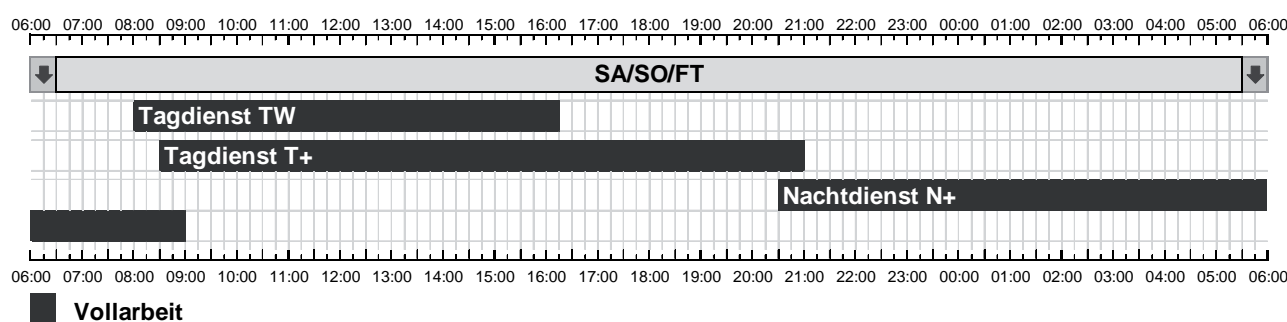


Abb. 98 Dienststruktur Samstag/Sonntag/Feiertag in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Tab. 96 Die bedarfsgerechte Dienststruktur im Detail

Dienst	Wochentage	Dienstzeit	Arbeitszeit in h	Pausenzeit in h
F = Frühdienst	MO-FR	08:00–16:00	7,5	0,5
S = Spätdienst	MO-FR	15:30–23:30	7,5	0,5
N = Nachtdienst	MO-FR	21:30–08:15	10	0,75
T = Tagdienst	MO-FR gegebenenfalls 1	08:00–16:12 12:00–20:12	7,7	0,5
TW = Tagdienst	SA/SO/FT	08:00–16:12	7,7	0,5
T+ = Tagdienst	SA/SO/FT	08:30–21:00	11,75	0,75
N+ = Nachtdienst	SA/SO/FT	20:30–09:00	11,75	0,75
V = Vertretung	MO-SO/FT	abhängig vom zu vertretenden Dienst	4	abhängig vom zu vertretenden Dienst

drei oder manchmal sogar vier Assistenzärzte im Tagdienst tätig sind, wird die Kontinuität auf den peripheren Stationen sichergestellt. Sofern vier Ärzte verfügbar sind, arbeiten drei

von ihnen im normalen Tagdienst (08:00–16:12 Uhr), während der vierte erst mittags mit der Arbeit beginnt (12:00–20:12 Uhr), um den auf der Früh- und Neugeborenen-

Intensivstation tätigen und zugleich für die Aufnahme zuständigen Mitarbeiter im Spätdienst des Teams „Schicht“ (siehe nachstehend) zu entlasten. Die Mitarbeiter sprechen die Besetzung der Stationen untereinander ab. Die Wochenarbeitszeit beträgt 38,5 Stunden und entspricht damit für Vollzeitbeschäftigte genau der tarifvertraglichen Arbeitszeit.

Die fünf Assistenzärzte im Team „Schicht“ arbeiten rund um die Uhr auf der Früh- und Neugeborenen-Intensivstation, übernehmen nachts und am Wochenende die Aufnahme und die Betreuung der drei peripheren Stationen. Hierzu werden sie von Montag bis Freitag in den drei Schichtlagen Früh, Spät, Nacht sowie Samstag/Sonntag/Feiertag in den zwei Schichtlagen Tag und Nacht eingeteilt. Von den fünf Assistenzärzten des Teams „Schicht“ sind, wie Abbildung 99 zeigt, pro Tag drei in den drei Dienstlagen im Einsatz, einer hat frei und einer ist im Urlaub. Für dieses Team gilt der jeweils über fünf Wochen laufende Grunddienstplan, wobei die gepunkteten Felder die für Vertretungsdienste vorgesehenen Tage kennzeichnen.

Die Mitarbeiter steigen, wie oben im Abschnitt zu Grunddienstplänen bereits beschrieben, wochenweise versetzt in den Dienstplan ein. Nach Ablauf eines 5-wöchigen Dienstplanzyklus hat jeder Mitarbeiter den Dienstplan einmal komplett durchlaufen. Die dienstplanmäßige Arbeitszeit in den

fünf verschiedenartigen Dienstplanwochen lässt sich aus Tabelle 97 ablesen.

Tab. 97 Dienstplanmäßige Arbeitszeit in den fünf verschiedenartigen Dienstplanwochen

Woche 1	63,5 Stunden
Woche 2	30,5 Stunden
Woche 3	39 Stunden
Woche 4	27 Stunden
Woche 5	40 Stunden
5-Wochen-Summe	200 Stunden

Somit arbeitet jeder Arzt im 5-Wochen-Zeitraum durchschnittlich 40 Stunden pro Woche (200 Stunden/Woche : 5 Wochen). Das für jeden Mitarbeiter geführte Zeitkonto bewegt sich nicht, solange er wie im Dienstplan vorgesehen arbeitet. Die Differenz zwischen dienstplanmäßiger Wochenarbeitszeit von 40 Stunden und vertraglicher Arbeitszeit von 38,5 Stunden pro Woche für vollzeitbeschäftigte Assistenzärzte in Höhe von 1,5 Stunden pro Woche wird als zuschlagspflichtige Überstunde gemäß Tarifvertrag vergütet. Auf Basis des angewendeten Ausfallprinzips kommt es an Urlaubstagen zu Saldierungen auf dem Zeitkonto. So werden im Urlaubsfall beispielsweise für hierdurch ausgefallene Frühdienste pro Dienst 0,5 Stunden vom Zeitkon-

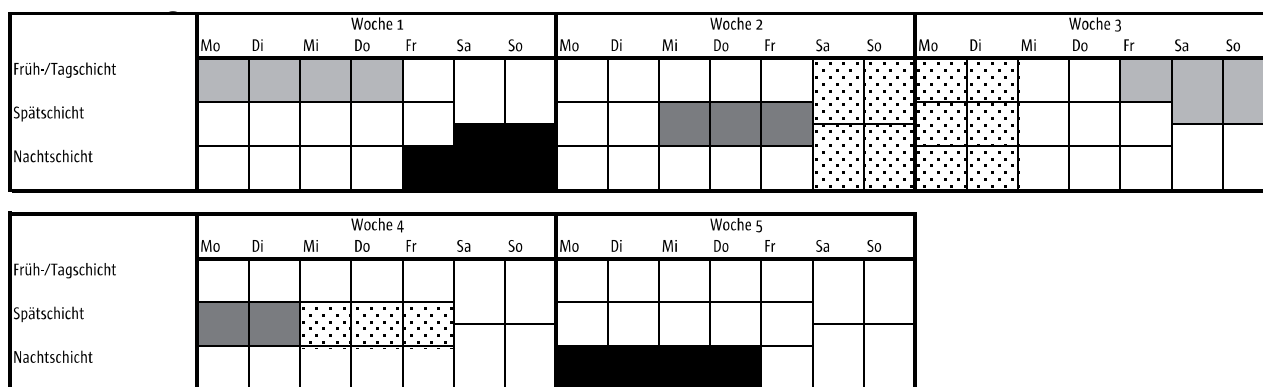


Abb. 99 5-Wochen-Grunddienstplan des Teams „Schicht“



to abgebucht, für Tagdienste am Samstag hingegen 3,75 Stunden gut geschrieben. Wenn der Mitarbeiter eine Vertretung leistet, wird auf seinem Zeitkonto die Differenz zwischen der für „V“ geplanten Arbeitszeit in Höhe von vier Stunden sowie der Dienstzeit des vertretenen Dienstes gut geschrieben – zum Beispiel für einen Spätdienst 3,5 Stunden.

Zusammenfassend lassen sich folgende Erfahrungen des Wechsels vom klassischen Regeldienst-Bereitschaftsdienst-Modell zum fünfwöchigen Grunddienstplan mit ausschließlich Vollarbeit feststellen:

- Das Schichtmodell ist rechtskonform, da die maximal zulässige Tageshöchstleistungszeit von 24 Stunden unterschritten, die durchschnittliche Wochenhöchstleistungszeit von 48 Stunden eingehalten und die tägliche Ruhezeit von 11 Stunden aufgrund der im Grunddienstplan verankerten Dienstfolgen sichergestellt wird.
- Die Zufriedenheit der Assistenzärzte ist – vorrangig aufgrund der höheren Planbarkeit der Freizeit, aber auch wegen der Reduzierung der Wochenendarbeit bedingt durch die langen Dienste am Wochenende – gestiegen; im Übrigen trotz eines monatlichen Netto-Gehaltsverlustes in Höhe von ca. € 50–100 pro Assistenzarzt.
- Die **Assistenzärzte** mussten sich an arbeitsorganisatorische Veränderungen gewöhnen, derart, dass zum Beispiel der zum Nachtdienst eingeteilte Mitarbeiter morgens vor der 8:30-Uhr-Besprechung bereits Tätigkeiten auf den Stationen wie zum Beispiel Blutentnahmen oder Kodierungsarbeiten im Rahmen der DRGs ausübt. Des Weiteren sind Kurzbesprechungen zur Übergabe vom Früh- auf den Spätdienst sowie vom Spät- auf den Nachtdienst erforderlich.
- Die **Fachärzte** mussten sich an mehr persönliche Präsenz und ärztliche Tätigkeiten am Patienten auf den Stationen gewöhnen. Die Betreuungskontinuität auf den Stationen lag zumindest in der Anfangsphase dieses Modells mehr bei den Fachärzten. So hatten diese insbesondere die Gespräche mit den Patienten und/oder deren Eltern zu führen sowie Spezialuntersuchungen vorzunehmen.
- Die **Chefärzte** mussten lernen, damit umzugehen, dass bei der morgendlichen Besprechung nicht mehr sämtliche Ärzte anwesend sind.
- Die Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst hat sich angesichts stärker korrespondierender Arbeitszeiten beider Berufsgruppen verbessert.
- Aus Sicht des Krankenhauses sind der wirtschaftliche Effekt der Einsparung von Bereitschaftsdienstvergütung in Höhe von ca. 75 % des Bruttogehaltes eines Assistenzarztes sowie der verstärkte Eingang von zuvor rückläufigen Bewerbungen für die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin erwähnenswert.
- Das Dienstmodell trägt der für die Abrechnung der DRGs von den Krankenkassen gestellten Anforderung Rechnung, wonach gemäß OPS-Prozedur „8–980“ auf der Intensivstation die Patienten kontinuierlich 24 Stunden von Ärzten zu überwachen sind. Es muss eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation gewährleistet sein.

