

Schleswig-Holsteinischer Landtag

Stenographischer Dienst

# **N i e d e r s c h r i f t**

## **Sozialausschuss**

63. Sitzung

am Donnerstag, dem 5. Juni 2003, 9:00 Uhr,  
im Konferenzsaal des Landtages

**Anwesende Abgeordnete**

Andreas Beran (SPD)

Vorsitzender

Wolfgang Baasch (SPD)

Arno Jahner (SPD)

Siegfried Tenor-Alschausky (SPD)

Torsten Geerds (CDU)

Werner Kalinka (CDU)

Angelika Birk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

**Weitere Abgeordnete**

Silke Hinrichsen (SSW)

Lars Harms (SSW)

**Fehlende Abgeordnete**

Peter Eichstädt (SPD)

Helga Kleiner (CDU)

Veronika Kolb (FDP)

Thomas Stritzl (CDU)

Die Liste der **weiteren Anwesenden** befindet sich in der Sitzungsakte.

<b>Tagesordnung:</b>	<b>Seite</b>
<b>1. Anhörung</b>	<b>5</b>
<b>a) Bericht über den Bereitschaftsdienst der Ärztinnen/Ärzte in Krankenhäusern</b>	
Bericht der Landesregierung Drucksache 15/1915	
<b>b) Einführung des Fallpauschalensystems (DRG) an schleswig-holsteinischen Krankenhäusern</b>	
Landtagsbeschluss vom 15. November 2002 Drucksache 15/2242	
Bericht der Landesregierung Drucksache 15/2316	
<b>2. Förderung benachteiligter Jugendlicher</b>	<b>17</b>
hier: Beschlussfassung über eine Anhörung	
hierzu: Schreiben des Arbeitskreises Arbeit, Gesundheit und Soziales der SPD-Fraktion Umdruck 15/3400	
<b>3. Terminplanung für das zweite Halbjahr 2003</b>	<b>18</b>
<b>4. Verschiedenes</b>	<b>19</b>

Der Vorsitzende, Abg. Beran, eröffnet die Sitzung um 9:00 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit des Ausschusses fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

Punkt 1 der Tagesordnung:

### **Anhörung**

#### **a) Bericht über den Bereitschaftsdienst der Ärztinnen/Ärzte in Krankenhäusern**

Bericht der Landesregierung  
Drucksache 15/1915

(überwiesen am 21. Juni 2002)

hierzu: Umdrucke 15/2622, 15/2624, 15/2658, 15/2683, 15/2694, 15/3453,  
15/3454, 15/3455, 15/3456

#### **b) Einführung des Fallpauschalensystems (DRG) an schleswig-holsteinischen Krankenhäusern**

Landtagsbeschluss vom 15. November 2002  
Drucksache 15/2242

Bericht der Landesregierung  
Drucksache 15/2316

(überwiesen am 13. Dezember 2002)

- Anja Rädisch, DAK und VdAK, Jürgen Weißer, AOK
- Dr. Hannelore Machnik, Adolf Gehrke, Bertram Bartel, Marburger Bund  
Umdrucke 15/2624, 15/3453
- Karin Friedrich, ver.di  
Umdruck 15/3454
- Bernd Kraemer, Patrick Raimund, Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein  
Umdrucke 15/2658, 15/3455

- Barbara Schulte, Pflegedirektorin des Uni-Klinikums Lübeck

Umdruck 15/3456

### **AOK, DAK und VdAK**

Herr Weißer weist einleitend darauf hin, dass für die Krankenkassen keine Möglichkeit bestehe, in die Autonomie der Vertragsparteien einzugreifen. Die Krankenkassen seien betroffen, wenn die Auswirkungen tariflicher Änderungen über eine entsprechende Gesetzgebung in die Verhandlungen mit den Krankenhäusern einfließen. Grundsätzlich unterliegen Krankenkassen und Krankenhäuser dem gesetzlichen Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Den Vereinbarungen seien somit enge Grenzen gesetzt, denn laut Gesetzgeber dürften die Ausgaben nicht höher steigen als das gesamte Finanzierungsvolumen. Die diesjährige – vom Bund festgelegte – Veränderungsrate liege für den Westen bei 0,81 %.

In der Bundesrepublik gebe es eine Tarifautonomie. Nach Auffassung der Krankenkassen seien die bestehenden tariflichen Regelungen völlig ausreichend, um die zu leistenden Dienste sicherzustellen und die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Die Krankenkassen sähen keine Notwendigkeit, weitere gesetzliche Regelungen für den Bereitschaftsdienst vorzunehmen. Die jüngste Stellungnahme des Bundesarbeitsgerichts teile diese Auffassung. Zu Problemen mit der ärztlichen Versorgung könnte es – nach Auffassung der Krankenkassen - lediglich dann kommen, wenn Krankenhausträger die tariflichen Vorgaben zur Arbeitszeit nicht erfüllten. Sollte es aufgrund einer neuen Rechtsprechung zu weitergehenden Regelungen kommen, so sollte die Umsetzung über zeitgemäße Arbeitszeitmodelle, die von einigen Krankenhäusern bereits praktiziert würden, weitgehend budgetneutral erfolgen. Zur allgemeinen Situation bemerkt Herr Weißer, in den letzten vier Jahren seien in den Krankenhäusern Schleswig-Holsteins 500 zusätzliche stationäre Klinikärzte eingestellt worden.

Auf den Hinweis von Abg. Birk auf das Interesse der Krankenkassen - einschließlich ihrer Mitglieder - an einer guten Patientenversorgung hin bemerkt Frau Rädisch, die Krankenkassen seien verpflichtet, sich an Gesetzesvorgaben zu halten. Wenn Krankenhäuser sich innerhalb der vorgegebenen Strukturen so organisierten, dass sie einen Dreischichtdienst umsetzen könnten, dann sei das zu unterstützen.

Ergänzend bemerkt Herr Weißer, die Umsetzung von Modellen sei mit der Frage verbunden, wie hoch die Kosten für die Kassen seien, um die Einführung eines Modells zu finanzieren. Daher seien neben den langfristigen Einsparmöglichkeiten auch kurz- und mittelfristige Einsparmöglichkeiten die Voraussetzung. Die Kassen begrüßten Umstrukturierungsbestrebungen zwar, seien jedoch nicht in der Lage, diese finanziell zu unterstützen.

Auf die Frage von Abg. Kalinka, ob es Überlegungen gebe, innerhalb des bestehenden Budgets eine stärkere Verlagerung auf die Krankenhäuser vorzunehmen, antwortet Herr Weißer, das sei ein komplexes Vorhaben. Im Rahmen der Gesetzgebung werde versucht, dies voranzutreiben. Ein Problem dabei seien die Bestrebungen der Besitzstandswahrung einzelner Bereiche der Versorgung.

Unter Bezugnahme auf Bemerkungen von Abg. Birk zu der Verpflichtung der Krankenkassen, im Sinne der Sicherheit der Patienten eine Überlastung der Ärztinnen und Ärzte zu vermeiden, weist Herr Weißer darauf hin, dass in Schleswig-Holstein zusätzlich 3 Millionen € in die Versorgung eingeflossen seien, um die Arbeitszeitregelungen in den Krankenhäusern zu verbessern. Die Kassen hätten somit ihren Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung geleistet.

Sodann bemerkt Herr Weißer in Antwort auf Abg. Birk, derzeit gebe es aus Sicht der Krankenkassen keinen Ergänzungsbedarf. Eine Klarstellung sei jedoch in dem sich abzeichnenden Widerspruch zwischen tariflichen Regelungen einerseits und Arbeitszeitvorgaben der europäischen Ebene andererseits nötig.