## 18.4 Verlässlichkeits-Instrumente: Flexibilitätsanforderungen mitarbeiterseits planbar machen

### 18.4.1 Überblick

Unter Vereinbarkeitsgesichtspunkten sollten betriebliche Flexibilitätsanforderungen für die Mitarbeiter so planbar wie möglich gemacht werden. Üblicherweise sind mehr als 80% der Besetzungsanforderungen im Krankenhaus planbar, aber auch die übrigen 20% sind zumindest hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit ihres Eintretens kalkulierbar.

Zwar sind weder medizinische Notfälle noch kurzfristige Krankheitsausfälle im Einzelfall vorhersehbar – ihre durchschnittliche Häufigkeit ist aber, wenn man ihr Aufkommen der Vergangenheit betrachtet, gut messbar. Sie betreffen in der Regel eine bestimmte Anzahl von Mitarbeitern in bestimmten Zeitabschnitten. Dennoch wird in Krankenhäusern auch auf in dieser Weise kalkulierbare Besetzungsanforderungen oftmals einzelfallbezogen und ad hoc reagiert: Typische Beispiele sind Spontanabrufe aus dem Frei im Bereich des Pflegedienstes oder die nachmittäglichen Diskussionen im ärztlichen Dienst über die weitere Bewältigung des Patientenaufkommens im OP-Bereich.

Vereinbarkeitsorientierte Arbeitszeitstrategien, die auch in Arbeitsbereichen mit hohem Flexibilitätsbedarf verlässliche Dienstzeiten ermöglichen können sollen, sind demgegenüber an folgenden Grundprinzipien ausgerichtet:

1. Der planbare Anteil des Besetzungsbedarfs sollte in ebenso verlässlich vorhersehbare, also feste Dienstzeiten münden. Von diesen Dienstzeiten sollte daher nur in wenigen Ausnahmen, etwa bei nicht verschiebbaren oder delegierbaren Notfallanforderungen zu Dienstende, abgewichen werden können – und ansonsten ein pünktliches Dienstende angestrebt werden.
2. Erweiterte Besetzungsbedarfe, die über die Dauer der Standard-Tagdienste hinausgehen, sollten mit entsprechend planbar verlängerten oder versetzten Diensten abgedeckt werden, damit es nicht vorhersehbar zu Dienstzeitabweichungen kommt. So sollten etwa vorhersehbar längere Betriebszeiten in Funktionsbereichen mit passgerechten differenzierten Dienstzeiten abgedeckt werden.
3. Nicht planbare Anteile des Besetzungsbedarfs sollten mit ihrer Wahrscheinlichkeit hinsichtlich Häufigkeit und Dauer vorauskalkuliert werden. Auf dieser Basis sollten dann entsprechende Dienstarten (Flexi-Dienste, Stand-by-Dienste, Vertretungsdienste, Poolmodell) geschaffen werden, auf die die Mitarbeiter sich dienstplanmäßig einstellen können und die zugleich dafür sorgen, dass die übrigen Kollegen feste Dienstzeiten weitestmöglich einhalten können bzw. sich darauf verlassen können, an dienstplanmäßig arbeitsfreien Tagen tatsächlich arbeitsfrei zu haben.
4. Die betrieblichen Arbeitszeitregelungen sollten zudem so eingerichtet sein, dass sie die verbindliche Einhaltung von Dienstzeiten unterstützen. Dies gelingt am ehesten durch Regelungen, nach denen Abweichungen von eingeteilten Dienstzeiten dadurch eingeschränkt werden, dass sie mit der Führungskraft abgesprochen werden. Zudem werden dienstplanmäßig eingeteilte Dienstzeiten dann verlässlicher eingehalten, wenn auf elektronische Kommt-/Geht-Zeiterfassung verzichtet wird; der Einsatz eines Personaleinsatzplanungssystems reicht vollkommen aus – aus folgenden Gründen:
  - Festgelegte Dienstzeiten verlieren durch Überschreibung mit erfassten Zeiten an Verbindlichkeit.
  - Durch die Möglichkeit zu Längerarbeit auf Zeitkonto nimmt der Effizienzdruck ab.
  - Anwesenheitszeit und Arbeitszeit werden tendenziell gleichgesetzt – was die flexible Durchmischung von Arbeits- und Privatzeit erschweren kann.
  - Der Dienstplaner ist für die Steuerung von Zeitsalden verantwortlich, deren Entstehen er nur zum Teil beeinflussen kann.
  - Der Aufwand gegenüber der Alternative Abweichungserfassung ist umso höher, je mehr letztere dazu führt, dass Dienstzeiten eingehalten werden.
  - Der zeiterfassungsbedingte Regelungs-, Kontroll- und Pflegeaufwand erhöht sich – etwa hinsichtlich Terminal-Positionierung, Rüst- und Wegezeiten und



technischer Schnittstelle zum Personaleinsatzplanungs-System.

- Eine Kontrolle der Einhaltung der arbeitszeitrechtlichen Bestimmungen ist praktisch nur noch ex post möglich – und auch dann wegen des Bezugs auf die Anwesenheitszeit nicht unbedingt verlässlich.

#### 18.4.2 Entkopplung von Dienstzeit<sup>70</sup> und Besetzungszeit

Reicht der Besetzungsbedarf über die durchschnittlichen täglichen Arbeitszeiten der Mitarbeiter hinaus, ist die Entkopplung von Dienstzeiten und Besetzungszeit erforderlich. Die Abdeckung erweiterter Besetzungszeiten – etwa Besetzung eines Funktionsbereiches von 08:00–19:00 Uhr – kann auf zweierlei Weise erfolgen:

- durch eigenverantwortliche Absprachen der konkreten Arbeitszeitlagen im Team – Prinzip: Servicezeit – sowie
- durch dienstplanmäßig gestaffelte Dienstzeiten.

Hinsichtlich der Besetzungszeiten ist es aber bei Entkopplung von der Dienstzeit regelmäßig kein Ziel, diese zu maximieren. Gegen zu lange Betriebszeiten sprechen –

- aufgrund von Zeitzuschlägen und -zulagen verteuernde Stundenentgeltkosten,
- gegebenenfalls fehlender Besetzungsbedarf zu bestimmten Zeiten,
- medizinische Erwägungen – insbesondere hinsichtlich elektiver Untersuchungen oder OP's in Nachtstunden – und
- der für die Hebung von Entlastungspotenzialen – insbesondere im ärztlichen und im Pflegedienst – wichtige effiziente Einsatz der knappen Ressource Arbeitszeit

zugunsten einer höheren Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter.

Der Weg zur Entkopplung von Besetzungs- und Dienstzeiten fällt im Krankenhaus insbesondere wegen des im ärztlichen Dienst traditionell verbreiteten Organisationsmusters der gleichzeitigen Anwesenheit möglichst aller Ärzte schwer, für die es im Übrigen bei hohem Kommunikationserfordernis auch gute Gründe gibt – allerdings mit starken „Nebenwirkungen“: Die Krankenhausorganisation macht sich umso weniger um funktionierende Teamstrukturen und die Einsatzflexibilität der Mitarbeiter Gedanken, je höher die „automatische“ Gleichzeitigkeit der Arbeitszeitlagen ist. Betriebszeit und Arbeitszeit eng zu koppeln bedeutet nämlich auf der arbeitsorganisatorischen Seite, dass Person und Funktion ebenfalls eng verzahnt werden – häufig mit der Folge überspezialisierter und damit von der Anwesenheitsoptimierung einzelner Personen, die jene im Übrigen in ihren zeitlichen Gestaltungsspielräumen stark einschränkt, abhängiger Strukturen. Daher stößt eine Entkopplungsstrategie zunächst insbesondere auf arbeitsorganisatorische, „kulturelle“ und zum Teil qualifikatorische Schranken, ist jedoch nicht nur im Interesse des Krankenhauses, sondern aus den genannten Gründen auch der Mitarbeiter.

Allerdings ist die Ausdehnung der Regeldienst-Dauer keine geeignete Antwort auf überlange Arbeitszeiten – weil die daraus folgenden arbeitsfreien Tage die Tagesbesetzung und die Kontinuität der Patientenversorgung beeinträchtigen. Insbesondere in konservativen Fächern sollte mithin darauf geachtet werden, mit den „normalen“ Tagdienstauern (à ca. 1/5 der Vertragsarbeitszeit) auszukommen – gegebenenfalls durch entsprechend gestaffelte Dienstarten.

70 Die Dienstzeit umfasst die Zeitspanne, die der jeweilige Dienst (ggf. inklusive Pausenzeit) umfasst – beispielsweise Regeldienst (Vollarbeit), Regeldienst plus Bereitschaftsdienst oder Regeldienst plus Rufbereitschaft.



*Beispiel 5: Erweiterte Servicezeiten*

Das Betriebszeitenkonzept für die OP-Säle eines deutschen Universitätsklinikums sieht eine erweiterte Betriebszeit vor, die zu unterschiedlich lang betriebenen Sälen – Standard-saal, mittellanger Saal sowie langer Saal – führt (s. Abb. 100). In der Praxis richtet sich die tägliche Betriebszeit eines OPs nach der vom Operateur bestellten OP-Planungszeit, die den Zeitraum zwischen Schnitt-Zeit des ersten und Naht-Zeit des letzten an einem Tag zu operierenden Patienten sowie die hiermit einhergehende Vor- und Nachbereitungszeit (chirurgische Maßnahmenzeit) umfasst. Hierüber hinaus berücksichtigt die tägliche Betriebszeit in Bezug auf die chirurgische Maßnahmenzeit jeweils eine halbstündige Vor- und Nachlaufzeit, innerhalb derer der jeweilige OP-Saal bereits in Betrieb ist. Die Betriebszeit des Standardsaals umfasst 07:44 Stunden, die im mittellangen Saal bei von den Operateuren entsprechend angemeldetem Bedarf um zwei Stunden auf 09:44 Stunden und im langen

Saal um weitere drei Stunden auf insgesamt 12:44 Stunden erweitert werden kann.

*Beispiel 6: Gestaffelte Dienstzeiten*

Die Dienstplanung im OP eines Krankenhauses richtet sich nach den geplanten OP-Saallaufzeiten. Bereits in der ersten Planungsstufe – der Grobplanung – sind die planbare Auslastung (z.B. durch langfristig geplante elektive OPs) sowie die Personalverfügbarkeit (z.B. im Zuge der Urlaubs- und Fortbildungsplanung) Maßstab für die Dienstplanung, die allerdings von vornherein mit Optionen zu bedarfsabhängiger Veränderbarkeit ausgestattet wird, um zeitnah auf Bedarfschwankungen reagieren zu können. So können beispielsweise alle Dienste mit Ausnahme des Bereitschaftsdienstes flexibel verkürzt oder verlängert werden, wie es in der nachstehenden Abbildung 101 durch die in beide Richtungen laufenden Pfeile symbolisiert wird, um die Besetzung der OP-Säle passgenau an die Auslastungsplanung anpassen zu können.

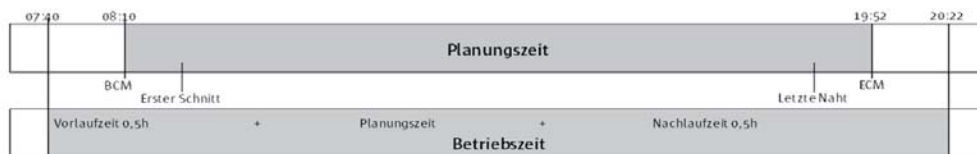
S-Saal (Standardsaal)



M-Saal (Mittellanger Saal)



L-Saal (Langer Saal)



BCM = Beginn der chirurgischen Maßnahmen; ECM = Ende der chirurgischen Maßnahmen  
 Planungszeit = Das bestellt der Operateur; Betriebszeit = Hier ist der OP in Betrieb

Abb. 100 Differenzierte OP-Saal-Standardlaufzeiten in einer Universitätsklinik



Während in der Grobplanung zunächst eine bestimmte Anzahl von Mitarbeitern im Tagdienst ohne konkrete Angabe des Dienstendes eingeteilt wird, konkretisiert beispielsweise eine wochenweise rollierende Einsatzplanung die genaue zeitliche Staffelung dieser Tagdienste innerhalb der Servicezeit wie sie durch die Schwankungsbreite des Dienstendes ermöglicht wird. Hiernach ist den Mitarbeitern ihre konkrete Dienstzeit und damit auch -dauer bekannt, die allerdings tagesbezogen im Rahmen von „Spielregeln“ kurzfristiger Arbeitszeitflexibilität (vgl. Kapitel 18.4.3.) gegebenenfalls auch noch variiert werden kann. Ein Fallbeispiel für eine Dienstbesetzung, die sich danach richtet, welche OP-Saalzeiten von den operativen Kliniken tatsächlich bestellt (und auf dieser Grundlage auch kostenverrechnet) werden, zeigt Abbildung 101.

### 18.4.3 Flexi-Spielregeln

Flexi-Spielregeln werden vereinbart, um prinzipiell voraussehbare Flexibilitätsanforderungen in Dienstformen vorzustrukturieren und eine gleichmäßige Verteilung ihrer Abdeckung über die beteiligten Mitarbeiter zu ermöglichen. Aus der großen Palette der Möglichkeiten werden hier ausgewählte Beispiele vorgestellt.

### Beispiel 7: Flexi-Dienste

Die Dienststruktur des OP-Funktionsdienstes eines großen Krankenhauses, die in einer Betriebsvereinbarung verankert wurde, beinhaltet sechs Früh-Dienste, die als sogenannte Flexi-Dienste ausgestaltet sind und mit deren Hilfe der Personaleinsatz der OP-Mitarbeiter kurzfristig flexibel an sich ändernden Bedarf und/oder Personalausfall angepasst werden kann (s. Abb. 102). Hierdurch werden typische Flexibilitätsanforderungen für die zehn OP-Säle dieses Krankenhauses in der Dienstplanung antizipiert, obgleich ihre konkrete Ausprägung im Vorhinein unbekannt ist. Die Einrichtung von sechs solcher flexiblen Dienste basiert auf den retrospektiv betrachteten Flexibilitätsanforderungen dieses OP-Bereichs und wird in jedem Krankenhaus sowohl hinsichtlich der Anzahl solcher flexiblen Dienste als auch ihrer etwaigen Schwankungsbreite unterschiedlich sein müssen. Aufgrund der Konzentration des Flexibilitätsbedarfs auf hier sechs Mitarbeiter können sich die anderen neun im Frühdienst eingeteilten Mitarbeiter grundsätzlich darauf verlassen, ihren Dienst pünktlich beenden und somit private zeitliche Bedürfnisse sicher realisieren zu können. Hierdurch steigt die Verlässlichkeit der Dienstplanung, wodurch

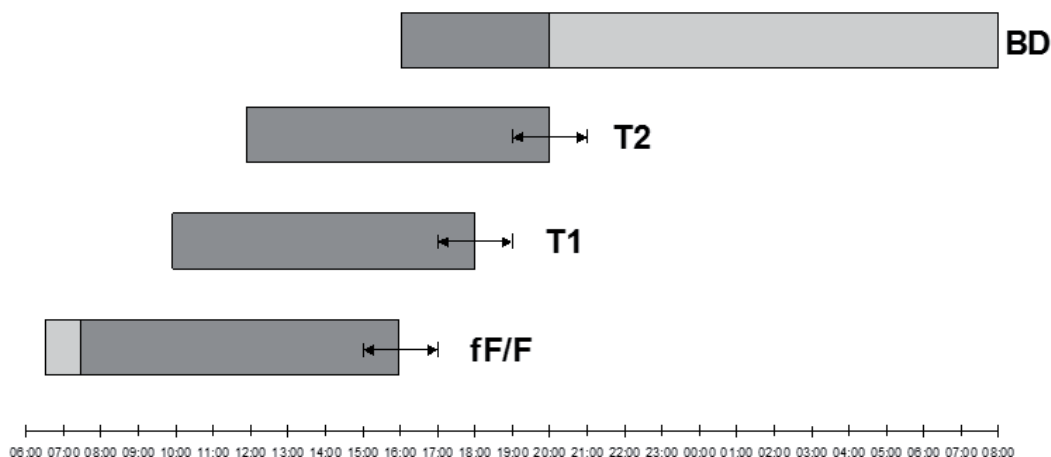


Abb. 101 Gestaffelte Dienste im OP-Trakt eines Krankenhauses (F = Frühdienst; ff = früher Frühdienst; T1 und T2 = Tagdienste; BD = Bereitschaftsdienst)

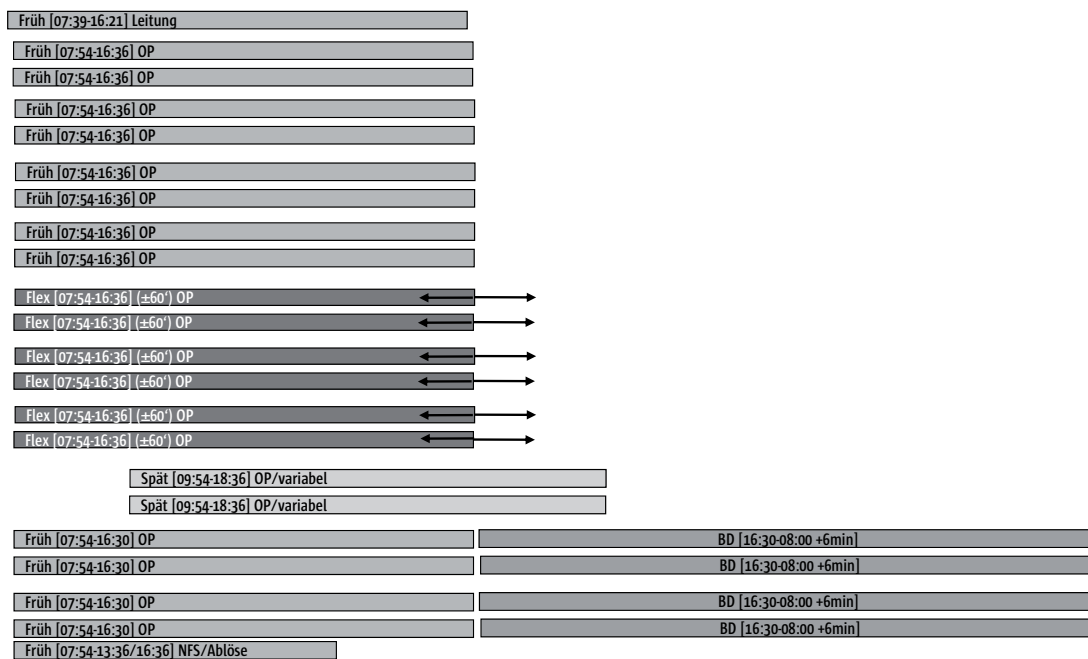


Abb. 102 „Flexi-Dienste“ für den OP-Funktionsdienst im Zentral-OP eines Krankenhauses (inkl. Umkleidezeit)

für die Mitarbeiterorientierung der Dienstplanung häufig schon viel erreicht ist. Im Flexi-Dienst eingeteilte Mitarbeiter, die im Übrigen im Dienstplan gesondert gekennzeichnet werden, müssen sich dagegen darauf einstellen, bei mangelndem Bedarf ihren Dienst früher oder im Fall länger dauernder oder zusätzlicher OPs später beenden zu können.