Frau Rädisch greift die Frage von Abg. Tenor-Alschausky nach der Berücksichtigung von eventuellen Patientenbeschwerden auf und führt aus, der VdAK wende sich im Falle von Beschwerden direkt an die Mitgliedskassen. Herr Weißer ergänzt, bisher habe es keine Häufung von Beschwerden gegeben. Sollte dies der Fall sein, so würde – auch bei den eventuell betroffenen Krankenhäusern – umgehend eine strikte Intervention erfolgen. Leider seien die Spielräume für Verbesserungen, an denen die Vertreter der Krankenkassen als ebenfalls Betroffene sehr interessiert wären, in den letzten Jahren immer geringer geworden.

Unter Bezugnahme auf Abg. Kalinka weist Herr Weißer darauf hin, die anteilige Verwendung der genannten 3 Millionen € sei in den einzelnen Häusern sehr unterschiedlich. Die Krankenhäuser wären verpflichtet, Konzepte zur Mittelverwertung vorzulegen. Ziel sei jeweils, die Struktur der Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern zu verbessern. Die sinkende Attraktivität der ärztlichen Tätigkeiten innerhalb der Krankenhäuser sei ein gesellschaftliches Prob-

lem, auf das die Krankenkassen keinen regelnden Einfluss hätten. Auch hätten sie aufgrund der Autonomie der Häuser keinen Einfluss auf die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben innerhalb der einzelnen Krankenhäuser. Ähnliches gelte bei einem Wegfall der Dienste von Ärzten im Praktikum. Auch hier sähen die Krankenkassen keinen gesetzlichen Regelungsbedarf.

Herr Weißer greift die Bemerkung von Abg. Jahner auf, die Krankenkassen sollten innovativ tätig werden, und erwidert, die Krankenkassen versuchten in dem ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Rahmen den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen. Adressat für Forderungen sollte vielmehr die Politik sein, die das Gesundheitswesen – insbesondere im Bereich der Krankenkassen – mit vielen zusätzlichen und sachfremden Leistungen belaste, die von den Kassen sichergestellt werden müssten.

Zur Frage von Abg. Kalinka nach etwaigen Kostensteigerungen durch die Einführung des Fallpauschalensystems bemerkt Frau Rädich, der VdAK habe bundesweit für das erste Quartal 2,3 % Kostensteigerungen verzeichnet. Durch die Einführung der DRG (Diagnosis Related Groups) sei für 2003/2004 eine Kostenneutralität vorhergesagt. Die diesjährige Kostensteigerungsrate von 0,81 % helfe sicherlich bei der Umsetzung.

In Antwort auf Abg. Jahner, der auf eine Pressemitteilung von Abg. Kalinka hinweist, bemerkt Herr Weißer, den Krankenkassen lägen noch keine Zahlen über die Kostenentwicklung durch die Einführung von Fallkostenpauschalen vor. Allerdings zeichne sich durch die Fallzahlerhöhung eine Kostensteigerung ab. Qualitätssicherung spiele nach wie vor eine wichtige Rolle. Die Umstellung auf Fallkostenpauschalen sei jedoch in erster Linie keine Maßnahme zur Qualitätssteigerung, sondern bedeute ein neues Abrechnungssystem. Aufgabe der Krankenkassen wäre es, auch weiterhin eine qualitätsgesicherte Behandlung sicherzustellen.

### **Marburger Bund**

Dr. Hannelore Machnik trägt im Wesentlichen eine Stellungnahme des Marburger Bundes über den Bereitschaftsdienst der Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern, Umdruck 15/3453, vor.

Auf die Frage von Abg. Birk nach der Zukunftsfähigkeit der aktuell bestehenden oder zu diskutierenden Arbeitszeitmodelle in Deutschland und dem gesetzlichen Handlungsbedarf führt

Frau Dr. Machnik aus, die vom Landesrechnungshof beanstandete teilweise Verdopplung des Gehalts der Ärztinnen und Ärzte beruhe auf geleisteter Arbeit. In der Regel werde jedoch nur ein Teil der geleisteten Überstunden vergütet. Umfragen unter den Ärzten hätten ergeben, dass das klassische Dreischichtmodell nicht gewünscht werde. Dieses System wäre auch unter dem Aspekt der Patientenversorgung nicht sinnvoll, denn Routineuntersuchungen oder Routineoperationen wären auch den Patienten nachts kaum zuzumuten. Denkbar sei ein gestaffeltes Zweischichtsystem mit versetzten Diensten und einer Kernarbeitszeit zwischen 7 Uhr und 20 Uhr. Eine Umsetzung dieses Systems sei von den Krankenhäusern nicht kostenneutral zu leisten.

Von Abg. Hinrichsen auf den hohen Verwaltungsaufwand der Ärztinnen und Ärzte und Erfahrungen aus dem Ausland angesprochen, führt Herr Bartel aus, die Situation in Hamburg sei mit der eines Flächenlandes wie Schleswig-Holstein kaum vergleichbar. Auch in kleinen Kliniken müsste - ungeachtet des Arbeitsanfalls - nachts eine ärztliche Präsenz gewährleistet sein. In Skandinavien gebe es für Ärzte sehr geregelte Arbeitszeiten. Sowohl das Versorgungs- als auch das Anspruchsniveau sei in Deutschland deutlich höher.

Frau Dr. Machnik ergänzt die Ausführungen von Herrn Bartel und bemerkt, es sei Aufgabe von Politik und Gesellschaft, die Frage zu klären, ob das bestehende System angesichts des Kostendrucks noch aufrechtzuerhalten sei. Zum Stichwort Verwaltungsaufwand sei anzumerken, die notwendige Dokumentation könne zwar auch nachts erfolgen, jedoch nur von dem ausführenden Arzt selbst. Insofern könnten die nachts arbeitenden Ärzte nicht die Dokumentation für ihre tagsüber arbeitenden Kollegen übernehmen.

Mit Bezug auf Fragen von Abg. Kalinka berichtet Herr Gehrke aus seiner Erfahrung als Oberarzt einer Klinik in Flensburg. Da er als Oberarzt bei Operationen präsent sein müsse, müsse man in der Dienstzeit von 16 Uhr nachmittags bis morgens 8 Uhr jederzeit einsatzbereit zu sein. In der Praxis sei es nicht selten der Fall, dass man einen solchen Dienst jede zweite Nacht und jedes zweite Wochenende zu leisten habe. Dies bedeute, dass man mit dem Vorlauf eines achtstündigen Regeldienstes 16 Stunden Bereitschaftsdienst leiste und am folgenden Tag den Dienst fortsetze. Daraus entstünden Marathondienste von 32 Stunden. Die umfangreichen Pflichten eines Arbeitstages wären in acht Stunden nicht zu leisten. Wenn zum Beispiel die Dokumentationsaufgaben mit in den Bereitschaftsdienst übernommen würden, so seien dies Routinearbeiten, die eigentlich nicht dem Bereitschaftsdienst zuzuordnen wären. Gleiches gelte für Notfälle oder Aufgabenerweiterungen anderer Art. Überstundenkumulatio- nen ließen sich nicht vermeiden. Man laufe ständig der Erfüllung seiner Aufgaben hinterher.

Eine Qualitätssicherung oder gar Steigerung sei entsprechend problematisch. Die hohen Belastungen wären fehlerträchtig und müssten geändert werden.

Von Abg. Birk auf die Frage der Situation der Geschlechter in diesem Bereich angesprochen, antwortet Frau Dr. Machnik, es gebe zum Beispiel in der Urologie oder in der Chirurgie einen höheren Anteil männlicher Kollegen. In anderen Bereichen – wie zum Beispiel in den Bereichen HNO, Haut und Kinder – seien mehr Ärztinnen vertreten. Eine Umfrage unter Ärztinnen habe ergeben, dass das nie zu kalkulierende Ende der Tätigkeit – gerade für Ärztinnen mit Kindern – ein unhaltbarer Zustand sei. Ein weiteres Problem für Ärztinnen mit einer Teilzeitstelle sei, dass die Bereitschaftsdiensthäufigkeit – entsprechend ihrer Teilzeit – nicht reduziert werden könne. Auch dies sei unhaltbar.