*Beispiel 8: „Flexi-Dienst“ im ärztlichen Dienst auf der Station*

In der gemeinsamen Dienststruktur einer chirurgischen, orthopädischen und unfallchirurgischen Abteilung eines Krankenhauses sind montags bis freitags standardmäßig jeweils zwei „Flexi-Dienste“ vorgesehen, was beinhaltet, dass für jeweils zwei Mitarbeiter das Dienstende planungsseitig offen ist (s. Abb. 103). Diese Dienste können abweichend vom bis 16:00 Uhr laufenden Standard-Regeldienst früher („so früh wie möglich“) oder später enden. Eine konkrete Flexi-Bandbreite wurde in diesem Fall nicht vorgesehen, da die gegebenenfalls erforderliche Flexibilität in diesem Fall nicht näher

bestimmt werden konnte. Die Mitarbeiter im „Flexi-Dienst“ werden vor allem im OP sowie als „Abräumer“ auf Station eingesetzt. Hierdurch wird für die anderen Mitarbeiter grundsätzlich ein pünktliches Dienstende sichergestellt, wovon insbesondere Mitarbeiter mit kleinen Kindern zugunsten der Abholung aus Betreuungseinrichtungen profitieren, es aber auch zur sicheren Einhaltung anderer privater Termine bedeutsam ist.

*Beispiel 9: „Stand-by-Dienste“*

Bei „Stand-by-Diensten“ handelt es sich um eine weitere für Krankenhaus wie Mitarbeiter interessante Flexi-Spielregel. Auf der einen Seite erleichtern diese Dienste aus Krankenhaussicht den Umgang mit kurzfristigen – insbesondere krankheitsbedingten – Ausfallzeiten, auf der anderen Seite profitieren die Mitarbeiter aufgrund der hiermit einhergehenden Stabilisierung geplanter Dienstzeiten bzw. dienstplanmäßig arbeitsfreier Tage. „Stand-by-Dienste“ erkennen den kurzfristigen Flexibilitätsbedarf des Krankenhauses an und nehmen diesen dienstplanmäßig ohne

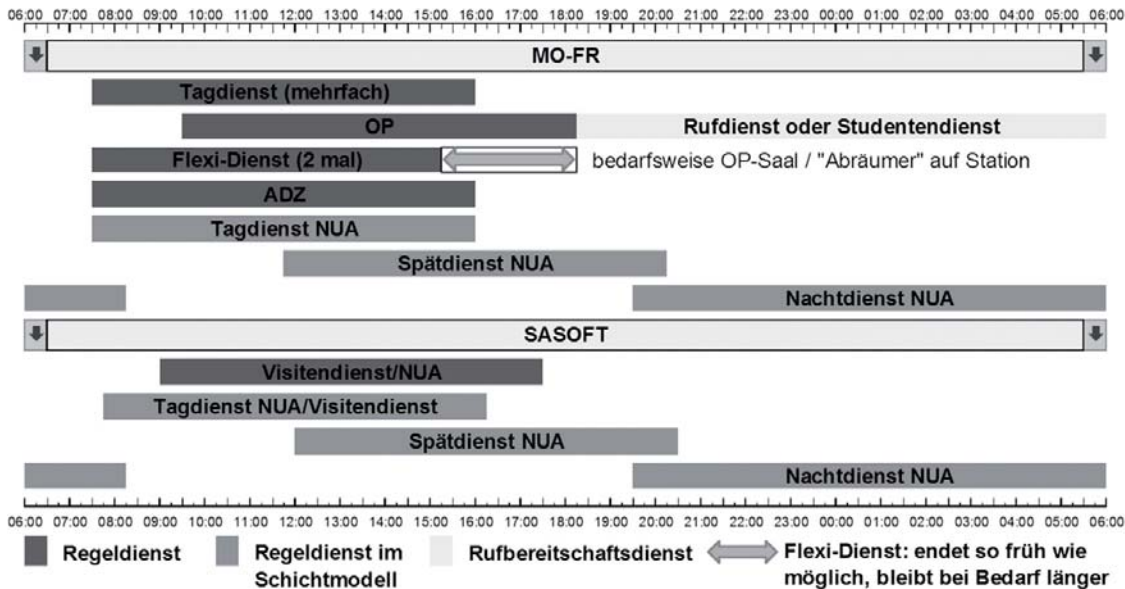


Abb. 103 Gemeinsames Dienstmodell der Chirurgie/Orthopädie/Unfallchirurgie mit Flexi-Dienst

Kenntnis der Ausprägung im Einzelnen vorweg. Zu diesem Zweck werden „Stand-by-Dienste“ an grundsätzlich arbeitsfreien Tagen im Dienstplan vorgesehen. Der im „Stand-by-Dienst“ eingeteilte Mitarbeiter muss sich für eine festgelegte Zeitspanne mit entsprechend vereinbartem Vorlauf zum Dienstbeginn zum Abruf zur Arbeit bereithalten. Bei kurzfristig höherem Personalbedarf und/oder unvorhersehbarem Personalausfall kann – in der Regel – die Führungskraft gezielt den/die Mitarbeiter im „Stand-by-Dienst“ für einen kurzfristigen Arbeitseinsatz ansprechen; die sonst häufig mühselige Suche nach einem Ersatz wird erleichtert. Die Verlässlichkeit der arbeitsfreien Tage im Dienstplan erhöht sich für die anderen, an diesem Tag nicht im „Stand-by-Dienst“ eingeteilten Mitarbeiter, weil sie für diesen Arbeitseinsatz grundsätzlich nicht angesprochen werden sollten, so dass private Vorhaben an diesem Tag nicht hinter betriebliche Belange zurücktreten müssen. Somit wird der Flexibilitätsbedarf geplant kompensiert, die Dienstplanstabilität erhöht und die Flexibilitätsbereitschaft der – in der Regel immer selben – Mitarbeiter nicht überstrapaziert.

„Stand-by-Dienst“ und Rufbereitschaft, bei der sich der Mitarbeiter ebenfalls auf Abruf zur Arbeit bereithält, weisen arbeits(zeit) rechtlich relevante Unterschiede auf: Während bei einem „Stand-by-Dienst“ der Abruf zur Arbeit vor der möglichen Arbeitsleistung liegt, sind bei der Rufbereitschaft der Abrufzeitraum und der Zeitraum der möglichen Arbeitsleistung identisch. Des Weiteren wird der Mitarbeiter im „Stand-by-Dienst“ gegebenenfalls für den gesamten Zeitraum der möglichen Arbeitsleistung abgerufen, während dies für einen Rufbereitschaftsmitarbeiter in der Regel nur für einen Teil dieses Zeitraums der Fall ist. Im „Stand-by-Dienst“ wird der Mitarbeiter einmal abgerufen, wohingegen bei einem Rufbereitschaftsdienst mehrere Abrufe zur Arbeit erfolgen können. Abbildung 104 auf der Folgeseite fasst diese Unterschiedlichkeit überblicksartig zusammen.

Stand-by-Regelungen enthalten in der Regel eine Vergütungsvereinbarung für die Zeit der Bereithaltung zum Abruf zum Dienst wie beispielsweise eine Stunde Zeitgutschrift auf dem Zeitkonto oder einen (steuerfreien) Sachbezug. Wenn der Mitarbeiter zum Dienst abgerufen wurde, wird die Einsatzzeit

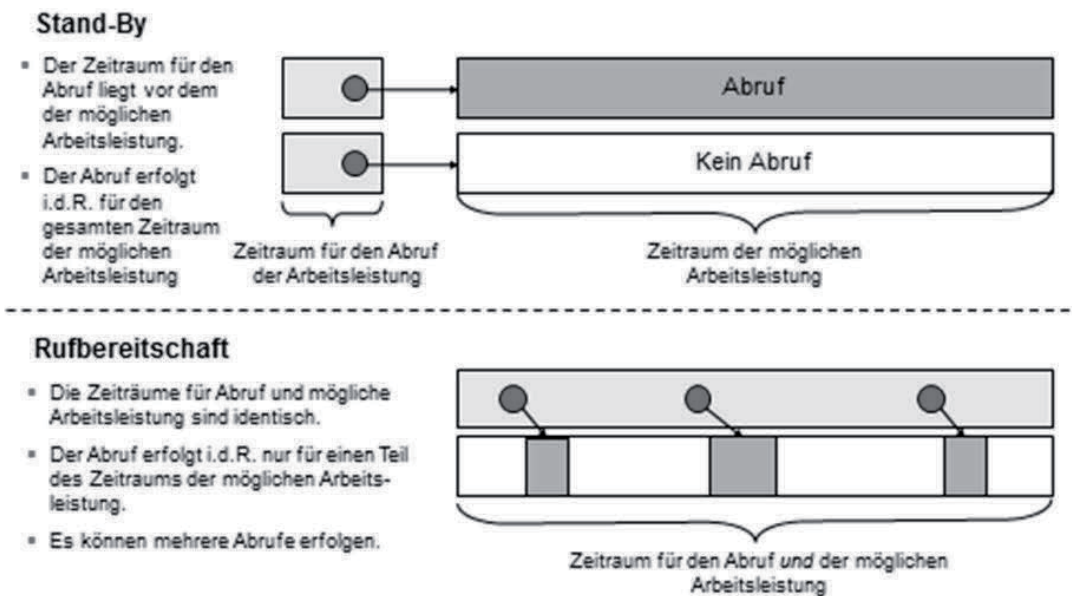


Abb. 104 Unterscheidung von „Stand-by-Dienst“ und Rufbereitschaft

separat vergütet, zum Beispiel durch 1:1-Gutschrift auf dem Zeitkonto des Mitarbeiters.

„Stand-by-Systeme“ ermöglichen hohe zeitliche Flexibilität bei der Besetzungstärke bei zugleich hoher Mitarbeiterzufriedenheit durch gestiegene Dienstplanstabilität, sind allerdings mit nicht unerheblichen Kosten verbunden, weshalb ein Krankenhaus bei ihrer Einführung genau prüfen sollte, welche Ausfallzeiten tatsächlich besetzungskritisch sind (Kutscher; Weidinger).

Im Pflegedienst eines Krankenhauses wurde ein „Stand-by-Modell“ ausschließlich mit den 50%-Teilzeitkräften vereinbart, für die die Teilnahme an diesem Modell sowie seine Regelung bereits im Arbeitsvertrag vereinbart wurde. Die Teilzeitmitarbeiter sind im Dienstplan abwechselnd in einer Ar-

beits- und in einer Freiwoche eingeteilt. In der Arbeitswoche leisten sie standardmäßig jeweils fünf Dienste à 7–8 Stunden. In der Freiwoche steht der Teilzeitmitarbeiter für „Stand-by-Dienste“ zur Verfügung, wobei jede Teilzeitkraft maximal 2 solcher Dienste pro Monat leisten muss. Die Pflegedienstleitung legt die Tage, an denen „Stand-by-Dienste“ erforderlich sind und ihre Anzahl auf der Basis von Erfahrungswerten zum diesbezüglichen Bedarf fest. Die Teilzeitmitarbeiter stimmen die Belegung der unpersonalisiert vorgegebenen „Stand-by-Dienste“ untereinander ab. Abbildung 105 zeigt, an welchen Wochentagen die Pflegedienstleitung „Stand-by-Dienste“ in welcher Anzahl für notwendig erachtet hat und wie diese von den Teilzeitmitarbeitern belegt wurden.

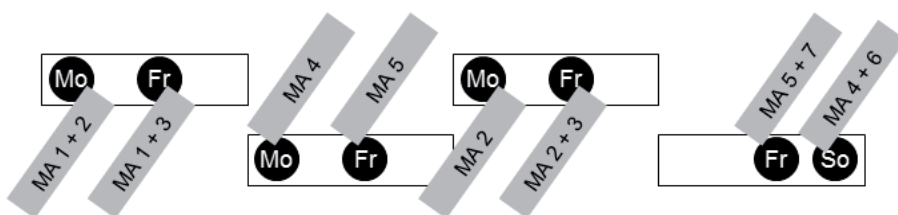


Abb. 105 „Stand-by-Tage“, Anzahl und Belegung im Pflegedienst eines Krankenhauses





Am „Stand-by-Tag“ hält sich der Mitarbeiter zwischen 06:30 Uhr und 09:30 Uhr für einen möglichen Abruf für Früh-, Spät- oder Nachtdienst des betreffenden Tages telefonisch bereit. Die im Krankenhaus geleistete Arbeitszeit wird dem Zeitkonto des Mitarbeiters 1:1 gutgeschrieben. Der Ausgleich der geleisteten Arbeitszeit erfolgt grundsätzlich in Freizeit. Bei erhöhtem Kapazitätsbedarf kann der Arbeitgeber dem Mitarbeiter auch eine finanzielle Abgeltung anbieten. Darüber hinaus erhält der Mitarbeiter für jeden der maximal monatlich zwei individuellen „Stand-by-Tage“ einen Sachbezug in Höhe von 22 € (zum Beispiel in Form eines Tankgutscheins).

**Beispiel 10: Vertretungsdienste**

Die systematische Einteilung von Vertretungsdiensten im Schicht- bzw. Dienstplan erleichtert dem Krankenhaus ebenfalls die Kompensation unplanbarer Personalausfälle. Der im Vertretungsdienst eingeteilte Mitarbeiter muss zum Beispiel für einen erkrankten Kollegen einspringen. Ähnlich dem „Stand-by-Dienst“ bringt diese Dienstform für die anderen Mitarbeiter den Vorteil höherer Wahrscheinlichkeit zur tatsächlichen Realisierung arbeitsfreier Tage im Dienstplan mit sich. Vertretungsdienste können stationsintern und – in der Pflege – stationsübergrei-

fend organisiert werden. Die nachstehende Abbildung 106 zeigt ein Beispiel für die interne Vertretungsorganisation mit Vertretungsdiensten einer Kinder-Intensivstation: Je zwei Ärzte (davon ein „Alt“-Assistent) besetzen wochenweise versetzt den Schichtplan; insgesamt werden daher zehn Ärzte im Schichtsystem eingesetzt. Ausfallzeiten wie Urlaub, Kongresse und Krankheit werden entweder aus der Vertretungswoche heraus vertreten oder durch ansonsten im Tagdienst eingeteilte Ärzte der Intensivstation. Notfalls wird auf einen der Spätdiensthabenden verzichtet und stattdessen die Arbeitszeit je eines Arztes im Früh- und Nachtdienst mittels Arbeitsbereitschaft<sup>71</sup> auf 12 Stunden verlängert. Die Vertretungsdienste können in Bezug auf die langfristig planbaren Ausfallzeiten wie Urlaub und Kongresse langfristig geplant werden. Die Abrechnung der Vertretungsdienste erfolgt im Rahmen einer flexiblen Arbeitszeitregelung über persönliche Zeitkonten.

**Beispiel 11: Poolmodell**

Spielregeln flexibler Arbeitszeitgestaltung wie die in den vorherigen Beispielen vorgestellten werden in der Praxis häufig durch

71 Arbeitsbereitschaft bedeutet „wache Aufmerksamkeit im Zuge der Entspannung“ im Sinne eines Wartens auf Arbeit am Arbeitsplatz.

	Woche 1							Woche 2							Woche 3							Woche 4							Woche 5											
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So					
F/T																																								
S																																								
N																																								

■ = eingeteilter Dienst    ■ = ggf. Vertretung; sonst: arbeitsfrei

**Dienstarten**

- F, S, N MO-FR à 8,25h Arbeitszeit
- T, N SA/SO à 12h Arbeitszeit (mit aufsichtsbehördlicher Zustimmung)

Abb. 106 Schichtsystem mit interner Vertretung in einer Kinder-Intensivstation

Regelungen der Einsatzflexibilität ergänzt oder ersetzt, wenn Arbeitszeitflexibilität an ihre Grenzen stößt oder zu teuer „erkauft“ werden muss. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen team-, funktions- und/oder hierarchieübergreifenden Mitarbeitereinsatzes, bei denen ein infolge kurzfristigen Personalausfalls und/oder vorübergehend höheren Arbeitsbedarfs unbesetzter Arbeitsplatz ganz oder teilweise durch einen anderen Mitarbeiter besetzt wird. Die Umsetzung von Einsatzflexibilitätskonzepten hängt im Krankenhausalltag vor allem von den an den jeweiligen Arbeitsplätzen benötigten Qualifikationen ab. Als Beispiele für Einsatzflexibilität seien stationsübergreifende Vertretungsdienste, bei denen eine Mischung mit Maßnahmen der Arbeitszeitflexibilität stattfindet, sowie spezielle Springer-Pools genannt.

Ein Krankenhaus der Maximalversorgung hat beispielsweise stationsübergreifende Vertretungsdienste implementiert, worin die erste wichtige Besonderheit dieser Regelung besteht: Häufig lehnen Krankenhäuser nämlich die Organisation stationsübergreifender Arbeitszeit- und Einsatzmodelle mit dem Argument „wir sind zu spezialisiert“ per se ab. Des Weiteren soll dieses Modell sicherstellen, dass die Zusatzkapazität der Vertretungsdienste gezielt geplant und wertschöpfend genutzt wird. Ausgangspunkt dieses Ausfallkonzeptes mit Einsatzflexibilität ist, dass pro Pflegekraft und Jahr 8 Dienste für Krankheitsvertretungen vorgesehen sind, was hausweit pro Jahr 3.200 Diensten (400 VK × 8 Dienste à 7,7 Stunden) entspricht. Diese Dienste werden hausweit auf die drei Dienstlagen verteilt (s. Tab. 98).