Frau Dr. Machnik ergänzt die Ausführungen von Herrn Gehrke. Der medizinische Beruf erfreue sich uneingeschränkt großer Beliebtheit. Die Studienabbruchrate liege mit 8 % am unteren Ende der Liste der Studiengänge. Dennoch suchten sich Ärzte Berufsfelder außerhalb der Krankenhäuser oder sogar im Ausland, um unter anderem dem Zwang des Status eines Arztes im Praktikum zu entgehen. Es sei zu hoffen, dass nunmehr erreicht werde, dass ein Arzt im Praktikum nicht länger 18 Monate für 600 € pro Monat unter extremen Belastungen arbeiten müsse.

Sodann erläutert Herr Bartel kurz die Position des Marburger Bundes zur Einführung des Fallpauschalensystems (DRG) an schleswig-holsteinischen Krankenhäusern. Aufgrund seiner hohen Transparenz sei das System von allen Beteiligten gewünscht. Als Kritikpunkt sei zum einen jedoch der 100-%-Ansatz zu nennen. Dieser sei für das einzelne Krankenhaus gefährlich, denn jede Unschärfe des gegliederten - aber dennoch nicht vollständig differenzierten Systems - treffe die Krankenhäuser und die Kostenträger. Ein weiterer Kritikpunkt sei, dass die ärztliche Weiterbildung in dem System nicht berücksichtigt werde. Ferner sei das System innovationsfeindlich. Neue Verfahren, die mit eventuell höheren Kosten verbunden wären, könnten nur schwer abgebildet werden. Der Anreiz, solche Verfahren anzuwenden, sei relativ gering. Ein weiteres Problemfeld seien komplexe Fälle. Dieses System bestrafe ein Krankenhaus, das nicht nur eine Erkrankung behandle, sondern den Patienten in seiner gesamten Komplexität. Letztlich werde nur eine Behandlung bewertet. Die Erfahrung anderer Länder habe gezeigt, dass zwar die Zahl der Behandlungen steige, sich die Verweildauer verkürze, jedoch die Anzahl der Verlegungen in Pflegeheime steige. Aktuell sei zu berichten, dass die DRG den Kliniken bereits jetzt Ressourcen aus der Krankenversorgung entzögen. Die zusätzlichen Dokumentationsbelastungen für die behandelnden Ärzte seien erheblich. All dies ge-

schehe bei gleich bleibenden Budgets und bedeute somit einen Verlust von ärztlicher Arbeitskraft in der Krankenversorgung.

Von Abg. Hinrichsen auf die Dauer der Codierungsarbeiten angesprochen, ergänzt Herr Bartel, der zeitliche Aufwand betrage bei komplexeren Operationen – beispielsweise der eines Unfallopfers mit Mehrfachverletzungen – bis zu 40 Minuten. Wenn dieser Aufwand nicht betrieben werde, werde dem Krankenhaus wirtschaftlicher Schaden zugefügt. Die Einführung der DRG sei offenbar ohne Rücksicht auf diesen Aspekt erfolgt. In Australien gebe es eigens eingesetzte Codierer. Ein großer Teil der Dokumentationsaufgaben sei an den ärztlichen Wissensstand gebunden und somit nicht delegierbar.

Herr Gehrke greift eine Frage von Abg. Birk auf und berichtet, in Australien werde die ärztliche Leistung - anders als in Deutschland - vielfach direkt mit dem operierenden Arzt und nicht über das Krankenhaus abgerechnet. Dort wisse man offensichtlich um das Problem, dass sich bestimmte Bereiche dieser Art der Kalkulation realistischere Weise entzögen. Ein echter Vergleich zwischen Deutschland und Australien lasse sich somit nicht ziehen. In Deutschland versuche man aufgrund der Vorgaben, die Patientenversorgung zeitlich zu straffen; allerdings gebe es hier Grenzen. Durch die Einführung der DRG werde eigentlich mehr – und nicht weniger – Personal benötigt.

Herr Bartel beantwortet sodann die Frage von Abg. Tenor-Alschausky nach dem Erfahrungsaustausch zwischen den Krankenhäusern und den Erfahrungen mit dem lernenden System. Es gebe einen regelmäßigen Austausch zwischen den Krankenhäusern. Ferner gebe es ein großes Angebot von diversen Unternehmensberatern. Das lernende System beinhalte eine notwendige Weiterentwicklung des Systems.

Unter Bezugnahme auf Ausführungen von Abg. Jahner bemerkt Frau Dr. Machnik, die Dokumentation sei ein sehr wichtiger Faktor und werde vom Marburger Bund nicht infrage gestellt. Sie ermögliche die Darlegung von Schwachstellen, belege den Umfang ärztlicher Leistungen und bilde die Grundlage von Gerichtsverfahren. Die Kritik richte sich lediglich gegen die ausufernden Dokumentationsverpflichtungen.

In seiner abschließenden Bemerkung führt Herr Bartel mit Bezug auf Fragen von Abg. Kalinka und Abg. Birk aus, er halte den in Deutschland eingeschlagenen Weg einer einhundertprozentigen Einführung innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren für schwierig. Der Marburger Bund setze sich daher für eine deutliche Verlängerung der budgetneutralen Phase ein. Insgesamt leiste das System eine Erhöhung der Transparenz der Qualität der Leistungen. Es werde

in Deutschland keine so genannten blutigen Entlassungen geben. Frau Dr. Machnik betont die Notwendigkeit von Nachstudien und Systemweiterentwicklungen. Dieses System sei insgesamt eine positive Entwicklung, da es eine Transparenz ermögliche, die es scheinbar vorher nicht gegeben habe.

### **ver.di**

Frau Friedrich führt aus der Sicht von ver.di in die Thematik ein und stellt fest, Bereitschaftsdienst sei Arbeitszeit. Die Problematik betreffe nicht nur den ärztlichen Bereich, sondern den gesamten pflegerischen Bereich. Die grundsätzliche Frage sei, ob europäisches Recht in der Lage sei, auf nationales Recht einzuwirken. Aus ihrer, Frau Friedrichs, Sicht sei diese Frage nunmehr entschieden. Aus einem Schlussantrag des Generalanwalts des Europäischen Gerichtshofes vom 6. Mai 2003 gehe eindeutig hervor, dass die Ruhezeit von elf Stunden bindend sei. Bereitschaftsdienst sei Arbeitszeit und die wöchentliche Höchstarbeitszeit liege im Durchschnitt von vier Monaten bei 48 Stunden. Dabei gelte diese Regelung sowohl für öffentliche als auch für private Arbeitgeber. Als Reaktion darauf sei ver.di dabei, bundesweit und auf verschiedenen Ebenen über das Thema zu reden und Tarifverträge anzupassen. Weiterhin bestehe nach Auffassung von ver.di eine dringende Notwendigkeit zur Novellierung des Arbeitszeitgesetzes, um die Festschreibung der EU-Normen zu gewährleisten. Eine entsprechende Initiative des Landes Schleswig-Holstein sei wünschenswert.

Unter Bezugnahme auf die Rolle der Arbeitsschutzbehörden kritisiert Frau Friedrich, dass in dem Bericht der Landesregierung die Kontrollfrage vage formuliert werde. Von den entsprechenden Behörden sei nicht nur gegebenenfalls eine Kontrolle der Umsetzung zu erwarten, sondern tatsächlich und sehr intensiv, denn es gehe nicht nur um den Schutz der Beschäftigten, sondern auch um den Schutz der Patienten. Grundsätzlich sei es wünschenswert, Modellprojekte zu ermöglichen und Entwicklung Raum zu geben.