Tab. 98 Aufteilung der Vertretungsdienste auf die Dienstlagen

Dienstlage	MO-FR	SA/SO/FT/VFT
Früh	5	2
Spät	3	2
Nacht	2	1

Im Dienstplanprogramm werden die Vertretungsdienste mit einem gesonderten Kürzel versehen wie zum Beispiel F-V für einen Vertretungsdienst im Frühdienst. Die Vertretungsdienste werden zusätzlich zur Standard-Stationenbesetzung eingeteilt, die so zu berechnen ist, dass sie dem leistungsbezogenen Bedarf entspricht, der mit der Netto-Jahresarbeitszeitsumme abgedeckt werden kann. Nachstehende Tabelle 99 zeigt diesen Zusammenhang für eine unfallchirurgische Station:

Tab. 99 Gegenüberstellung von Standardbesetzung und Arbeitszeitangebot

Dienstlage	Standardbesetzung MO-FR (à 7,7-h-Dienste)	Arbeitszeitangebot an einem konkreten Kalendertag (MO-FR)
Früh	5 Dienste	6 Dienste → 1 Pflegekraft wird für „F-V“ eingeteilt
Spät	3 Dienste	3 Dienste
Nacht	1 Dienst	1 Dienst

Die Einhaltung der vorgegebenen Besetzung der Vertretungsdienste ist ebenso stationsübergreifend hausweit abzustimmen wie deren konkreter Einsatzort. Alle Pflegekräfte, die an einem Kalendertag in derselben Dienstlage zum Vertretungsdienst eingeteilt sind, bilden für diesen Dienst quasi den „virtuellen Vertretungspool“. Die Pflegekraft tritt ihren Vertretungsdienst auf ihrer Stamm-Station an. Von dort wird sie bei Bedarf durch die zentrale Personaldisposition – gegebenenfalls auch nur für einzelne Stunden – abgerufen (bzw. verbleibt auf der Stamm-Station, wenn dort ein entsprechender Vertretungsbedarf vorhanden ist). Für den Fall, dass kein Abruf erfolgt, werden weitere „Spielregeln“ erarbeitet und abgestimmt, um den „Verdunstungseffekt“ dieser Zusatzkapazität zu vermeiden (z.B. Zuweisung attraktiver Aufgaben, gegebenenfalls auch ergänzt um Instrumente zur Förderung der Arbeitszeitflexibilität).



### Beispiel 12: Verbesserte Zeitkontensteuerung

Abweichungen von der Vertragsarbeitszeit sind in flexiblen Arbeitszeitsystemen der Normalfall. Dazu gehört auch, dass es grundsätzlich (sofern tarifvertraglich nicht beschränkt) keinen Grund gibt, warum Dienstpläne, wie in der Pflege häufig noch üblich, „rund laufen“, also auf die „Soll-Arbeitszeit“ aufgehen sollen.

Bei bedarfsgerechtem Arbeiten muss dies schließlich ein seltener Zufall sein. Allerdings müssen solche Abweichungen im Zeitablauf ausgeglichen werden, damit die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit eingehalten wird. In der Regel lassen tarifvertragliche Ausgleichszeiträume derzeit ein Jahr (zum Teil länger) Zeit, um Ausgleiche auf die Vertragsarbeitszeit zu realisieren. Sämtliche nachfolgende Gestaltungsempfehlungen erfolgen selbstverständlich vorbehaltlich etwaiger tarifvertraglicher Regelungen. Persönliche Zeitkonten haben sich hierfür zum „Herzstück“ vieler flexibler Arbeitszeitregelungen entwickelt.

Auf Zeitkonten – nicht zu verwechseln mit so genannten Arbeitszeitkonten, wie sie insbesondere im TVöD eingeführt werden können, die jedoch gerade nicht für den fortlaufenden Zeitausgleich nutzbar sind und schon deshalb wenig Verbreitung finden – werden Abweichungen der tatsächlich verbrauchten von der Vertragsarbeitszeit saldiert, um auf diese Weise seitens des Betriebs im Zeitablauf eine Rückführung der Zeitsalden auf die Nulllinie („Zeitausgleich“) überwachen zu können. Üblicherweise werden Zeitkonten arbeitstäglich saldiert, das heißt, der Referenzwert, um den herum sich das Zeitkonto bewegt, ist die „anteilige Vertragsarbeitszeit“, denn nur so können Ausfallzeiten (wie Urlaub, Krankheit etc.) korrekt berücksichtigt werden.

Persönliche Zeitkonten sollten möglichst durchlaufen, hierbei aber unter permanentem Ausgleichsdruck stehen – aus Gründen des effizienten Arbeitszeitumgangs ebenso

wie im Interesse der Entlastung der Mitarbeiter. Hierzu sollten Zeitkonten nahe Null gehalten werden – übergroße Bandbreiten sind in der Regel kein Ausweis hoher Flexibilität, sondern von mangelndem Steuerungsinteresse. Das lässt sich daran ablesen, dass von großen Zeitsalden-Bandbreiten oft nur kleine Segmente, in der Regel im oberen Plusbereich, genutzt werden. Wird ein Zeitkonto nicht gesteuert, stellt es sich üblicherweise – unabhängig vom Arbeitsanfall – in dieser Zone ein, gewissermaßen der „Wohlfühlzone“, die hohes Arbeitsaufkommen ebenso signalisiert wie einen angenehmen Freizeitpuffer. Dies unterstützen falsch konstruierte Zeitkonten sogar noch dadurch, dass sie Signale zum Guthabenaufbau geben – etwa indem höhere Plus- als Minusbandbreiten vorgesehen werden, indem die Mitarbeiter Zeitausgleichs-Spielräume nur bei Plussalden „eingeräumt“ bekommen oder indem Mitarbeiter bei Minusstunden mit kritischen Aussagen der Führungskräfte rechnen müssen, zu denen auch die Einteilung zu unattraktiven Tätigkeiten zum „Auffüllen“ des Zeitkontos gehört. Solche Konstruktionen werden von den Mitarbeitern dann dadurch unterlaufen, indem sie Minusstunden vermeiden – eine klassische „selbsterfüllende Prophezeiung“.

Zeitkonten schaffen keine Kapazität und dürfen daher nicht zum Instrument eines verdeckten Arbeitszeit-Kapazitätsaufbaus werden, so dass die Zeitkontensalden in einer – möglichst kurzfristig – rückführbaren Größenordnung bleiben müssen. Für die Steuerung von Zeitkonten haben sich außerhalb der Krankenhaus-Welt die so genannten Ampelkonten etabliert – und finden sukzessive auch in die Krankenhäuser Einzug (s. Abb. 107).

Das Zeitkonto (Ampelkonto) wird zu keinem Zeitpunkt abgerechnet. Der Ausgleichszeitraum beträgt längstens 12 Monate und beginnt bei Kreuzen der Nulllinie jeweils von vorn. Im Fall des Ausscheidens des Mitarbeiters aus dem Krankenhaus bzw. bei Über-

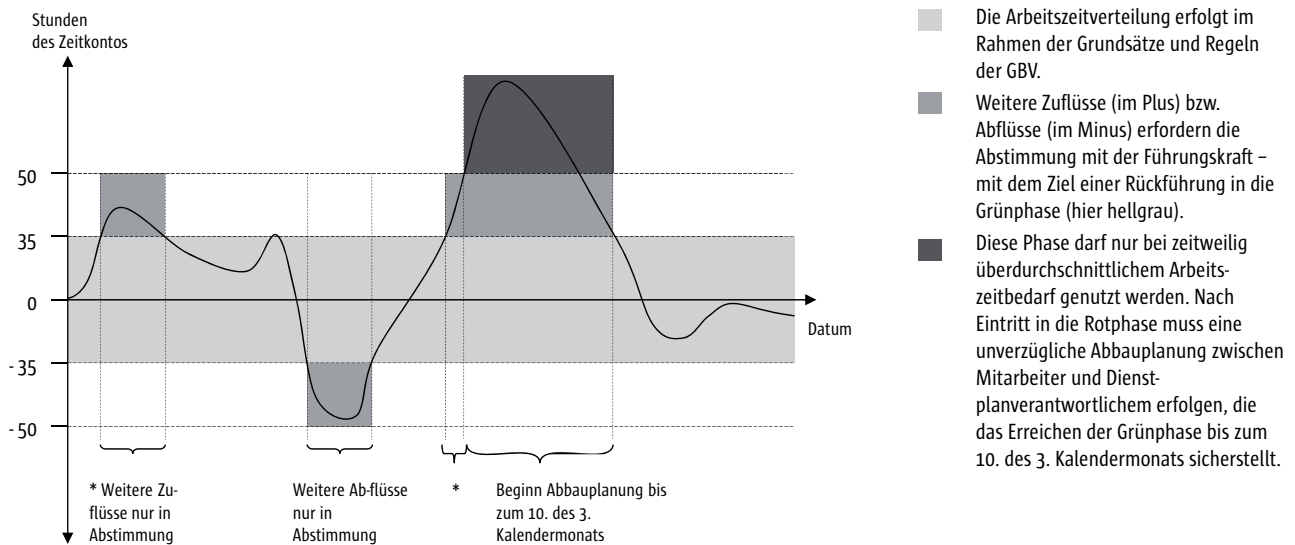


Abb. 107 Zeitkontenführung mit dem Ampelkonto; hier: Gestaltungsbeispiel aus dem ärztlichen Dienst – Auszug aus der Gesamtbetriebsvereinbarung (GBV) Arbeitszeitgestaltung einer kommunalen Klinikette

schreiten des Ausgleichszeitraums werden verbliebene Plusalden nach begründetem Antrag grundsätzlich 1:1 ausgezahlt; sonstige Auszahlungen aus dem Zeitkonto sind ausgeschlossen. Der Zeitsaldo des Ampelkontos wird bei Unterbrechung des aktiven Arbeitsverhältnisses (z.B. Mutterschutz, Elternzeit) eingefroren, sofern die Plus- bzw. Minusstunden nicht bis zum Eintritt in das ruhende Arbeitsverhältnis ausgeglichen werden können.