Zum Thema DRG berichtet Frau Friedrich, bei diesem System gehe es offensichtlich darum, Kosten zu reduzieren. Es sei eine komplette Neustrukturierung des Marktes zu beobachten. In Schleswig-Holstein nehme die Zahl der Krankenhäuser, die in private Trägerschaft übergingen, zu. Wenn die Entwicklung anhalte, werde in einigen Jahren kein einziges Haus mehr in öffentlicher Hand sein. Mit der Einführung der DRG müsse dringend eine Vernetzung der ärztlichen Versorgung einhergehen. Dabei dürfe weniger auf Lobbyinteressen Rücksicht genommen werden. Weiterhin gebe es umfangreichen Bedarf an Vorbereitung und Ausbildung.

Man habe die Sorge, dass Arbeitsplätze vernichtet werden. Es zeichne sich ab, dass gerade kleinere Häuser große Probleme hätten, das zusätzliche Engagement zur Einführung der DRG zu leisten. In einem Haus in Mecklenburg-Vorpommern mit 700 Beschäftigten sei der Arbeitslohn für den Monat Mai immer noch nicht ausgezahlt worden. Dies biete Anlass zu großer Sorge. Es bestehe jedoch die Hoffnung, dass die Einführung der DRG im Laufe der Zeit die Kosten senken werde.

Abschließend bemerkt Frau Friedrich zum Stichwort Ausbildung, Krankenhäuser wären nach wie vor große Ausbildungsorte. Kürzungen in diesem Bereich wären angesichts des herrschenden Mangels an Ausbildungsplätzen problematisch. Hier sei Unterstützung nötig.

Auf die Frage von Abg. Birk nach einer möglichen Optimierung des Systems antwortet Frau Friedrich, letztlich sei die Frage, welche Gruppe sich wie durchsetze. Wenn die Ziele Kosteneinsparungen bei mehr Transparenz und steigender Qualität wären, dann werde es Abstriche geben. Wenn der Ausbildungsbereich als lediglich Kosten verursachend angesehen werde, dann bleibe er außen vor.

Sodann bestätigt Frau Friedrich, auf eine Frage von Abg. Kalinka antwortend, man sei der Auffassung, der Gesetzentwurf sei noch nicht schlüssig. Es werde mit Sicherheit noch Veränderungen geben müssen.

Zum Stichwort Rüschemann-Gutachten bemerkt Frau Friedrich, die Ausrichtung, die diesem Gutachten zugrunde liege, sei ausschließlich betriebswirtschaftlicher Natur. Aufgrund des vom Sozialministerium auferlegten Zeitdrucks habe es in Schleswig-Holstein kaum noch Möglichkeiten gegeben, auch mit den Beschäftigten vor Ort in Diskussionen einzutreten.

Abg. Jahner widerspricht Frau Friedrich. Er habe seinerseits Gesprächsinitiativen vonseiten der Gewerkschaft ver.di vermisst. Abg. Birk hält dagegen, ver.di habe frühzeitig ausführliche schriftliche Stellungnahmen zur Verfügung gestellt.

Abg. Kalinka bemerkt, die von Frau Friedrich geäußerte Sorge bezüglich der Krankenhausprivatisierungen werde aufgenommen. Frau Friedrich verweist auf den Bericht „Krankenhauslandschaft 2015“, der ein recht düsteres Bild zeichne. Bundesweit würden gegenwärtig pro Monat ein bis zwei Häuser privatisiert. Diese Entwicklung gelte auch für Schleswig-Holstein. Anzustreben wäre vielmehr eine stärkere Vernetzung der öffentlichen Häuser, um den Anforderungen gerecht werden zu können.

(Unterbrechung von 12:15 bis 13:30 Uhr)

### **Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein**

Herr Kraemer bemerkt einleitend, man befinde sich in Schleswig-Holstein auf einem guten Weg, das neue Vergütungssystem einzuführen. In Schleswig-Holstein sei das Interesse an dem System groß, weil man das Ziel verfolge, gleiches Geld für gleiche Leistung zu erhalten. Im bundesweiten Vergleich arbeiteten die schleswig-holsteinischen Kliniken wirtschaftlicher, denn während der Durchschnitt der festgesetzten Basisfallwerte der einzelnen Krankenhäuser in Schleswig-Holstein bei 2.500 € liege, betrage dieser Wert in Hamburg beispielsweise 3.000 €. In seinen weiteren Ausführungen bezieht Herr Kraemer sich sodann auf Umdruck 15/3455.

In Antwort auf Fragen von Abg. Birk zu den Beteiligten an der Systemgestaltung und dem Kalkulationsverfahren führt Herr Raimund aus, dass es sich bei der Einführung der DRG um die Einführung eines lernenden Systems handele. Im Einzelnen bedeute dies, es sei gesetzliche Vorgabe, das System in den Jahren 2003 und 2004 budgetneutral einzuführen. Dazu werde das Budget des Vorjahres eines Krankenhauses durch die derzeit auch für Schleswig-Holstein geltende Veränderungsrate von 0,81 % erweitert.

Die Aufgabe der Selbstverwaltung auf Bundesebene sei es nunmehr, zu einzeln abzurechnenden DRG zu gelangen. Da das Selbstverwaltungsverfahren in 2002 für 2003 nicht zu einem Erfolg geführt habe, habe es eine Ersatzvornahme durch das Bundesgesundheitsministerium gegeben. Unabhängig von der Frage, wer die Festlegungen vornehme, sei zu beachten, dass die Festlegung immer nur zu so genannten Relativgewichten – also zu einer relativen Bewertung eines Falles im Verhältnis zum Durchschnittsfall - führe. Insofern könne die Einbeziehung bisher nicht gedeckter Kosten die zur Verfügung stehende Summe für das einzelne Krankenhaus nicht erhöhen. Unter Umständen würde lediglich die Bewertung der einzelnen Leistungen untereinander verändert. Dem System stehe kein einziger zusätzlicher Euro zur Verfügung. Aufgabe der Selbstverwaltung sei es nunmehr, auf der Basis von Echtabrechnungsdaten und aufgrund einer verbesserten Kalkulationsbasis zu einer immer besseren Abbildung der Realität zu kommen. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben könne das System keine etwaigen Unterfinanzierungen ausgleichen.

Mit Bezug auf die Frage des Abg. Baasch nach der Beteiligung des Gesundheitsministeriums erklärt Herr Kraemer, man habe im Rahmen der Verhandlungen der Selbstverwaltung die Notbremse gezogen, um somit dem Bundesgesundheitsministerium den Weg für die Ersatzvornahme zu öffnen. Zur Erleichterung der Arbeit habe das Ministerium auf umfangreiche Arbeitsergebnisse der Selbstverwaltung zurückgreifen können. Auch in diesem Jahr drohe eine ähnliche Situation. Unabhängig von den neuen Vergütungsfragen sei die Zusammenarbeit mit dem Ministerium stets gut. Grundsätzlich habe das Ministerium lediglich eine behördliche Genehmigungsfunktion.

In Antwort auf die von Abg. Birk angesprochenen Kräfteverhältnisse bei der Festlegung der DRG bemerkt Herr Raimund, es wären keine Leistungen vergessen worden, allerdings sei die Datenbasis der ersten Kalkulation sehr schmal gewesen und habe auch qualitative Lücken aufgewiesen. Aus diesem Grund sei das Jahr 2003 vom Gesetzgeber zum optionalen Jahr erklärt worden. Das Problem der Ausbildungsfinanzierung solle durch eine Umlagefinanzierung gelöst werden, die ab 2005 in Kraft trete. Dann würden die Kosten der Ausbildung – insbesondere für die Krankenpflege – aus den Budgets herausgenommen und extra vergütet. Insofern sollte es aufgrund der Vorgaben des Gesetzgebers keine Anreize geben, Ausbildung in der Folge der Anwendung des DRG-Systems zu reduzieren.