## 18.5 Dienstdauer-Varianten

In diesem Abschnitt werden beispielhaft Möglichkeiten vorgestellt, von konventionellen Dienstzeiten abweichende Dienststrukturen zu praktizieren: Einmal geht es um Alternativen zum 3 x 8-Stunden-Schichten durchgehenden Vollsichtmodell – etwa auf Intensivstationen – durch 2 x 12-Stunden-Dienste. Zum anderen geht es um die Abkehr von konventionellen 24-Stunden-Bereitschaftsdiensten. Bereitschaftsdienst sollte nur noch in Zeiträumen stattfinden, in denen er realistisch ist, was 24-Stunden-Dienste meist auch dann ausschließt, wenn sie grundsätzlich ta-

rifvertraglich zugelassen wurden. Mit der Reduzierung der Bereitschaftsdienstzeiten verbindet sich die Aufgabe, die Grenze zwischen Servicezeit und Grundversorgung (die Bereitschaftsdienstphasen einschließen kann, aber nicht muss) zu Gunsten der Hauptleistungszeit neu zu ziehen und damit auch das Krankenhaus als Dienstleister patientengerechter zu positionieren. Unrealistisch und auch unzulässig ist Bereitschaftsdienst in Zeiträumen, in denen elektive Tätigkeiten erfolgen (Visiten, Besprechungen, Übergabe, OP-Programm, etc.) und in denen eine so hohe Dichte akuter Anforderungen herrscht, dass von „Abruf zur Arbeit“ nicht gesprochen werden kann. Als Orientierungsgröße sollten hierbei Inanspruchnahmen von durchschnittlich mehr als 70 % je Zeiteinheit (also immer zu einer bestimmten Uhrzeit) zugrunde gelegt werden, weil sonst kein spürbarer Unterschied zur Vollarbeit bestünde.

Bei der Bereitschaftsdienstorganisation entscheiden – neben der Einhaltung der rechtlichen Vorgaben (die hier nicht betrachtet werden) – meist folgende Rahmenbedingungen über den Erfolg neuer Modelle jenseits des tradierten Regeldienst-Bereitschaftsdienst-Schemas:





- Neue Modelle dürfen die Besetzung tagsüber nicht signifikant mindern.
- Die unständigen Bezüge aus Bereitschaftsdienst sollten – im Einklang mit dem Interesse der weit überwiegenden Mehrheit der betroffenen Ärzte – weitest möglich erhalten bleiben. Dazu wird das gesetzlich zulässige Volumen von Arbeits- und Bereitschaftsdienstzeit (von insgesamt durchschnittlich 48 Stunden pro Woche, mit individueller Zustimmung – so genannte „opt-out“-Regelung –, die in der Regel erteilt wird, durch Bereitschaftsdienstzeit auch darüber hinaus) weitgehend ausgeschöpft. Erfahrungsgemäß finden in der Praxis innovative Modelle vor allem dann Verbreitung, wenn das bisherige Junktim zwischen Bereitschaftsdienst und Zusatzvergütung aufgelöst wird. Dies kommt zugleich dem Krankenhaus zugute – durch die Vermeidung eines unrealistischen Personalzuwachses, durch aufgrund der Stundensatzdegression niedrigere Personalkosten und durch eine effizientere Aus- und Weiterbildung.

Folgende Regeldienst-Bereitschaftsdienst-Grundmodelle sind in der Praxis im ärztlichen Dienst (sowie im Funktionsdienst) verbreitet:

#### *Montag-Freitag*

- Regel-/Bereitschaftsdienst (RB) mit Bereitschaftsdienst-Eintritt zu Ende des Regeldienstes
- Spät-/Bereitschaftsdienst (SB) mit späterem Bereitschaftsdienst-Eintritt und Überlappung mit dem Regeldienst
- Nacht-/Bereitschaftsdienst (NB) mit späterem Bereitschaftsdiensteintritt ohne Überlappung mit dem Regeldienst – gegebenenfalls blockbar
- Kurzdienst + Nacht-/Bereitschaftsdienst (nach 10 Stunden Ruhezeit) (K+NB) mit Möglichkeit zur Weiterarbeit am Folgetag

#### *Samstag/Sonntag/Feiertag*

- 24-Stunden-Bereitschaftsdienste (SAB/SOB) mit maximal 8 Stunden Vollarbeit
- Tag- und Nacht(-/Bereitschafts-)dienst (T/TB/NB) – jeweils blockbar

#### *Beispiel 13: Verkürzte Bereitschaftsdienste*

Die Aufzeichnung der Inanspruchnahmen im Bereitschaftsdienst einer orthopädischen Klinik hat ergeben (s. Abb. 108), dass die durchschnittliche Auslastung Montag bis Freitag erst ab ca. 22:00 Uhr unter 70% (sogenannte Bereitschaftsdienstschwelle) und damit auf ein für die Einteilung von Bereitschaftsdienst arbeitszeitrechtlich zulässiges Niveau zurückgeht. Zur Einhaltung der arbeitszeitrechtlichen Rahmenbedingungen musste in dieser Abteilung demzufolge zwischen Regeldienstende und 22:00 Uhr auf Bereitschaftsdienst verzichtet und stattdessen Vollarbeit für die Ärzte vorgesehen werden. Erst nach 22:00 Uhr durfte rechtskonform Bereitschaftsdienst in der Dienststruktur eingeteilt werden. Da der anzuwendende Tarifvertrag bei der Kombination von Regeldienst-Bereitschaftsdienst in einem Dienst den Vollarbeitsanteil auf maximal 8 Stunden begrenzt, war die Aufrechterhaltung der klassischen 24 Stunden langen Regel-/Bereitschaftsdienste nicht mehr möglich.

Für die Neugestaltung der Dienststruktur mit reduziertem Bereitschaftsdienstanteil standen der Abteilung zwei Alternativen zur Verfügung (s. Abb. 109):

- Spät-/Bereitschaftsdienste, bei denen der Vollarbeitsanteil gemäß der Auslastung am frühen Nachmittag (z.B. 13:45 Uhr) beginnt und mit Erreichen der Bereitschaftsdienstschwelle um 22:00 Uhr in die Arbeitszeitform Bereitschaftsdienst gewechselt wird, wobei der Vollarbeitsanteil auch hier gemäß dem geltenden Tarifvertrag maximal 8 Stunden betragen darf;



### III Schwerpunkte attraktiver Arbeitsplatzgestaltung

Die hohe durchschnittliche Auslastung des Bereitschaftsdienstes Montag-Freitag lässt 24-Stunden-Dienste nicht mehr zu:

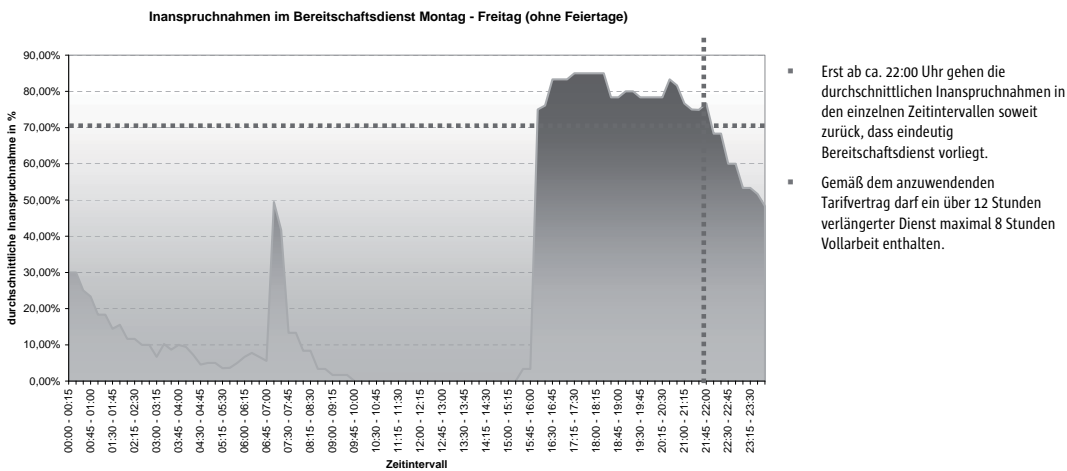
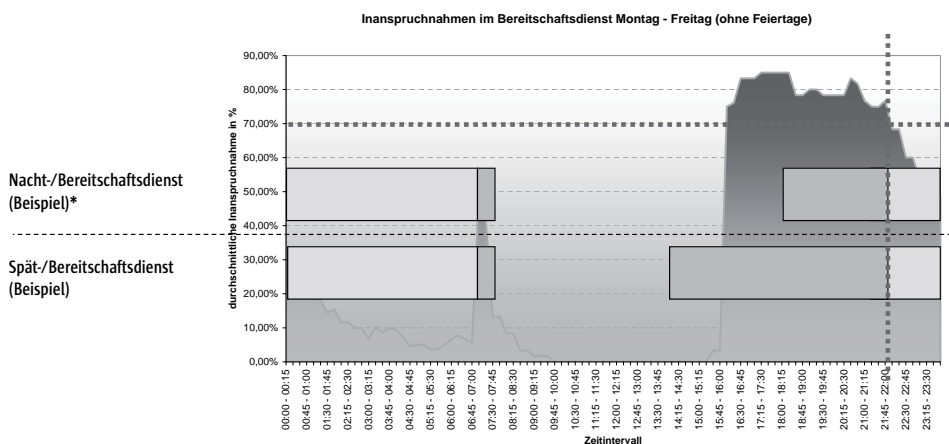


Abb. 108 Anpassung der Dienststruktur auf Grundlage der Inanspruchnahmeaufzeichnungen – Ergebnis der Inanspruchnahmeaufzeichnung in einer orthopädischen Klinik

Montag-Freitag wäre ein Dienstaufbau mit einzeln einteilbaren Spät-/Bereitschafts-diensten und/oder in Folge einzuteilenden Nacht-/Bereitschaftsdiensten möglich:



\*Abdeckung des Zeitraums zw. Ende des Tagdienstes und Beginn des Nacht-/Bereitschaftsdienstes durch einen verlängerten Tagdienst

Abb. 109 Anpassung der Dienststruktur auf Grundlage der Inanspruchnahmeaufzeichnungen in einer orthopädischen Klinik – Möglichkeiten zur Modifikation der Dienststruktur

- Nacht-/Bereitschaftsdienste mit Dienstbeginn in Vollarbeit um 18:00 Uhr und Wechsel in den Bereitschaftsdienst ebenfalls um 22:00 Uhr. Der Zeitraum zwischen Ende des Tagdienstes und dem Beginn des Nacht-/Bereitschaftsdienstes wird in dieser Abteilung durch einen verlängerten Tagdienst abgedeckt. Alternativ hierzu könnte ein Spätdienst eingeteilt werden, der allerdings die in der Praxis

häufig kritisierte morgendliche Abwesenheit dieses Arztes mit sich bringt.