Auf die Frage des Abg. Kalinka nach den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems auf die Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein antwortet Herr Kraemer, Schleswig-Holstein sei ein Flächenland. Es müsse damit gerechnet werden, dass es zu Zentralisierungen kommen werde, denn die Ökonomie beflügelt eine Spezialisierung. Durch das Instrument des Sicherstellungszuschlags werde denjenigen Kliniken, die mit den Fallpauschalen nicht auskommen könnten, Hilfe gewährt.

Zum Stichwort der Verweildauerverkürzung bemerkt Herr Raimund, für Schleswig-Holstein gebe es noch kein belastbares Zahlenmaterial. Statistische Aussagen wären daher schwierig. Im Jahr 2003 werde mit Sicherheit ein Verweildauerrückgang zu verzeichnen sein. Dieser sei seit circa 1970 jährlich zu verzeichnen. Die Frage, ob es eine Beziehung zwischen dem zu beobachtenden Verweildauerrückgang und der Einführung der DRG gebe, sei schwer zu beantworten.

Herr Kraemer ergänzt, er sehe nicht die Gefahr, dass Patienten zu früh entlassen würden, denn die Verordnung sehe für ein Krankenhaus Abschlüsse vor, wenn die Verweildauer eines Patienten zu kurz sei.

Mit Bezug auf eine Frage von Abg. Tenor-Alschausky erläutert Herr Kraemer, die Frage der Arbeitsbedingungen sei nicht von der Trägerschaft der Krankenhäuser abhängig. Insbesondere in dem neuen System würden hochqualifizierte und hochmotivierte Arbeitskräfte gebraucht.

Zum Thema Bereitschaftsdienst der Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern berichtet Herr Kraemer, man erwarte und hoffe, dass der Europäische Gerichtshof endlich für Klarheit Sorge. Bei der Vielzahl der Modelle bleibe bis zu einer rechtssicheren Klärung eine gewisse Unsicherheit. Allerdings könne mit der Klärung Ende des Jahres gerechnet werden. Grundsätzlich gebe es kein allgemein gültiges Modell für alle Kliniken.

### **Pflegedirektorin des Uni-Klinikums Lübeck**

Frau Schulte trägt unter anderem anhand einer PowerPoint-Präsentation im Wesentlichen die Inhalte des Umdrucks 15/3456 vor.

Auf die Frage von Abg. Birk nach Möglichkeiten zur Optimierung des neuen Systems antwortet Frau Schulte, die Abgeordneten könnten sich beispielsweise dafür einsetzen, für das Land Schleswig-Holstein eine staatliche Anerkennung für den neuen Ausbildungsberuf der Operationstechnischen Assistenten zu erwirken, wodurch dieser Ausbildungsberuf in das DRG-System aufgenommen werden müsste und somit finanzierbar wäre. Ferner sei es wichtig, auf Landesebene eine Bedarfsermittlung zum Bereich der Pflegekräfte durchzuführen. Die gegenwärtig stark dezentrale Struktur der Krankenpflegeausbildung in Schleswig-Holstein werde in Zukunft kaum noch tragbar sein.

Unter Bezugnahme auf Abg. Tenor-Alschausky führt Frau Schulte sodann aus, es sei dem einzelnen Krankenhaus überlassen, in welcher Zusammensetzung der Pflegebereich organisiert werde. Privatkliniken tendierten dazu, mehr und mehr Hilfskräfte einzustellen und qualifizierte Pflegekräfte lediglich in einer Mindestbesetzung einzusetzen. Ferner gebe es im Krankenpflegegesetz eine Grauzone, durch die Pflegekräfte haftungsrechtliche Probleme erfahren könnten. Eine gesetzliche Absicherung von Tätigkeiten, die Teil der Ausbildung seien, jedoch eigentlich nicht von Pflegekräften ausgeführt würden dürften, würde den Pflegekräften ihre Arbeit erleichtern. Andere europäische Länder seien hier weiter.

Zum Thema Bereitschaftsdienst der Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern ergänzt Frau Schulte ihre Ausführungen und bemerkt, für den Campus Lübeck sei festzustellen, dass unter den Ärzten ein großes Interesse an einer Neuregelung bestehe. Ausdruck davon seien zum Beispiel in einigen Bereichen gehäuft auftretende Überlastungsanzeigen. Grundsätzlich wären individuelle und intelligente Lösungsmodelle gefordert.

Punkt 2 der Tagesordnung:

**Förderung benachteiligter Jugendlicher**

hier: Beschlussfassung über eine Anhörung

hierzu: Schreiben des Arbeitskreises Arbeit, Gesundheit und Soziales der  
SPD-Fraktion  
Umdruck 15/3400

Nach kurzer Diskussion kommt der Ausschuss überein, das Landesarbeitsamt zu bitten, in der nächsten Sitzung des Ausschusses zum Thema Förderung benachteiligter Jugendlicher Stellung zu nehmen.

Punkt 3 der Tagesordnung:

**Terminplanung für das zweite Halbjahr 2003**

hierzu: Umdruck 15/3310

Der Ausschuss beschließt die aus Umdruck 15/3310 ersichtliche Terminplanung für das zweite Halbjahr 2003 mit der Maßgabe, den für den 20. November 2003 vorgesehenen Sitzungstermin als Reservetermin vorzusehen.

Punkt 4 der Tagesordnung:

### **Verschiedenes**

Nach kurzer Diskussion über den Umdruck 15/3448 zum Thema zeitnahe Information über Bundesratsangelegenheiten kommt der Ausschuss überein, das Ministerium zu bitten, den Ausschuss frühzeitig über interessante ihn betreffende Bundesratsinitiativen zu unterrichten. Ferner wird die Landesvertretung Schleswig-Holstein in Berlin gebeten, dem Ausschuss schriftlich über den Initiativantrag des Landes Bayern zur Verschlechterung der Eingliederungskostenhilfe für behinderte Jugendliche zu berichten.

Der Vorsitzende, Abg. Beran, schließt die Sitzung um 15:30 Uhr.

gez. Beran

Vorsitzender

gez. Tschanter

Geschäftsführerin

Die Anlagen sind im pdf-Format einzusehen



Marburger Bund

**Bericht über den Bereitschaftsdienst der Ärztinnen/Ärzte  
in Krankenhäusern  
Anhörung vor dem Sozialausschuß des Schleswig-Holsteinischen  
Landtages am 05.06.2003**

Wie Sie sicherlich wissen, unterstützt der Marburger Bund sämtliche Klageverfahren, die in I. Instanz vor dem Arbeitsgericht Kiel und in II. Instanz vor dem Landesarbeitsgericht Kiel anhängig sind. Die Klägerin sind Mitglieder unseres Verbandes und angestellte Ärzte im Städtischen Krankenhaus in Kiel. Zur Zeit sind drei Verfahren für die Ärzte in I. Instanz positiv entschieden worden, alle drei Verfahren sind in der Berufungsinstanz beim Landesarbeitsgericht in Kiel anhängig. Sämtliche Verfahren sind zur Zeit ausgesetzt, weil das Landesarbeitsgericht einen Prozeß gleichsam als „Musterverfahren“ führt und dem Europäischen Gerichtshof vorab die Frage vorgelegt hat, ob Bereitschaftsdienste des jeweiligen Klägers im Städtischen Krankenhaus in Kiel als volle Arbeitszeit gewertet werden muß.

Aktuell darf ich nach Rücksprache mit unserem Verbandsjuristen ergänzend Folgendes ausführen:

1.

In dem Verfahren vor dem Europäischen Gerichtshof haben die Juristen der Kommission selbst und auch einiger Regierungen ihre Stellungnahmen abgegeben. Es hat vor dem Gerichtshof eine mündliche Verhandlung gegeben. Dort sind alle Beteiligten zu Wort gekommen.

Am 08.04.2003 hat der Generalanwalt beim Europäischen Gerichtshof seinen Schlußvortrag gehalten. Er hat sich dort auf den Standpunkt gestellt, daß es überhaupt keinen Zweifel darüber geben kann, daß Bereitschaftsdienste des klagenden Arztes am Städtischen Krankenhaus in Kiel gemäß der zugrunde liegenden Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft Nr. 104/93 als volle Arbeitszeit bewertet werden muß. Unabhängig also von einer Inanspruchnahme mit ärztlicher Tätigkeit ist nach Meinung des Generalanwalts allein die Anwesenheit des Arztes in der Klinik als Arbeitszeit zu werten.

Der Europäische Gerichtshof selbst wird im „Sommer“ eine Entscheidung treffen. Der genaue Zeitpunkt steht noch nicht fest und kann somit auch nicht prognostiziert werden.

Sobald die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs vorliegt, werden dann auch gegebenenfalls die Arbeitsgerichtsverfahren in Kiel fortgesetzt werden.

2.

Das Bundesarbeitsgericht hat am 18.02.2003 in zwei Verfahren auch über die Frage entscheiden müssen, ob in deutschen Krankenhäusern Bereitschaftsdienste als volle Arbeitszeit gewertet werden.

Dabei sind beide Kläger – ein Landesverband des Deutschen Roten Kreuzes und ein Betriebsrat eines privatrechtlich organisierten Krankenhauses – zwar unterlegen. Hintergrund hierfür war jedoch folgender: Die EU als Gesetzgeber kann Normen in Form von Verordnungen oder Richtlinien setzen. Verordnungen der EU haben Gesetzeskraft und sind sofort zu beachten. Richtlinien hingegen müssen normalerweise zunächst in nationales Recht transformiert werden. Hiervon gilt allerdings die Ausnahme, daß bei Angehörigen des öffentlichen Dienstes auch Richtlinien unmittelbare Geltung erfahren.

Der Arbeitnehmerschutz und damit die Frage, ob Bereitschaftsdienste als vollwertige Arbeitszeit zu bewerten sind, wurde von der Europäischen Gemeinschaft 1993 in Form einer Richtlinie beschlossen. Da hier die Kläger vor dem Bundesarbeitsgericht privatrechtlich organisiert waren, der Gesetzgeber in der Bundesrepublik Deutschland das Arbeitszeitgesetz jedoch noch nicht geändert hat, mußten die beiden Kläger vor dem Bundesarbeitsgericht aus formalen Gründen unterliegen.

Das Bundesarbeitsgericht hat aber in einer veröffentlichten Presseerklärung deutlich gemacht, daß bei Angehörigen öffentlichen Dienstes anders entschieden worden wäre und zukünftig anders entschieden wird: Das Bundesarbeitsgericht hat die zugrunde liegende Richtlinie 104/93 schon jetzt als geltendes Recht in der Bundesrepublik Deutschland angesehen. Es hat zum Ausdruck gebracht, daß der Gesetzgeber den § 5 Abs. 3 Arbeitszeitgesetz, in dem der Bereitschaftsdienst der Ruhezeit zugerechnet wird, ändern müsse. Er hat deutlich gemacht, daß schon heute die Rechtslage so besteht, daß Bereitschaftsdienst in Krankenhäusern als volle Arbeitszeit bewertet werden muß.

Konsequenz hieraus ist: Für Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern besteht eine höchstzulässige Arbeitszeit von 48 Stunden pro Woche. Dies gilt als Richtschnur. Die Zeiten des Bereitschaftsdienstes sind hierbei als volle Arbeitszeit mit zu berücksichtigen, die Dienstplangestaltung in Krankenhäusern muß hierauf ausgerichtet werden.

DR. H. MACHNIK

MB-S-H

**Schleswig-Holsteinischer Landtag****Umdruck 15/3455**

Kiel, 05.06.2003

## **Fakten zur DRG-Einführung in schleswig-holsteinischen Krankenhäusern 2003**

### **"Optierende Krankenhäuser"**

Für das Jahr 2003 haben insgesamt 44 schleswig-holsteinische Krankenhäuser erklärt, das neue Vergütungssystem einzuführen. Diese Krankenhäuser repräsentieren rund 80 % der in Betten gemessenen Krankenhauskapazitäten im Land. Unter Abzug der nicht unter das DRG-System fallenden Abteilungen für Psychiatrie werden rund zwei Drittel der gesamten Kapazitäten potentiell über DRG-Pauschalen abgerechnet. Etwa 70 Krankenhäuser wären formal in der Lage, DRG-Pauschalen anzuwenden. Die rein psychiatrischen/psychosomatischen Krankenhäuser sind ausgeschlossen.

Das Spektrum der Krankenhäuser, die das DRG-System bereits 2003 einführen wollen, reicht vom Universitätsklinikum bis zur Einheit für Palliativmedizin mit sechs Betten. Alle Versorgungsstufen wie auch alle Trägergruppen sind vertreten.

Von den 44 optierenden Krankenhäusern haben 21 ihre Erklärung nach dem 31.10.2002 abgegeben. Erst nach dieser ursprünglich gesetzten Frist waren die nicht-optierenden Krankenhäuser mit einer "Nullrunde" sanktioniert worden.

### **Verhandlungsstand**

Voraussetzung für die tatsächliche Abrechnung der neuen Fallpauschalen ist der Abschluß einer Entgeltvereinbarung mit den Krankenkassen oder im Fall der Nichteinigung eine Festsetzung durch eine Schiedsstelle. Formal inkraftgesetzt werden die Fallpauschalen durch die Genehmigung des Landes. Bis einschließlich Mai lag diese für 14 schleswig-holsteinische Krankenhäuser vor. Vier der Krankenhäuser, die 2003 DRG-Pauschalen abrechnen wollen, haben bislang noch kein genehmigtes Budget für 2002. Daß alle optierenden Krankenhäuser im Jahr 2003 tatsächlich DRG-Fallpauschalen abrechnen werden, ist nicht sicher.

Die mit den Krankenkassen vereinbarten bzw. durch die Schiedsstelle festgesetzten Basisfallwerte der einzelnen Krankenhäuser variieren zwischen gut 1 800 und knapp 4 000 Euro. Der Durchschnittswert liegt bislang bei etwa 2 500 Euro.

## **Budgetneutrale Einführung**

Die Einführung des neuen Systems erfolgt budgetneutral. Das bedeutet, daß die den Krankenhäusern zustehenden Budgets im wesentlichen nach den gleichen "Spielregeln" wie in den Vorjahren ermittelt werden. Die vereinbarten Fallpauschalen dienen wie bislang die tagesgleichen Pflegesätze als Abschlagszahlungen auf dieses Budget. Bis auf die Tatsache, daß durch die Option eine Nullrunde verhindert und das Recht auf eine mit 0,81 Prozent unzureichende Veränderungsrate erworben wird, verändert die DRG-Einführung die ökonomische Situation der Kliniken nicht.

Aufgrund der Unsicherheit beim erstmaligen "Echtbetrieb" haben die Krankenhäuser und Krankenkassen vertraglich vereinbart, erhebliche Kalkulationsfehler bereits im Laufe des Jahres durch Nachverhandlungen zu bereinigen. Dies wäre der Fall, wenn die Krankenhäuser erheblich mehr oder erheblich weniger Geld Erlösen, als dies vereinbart war. Nach einer Telefonumfrage der KGSH bei den Krankenhäusern, die schon in nennenswertem Umfang DRG-Pauschalen abgerechnet haben, ist dies bis jetzt nicht der Fall gewesen.