Der Bereitschaftsdienstanteil, die morgendliche halbstündige Übergabe in Vollarbeit sowie das Dienstende sind in beiden Varianten identisch. Ihr wesentlicher Unterschied liegt in der Gesamtdienstdauer, die wegen der Notwendigkeit zur Einhaltung der arbeitszeitschutzrechtlichen Ruhezeit Einfluss auf



die Form der Einteilung dieser Dienste im Dienstplan hat. So können Spät-/Bereitschaftsdienste nur einzeln vergeben werden, während Nacht-/Bereitschaftsdienste auch in Folge eingeteilt werden können.

#### *Beispiel 14: 12-Stunden-Schichtmodell*

12-Stunden-Schichtmodelle bringen für die Mitarbeiter unter der Voraussetzung, dass diese langen Schichten an dafür geeigneten, nicht zu beanspruchenden Tätigkeiten mit einer angemessenen Pausenregelung eingeteilt werden, einige Vorteile mit sich. Diese bestätigen sich in der vergleichsweise hohen Akzeptanz solcher Systeme in der Praxis – häufig übrigens nach anfänglich kritischer Bewertung. Ursache hierfür dürften vor allem auch jene Punkte sein, die den Mitarbeitern die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben erleichtern. So haben Mitarbeiter in 12-Stunden-Schichtsystemen ca. ein Drittel weniger Arbeitstage und damit auch geringere Wegezeiten/-kosten. Mit den in der Regel günstigeren Schichtwechselzeiten um 18:00/19:00 Uhr gehen ca. 50% mehr freie Abende und eine bessere Anbindung an den ÖPNV einher. Es können kurze und sehr regelmäßige Arbeitsblöcke sowie einzelne Nachtschichten realisiert werden. Im Schichtsystem können grundsätzlich mehr Wochenenden komplett arbeitsfrei eingeteilt werden, in 4:1-Schichtplänen (4 Mitarbeiter/Mitarbeitergruppen besetzen einen Arbeitsplatz/eine Arbeitsplatzgruppe) kann zum Beispiel jedes zweite Wochenende arbeitsfrei sein. Aus Sicht des Krankenhauses wirkt sich die geringere Anzahl von Übergaben unter Kapazitäts-, Kosten- wie auch unter Qualitätsgesichtspunkten positiv.

Diesen Vorteilen stehen vergleichsweise wenige potenzielle Nachteile gegenüber, die jedoch an dieser Stelle nicht verschwiegen werden sollen: An den langen Arbeitstagen ist die Belastung entsprechend hoch.

Die Freizeit ist an diesen Tagen kaum nutzbar. Die Kontinuität der Patientenbetreuung sinkt, da ein Arzt weniger häufig im Krankenhaus weilt.

In Krankenhäusern finden sich 12-Stunden-Schichtsysteme typischerweise zur Abdeckung von Intensivstationen sowie in Notaufnahmebereichen, wenn diese unter Auslastungsgesichtspunkten durchgehend in Vollarbeit besetzt werden müssen. Im ärztlichen Dienst finden angesichts der generellen Unüblichkeit von Schichtsystemen für diese Berufsgruppe zwei Schichtlagen (Tag und Nacht) in der Regel eher Akzeptanz als drei Schichtlagen (Früh, Spät und Nacht). Üblicherweise werden 12-Stunden-Schichtsysteme in Krankenhäusern mittels Rotationsverfahren für längere Zeit nach einem festen und daher für die Mitarbeiter gut kalkulierbaren Schichtplan besetzt. Die Vertretung von Ausfallzeiten erfolgt durch die im Schichtbetrieb eingeteilten Mitarbeiter untereinander, wie der nachstehende 5:1-Schichtplan einer neonatologischen Intensivstation in einem Perinatalzentrum der Stufe I zeigt (s. Abb. 110). „5:1“ bedeutet, dass fünf Ärzte den Arbeitsplatz auf der Intensivstation besetzen und der Schichtplan über fünf Wochen laufen muss. Die Ärzte steigen – wie im Abschnitt zu Grunddienstplänen – ausführlich beschrieben – versetzt in den 5:1-Schichtplan ein und jeder Arzt hat nach fünf Wochen den Plan einmal komplett durchlaufen. Dieser Plan ist darüber hinaus durch zwölfstündige Früh- und zwölfstündige Nachtdienste gekennzeichnet. Da die Vollzeit arbeitenden Ärzte im 5-Wochen-Durchschnitt ihre vertragliche Arbeitszeit unterschreiten, ist die blockweise Einteilung von Vertretungsdiensten vorgesehen, die die durchschnittliche Einhaltung der vertraglichen Wochenarbeitszeit sicherstellen und durch ihre systematische Einteilung im Schichtplan die Organisation von ausfallzeitbedingten Vertretungen erleichtern (siehe Abschnitt 18.4.3.).

	Woche 1							Woche 2							Woche 3							Woche 4							Woche 5											
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So					
Frühdienst																																								
Nachtdienst																																								

Besetzungsplan

	Woche 1							Woche 2							Woche 3							Woche 4							Woche 5						
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Frühdienst	1	1	1	1	4	4	4	2	2	2	2	5	5	5	3	3	3	3	1	1	1	4	4	4	4	2	2	2	5	5	5	5	3	3	3
Nachtdienst	5	5	5	5	3	3	3	1	1	1	1	4	4	4	2	2	2	2	5	5	5	3	3	3	3	1	1	1	4	4	4	4	2	2	2

Vertretungs- dienste, ggf.																																					
	4	4	2	2	2	2	5	5	5	3	3	3	3	1	1	1	4	4	4	4	2	2	2	5	5	5	5	3	3	3	1	1	1	4	4	2	2

Abb. 110 Vertretungsflexibler 5:1-Schichtplan in einer neonatologischen Intensivstation (Level 1) für besonders früh geborene Säuglinge

### 18.6 Lebensphasenorientierte Variation der Vertragsarbeitszeit

Einen wesentlichen Beitrag zur vereinbarkeitsorientierten Arbeitszeitgestaltung leisten Optionen zu einer unaufwändigen und an den unterschiedlichen Lebensphasen ausgerichteten Variation der vertraglichen Arbeitszeitdauer.

Während durch das Teilzeit- und Befristungsgesetz die Möglichkeiten einer Reduzierung der Vertragsarbeitszeit entsprechend persönlichen Bedürfnissen deutlich verbessert worden sind, besteht hinsichtlich der Wiederaufstockung der Arbeitszeitdauer kein gesetzlicher Anspruch. Für viele Mitarbeiter – insbesondere im vollzeitnahen Bereich – hängt die Attraktivität von verringerten Arbeitszeitvolumina jedoch insbesondere davon ab, ob Phasen verminderter Arbeitszeitengagements mit solchen erhöhten Arbeitszeitbudgets durchlässig variiert werden können. Das hierfür entwickelte Konzept wird als Wahlarbeitszeit bezeichnet.

Des Weiteren werden neben einem Beispiel zur Wahlarbeitszeit in diesem Kapitel Beispiele für innovative Teilzeitmodelle sowie zur Einrichtung von Langzeitkonten vorgestellt.

#### Beispiel 15: Wahlarbeitszeitmodell

Die Mitarbeiter eines süddeutschen Klinikums haben auf der Basis einer Betriebsvereinbarung Anspruch auf Reduzierung und Wiedererhöhung ihrer Vertragsarbeitszeit im Rahmen von Wahlarbeitszeit, die in diesem Fall Bestandteil der lebensphasenorientierten Arbeitszeitgestaltung dieses Hauses ist. Konkret ermöglicht die Vereinbarung jedem Vollzeitmitarbeiter die tarifliche Wochenarbeitszeit von derzeit 38,5 bzw. 40 Stunden (Geltung unterschiedlicher Tarifverträge mit verschiedenen Vollzeit-Vertragsarbeitszeiten für verschiedene Berufsgruppen) ohne Angabe von Gründen befristet oder unbefristet auf 80% des Vollzeitvolumens und damit auf 30,8 bzw. 32 Stunden pro Woche zu verringern, wobei sein Entgelt entsprechend proportional angepasst wird. Der Mitarbeiter ist an diese Entscheidung mindestens ein halbes Jahr gebunden. Bei der An-kündigung des Wunsches zur Reduzierung bzw. Wiederaufstockung der Vertragsarbeitszeit muss der Mitarbeiter lediglich eine grundsätzliche Frist von drei Monaten zum Monatsende berücksichtigen, damit sich das Klinikum auf die geringere Personalkapazität organisatorisch einstellen kann. Einvernehmlich sind gegebenenfalls auch kürzere Ankündigungsfristen möglich.