Eine Mehrbelastung der Kostenträger insgesamt durch die Systemumstellung ist aufgrund der budgetneutralen Einführung prinzipiell ausgeschlossen. Durch die fortgeführte Deckelung der Budgets sind die organisatorischen Kosten der DRG-Einführungen von den Kliniken aus der Substanz zu erbringen. Dies gilt sowohl für Anschaffungskosten insbesondere im IT-Bereich wie auch für den personellen Aufwand zur Sicherstellung der notwendigen Dokumentationsqualität.

## **Bewertung der Leistungen**

Da das neue Vergütungssystem nicht mehr wie die tagesgleichen Pflegesätze an der Verweildauer orientiert ist, werden die einzelnen Behandlungen jetzt anders als bisher vergütet. Wäre dies nicht so, würde der Systemwechsel keinen Sinn ergeben. Daher kann es, wenn die "Fallstruktur" einer einzelnen Krankenkasse vom Durchschnitt über das gesamte Krankenhaus abweicht, trotz der Budgetneutralität zu Lastenverschiebungen kommen. Belastungen einzelner Kassen stehen dabei Entlastungen anderer Kostenträger gegenüber.

Nach Auffassung aller Experten einschließlich des Bundesgesundheitsministeriums wird der aktuell geltende Fallpauschalenkatalog mit seinen Bewertungsrelationen dem Anspruch nach einer leistungsgerechten Vergütung nur sehr eingeschränkt gerecht.

Einerseits wird im Vergleich mit anderen Systemen eine eher geringe Spreizung der Bewertungsrelationen festgestellt. Das bedeutet, das eher leichte Fälle tendenziell überbewertet sind, während schwere Behandlungen unzureichend vergütet werden.

Andererseits zwingt der 100-Prozent-Ansatz zur Abrechnung von Leistungen, die im jetzigen Katalog inhaltlich nicht berücksichtigt wurden. Beispiele hierfür sind die Palliativmedizin oder auch die Geriatrie.

Ein Verschiebungseffekt zwischen Krankenkassen mit unterschiedlicher Patientenstruktur wird sich bei jeder Änderung des Fallpauschalenkataloges und seiner Bewertungen wieder einstellen. Bereits für 2004 wird es zu einer Überarbeitung der deutschen DRG-Pauschalen kommen (müssen).

### **Konvergenzphase ab 2005**

Mit dem Jahr 2005 werden weitere Verschiebungen durch das Ende der budgetneutralen Phase entstehen. Diese Konvergenzphase wird dann auch bei den einzelnen Krankenhäusern zu Mehr- oder Mindererlösen führen.

Für 2005 ist die Umstellung der Ausbildungsfinanzierung in den Krankenhäusern auf ein Umlageverfahren vorgesehen. Dabei werden die Ausbildungslasten auf einen landesweit zu erhebenden fallbezogenen Zuschlag umgelegt. Damit soll eine Verzerrung der Wettbewerbspositionen zu Lasten ausbildender Kliniken vermieden werden. Das Fallpauschalensystem soll dann auch durch die Einführung von Zuschlägen für die Unterbringung von Begleitpersonen, sofern im Einzelfall notwendig für die Sicherstellung der Versorgung sowie Abschläge bei fehlender Notfallversorgung ergänzt werden.

Diese Differenzierungen sind nach Auffassung des Gesetzgebers notwendig, bevor das System "scharfgeschaltet" werden kann.

### **Längerfristige Perspektiven**

Für die Zeit ab 2007 erneuert die KGSH ihre Forderung nach bundeseinheitlichen Preisen. Die bereits jetzt vorbildliche Wirtschaftlichkeit der schleswig-holsteinischen Krankenhäuser darf nicht zum Bumerang für Patienten, Beschäftigte und Krankenhausträger werden.



**Stellungnahme zur pauschalierten Vergütung von Krankenhausleistungen  
– aus der Sicht der Zentral- bzw. Maximalversorgung und  
– aus der Sicht der Pflege**

**1. Ausgangssituation**

Die Veränderungen der Bevölkerungspyramide zu einem Bevölkerungsbaum und die Notwendigkeit, die lohngekoppelten Krankenkassenbeiträge konstant zu halten bzw. um außenwirtschaftlich konkurrenzfähig zu bleiben, evtl. sogar zu senken, sind nachvollziehbar daraus ergeben sich veränderte Rahmenbedingungen, mit denen die Sozialpolitik in den nächsten Jahren gestaltet werden muss. Die Pauschalierung in der Vergütung stationärer Leistungen ist als Konsequenz des Handlungsdrucks zu sehen.

**2.) Darstellung der Situation im UK S-H Campus Lübeck**

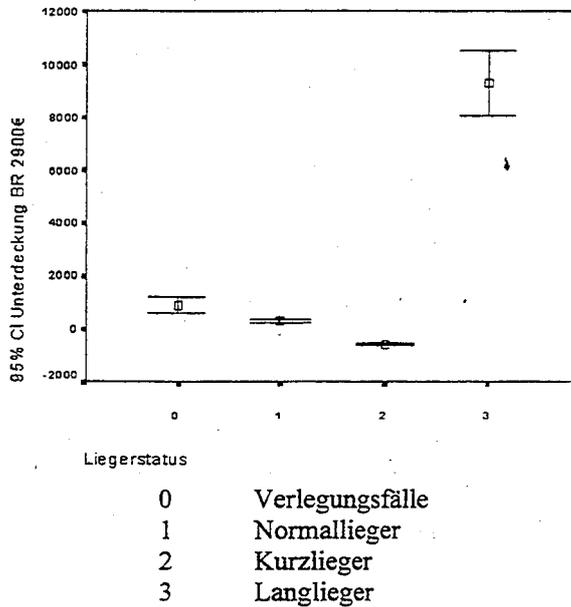
Die folgenden Ausführungen sollen, ohne die Gesamtveränderung in Frage zu stellen, einzelne Punkte aus Sicht eines Maximal-/Zentralversorgers und aus der Sicht der Pflege darstellen, die im Laufe des Veränderungsprozesses noch anzupassen sind.

Zum einen soll die Problematik der derzeit veröffentlichten DRG-Gewichte in Bezug auf Maximalleistung dargestellt werden. Dazu wurden theoretische DRG-Erlöse angesetzt bei einer Base-Rate von 2900 €, die dem Ergebnis der 1. bundesweiten Kalkulation entspricht. Dass die Krankenkassen für Schleswig-Holstein eine Base-rate von 2400 € anstreben, sei in den folgenden Betrachtungen Außeracht gelassen.

Weiterhin wurden nach dem gültigen Handbuch der DRG-Kalkulation die entsprechenden Kosten der einzelnen Fälle ermittelt. Aus der Differenz beider Beträge wurde eine Unterdeckung ermittelt, die in den folgenden Graphiken bei nicht ausreichendem Erlös, sprich nicht ausreichender Kassenfinanzierung als positiver Wert dargestellt wird.

Für diese Bewertung wurden im aktuellen Katalog nicht kalkulierte DRG's, wie z. B. Transplantationen und Schwerstbrandverletzte ausgenommen.

### Unterdeckung – Liegerstatus

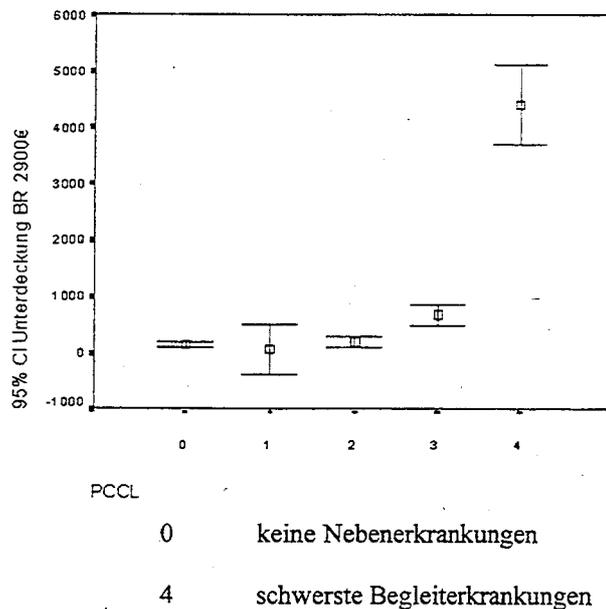


Die Aufteilung von stationären Behandlungsfällen auf die einzelnen DRG's gruppiert weiterhin nach dem Status eines Patienten. Üblich ist der sogen. *Normallieger*, der zwischen der gegebenen unteren und der gegebenen oberen Grenzverweildauer im Krankenhaus behandelt wird. Daneben finden sich *Kurzlieger*, die vor Erreichen einer unteren Grenzverweildauer entlassen werden und es finden sich *Langlieger*, die länger als eine angesetzte obere Grenzverweildauer im Krankenhaus verbleiben müssen. Daneben findet sich noch eine Gruppe Verlegungen, die bei Erreichen bestimmter Kriterien bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus eine Erlösreduktion vorsieht. Für die Gruppe der *Normallieger*, der Verlegungsfälle und der *Kurzlieger* kann auch an einem Haus der Maximal-/Zentralversorgung mit erreichbaren Vorgaben in die Zukunftsplanung gegangen werden.

Nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer einer DRG kann eigentlich eine Fehlbelegung in der Betrachtung ausgeschlossen werden. Man kann also unterstellen, dass die betrachteten *Langlieger* schwerstkranke Patienten sind, die dringend der Behandlung bedürfen. Sorgen bereitet an dieser Stelle die Unterdeckung in der Größenordnung von durchschnittlich ca. 9000 € je Fall.

Eine Erklärung hierfür findet sich in der Zuschlagsvergütung, die zur Vorgabe hatte, nur 60 % des um die OP-Leistung verminderten Tagesbedarfs zu vergüten, um eben diese Fälle zu vermeiden.

## Unterdeckung – PCCL

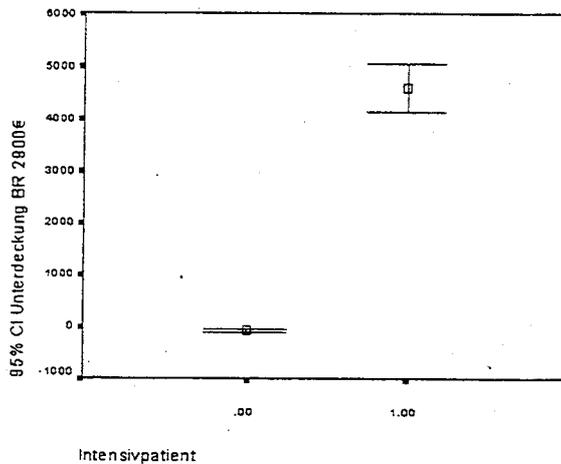


Im DRG-System gehen therapie- oder pflegerelevante Nebendiagnosen in der Abhängigkeit der jeweiligen Hauptdiagnose in eine Schweregradbewertung ein. Diese wird als PCCL, d. h. patient clinical complexity level bezeichnet. Diese Größe kann Werte von 0 für keine Nebenerkrankungen bis zum Zahlenwert 4 für schwerste Begleiterkrankungen oder Komplikationen annehmen.

Mit dieser Größe werden für etwa 250 DRG's Untergruppen gebildet. Die Graphik zeigt den Mittelwert einer möglichen Unterdeckung über dem PCCL-Wert als Kategorie aufgetragen. Auch hier zeigen sich für einen durchschnittlichen Schweregrad der Erkrankungen 0 und 2 bei einer angenommenen Base-rate von 2900 € Größen in der Unterdeckung, die zu bewältigen sein müssten.

Ab einem PCCL ab 3 und eben besonders bei einem PCCL von 4, d. h. bei den schwerstkranken Patienten, zeigt sich wiederum eine zu erwartende Unterdeckung im Bereich von 4000 bis 5000 € pro Fall.

## Unterdeckung – Intensivstatus



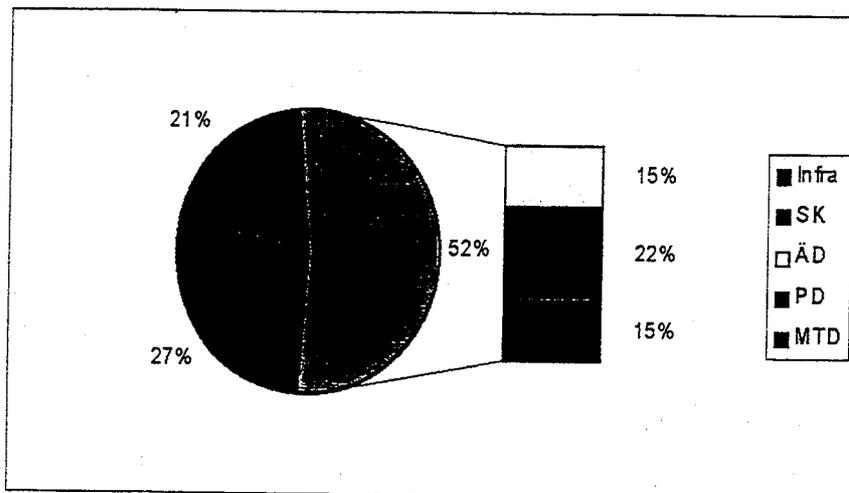
- 0 Patient ohne Intensivbehandlung
- 1 Patient mit Intensivbehandlung

Eine letzte interessante Blickrichtung auf die zu diskutierende Problematik ist eine Kategorisierung, je nach dem, ob ein Patient während seines Krankenhausaufenthaltes eine Intensivbehandlung in Anspruch genommen hat oder nicht. Dieses kann ebenfalls als Marker für den Schweregrad seiner Erkrankung gewertet werden.

Auch hier zeigt sich, dass die Kosten der Patienten ohne Intensivbehandlung bei einer angenommenen Base-Rate von 2900 € im Mittel durch die Erlöse gedeckt sind. Problematisch wird es wiederum bei den schwererkrankten Patienten, bei denen ebenfalls im Mittel eine Unterdeckung zwischen 4000 und 5000 € zu erwarten ist.

Geht man davon aus, dass eine Unterdeckung bei *Langliegern* bzw. Schwerkranken und Intensivpatienten vom Krankenhausträger zu übernehmen sind, so stellt dies sicherlich nur eine temporäre Lösung dar. Neben der Diskussion, welche Maximalleistung noch zu erbringen ist, wird in Schleswig-Holstein eine um 500 € geringere Base-Rate wie in der 1. Bundeskalkulation diskutiert. Das bedeutet auch für die Durchschnittsversorgung bei den Leistungserbringern radikale Kostensenkung.

## Kosten der stationären Krankenversorgung



Die Kosten für die stat. Krankenversorgung teilen sich im Groben je zur Hälfte auf Sachkosten und Kosten der Infrastruktur (inkl. „Basis“-Personalkosten) und zu 50 % in die Personalkosten, die direkt der Krankenversorgung zuzuordnen wären. Hiervon sind wiederum ca. 2/3 dem nichtärztlichen Bereich zuzuordnen, spricht im Verantwortungsbereich der Pflegedirektion. Damit sei auch erklärt, welche Berufsgruppe von den generellen Einsparmaßnahmen am stärksten betroffen sein wird.

Mit der Einführung der DRG's als pauschaliertes Entgeltsystem wird ein System eingeführt, das sich am Durchschnitt bzw. an Mittelwerten orientiert. Das bedeutet auch eine Umverteilung hin zur Durchschnittlichkeit und Mittelmäßigkeit zu Lasten universitärer Medizin.

### 3.) Auswirkungen der DRG's auf den Pflege- und Funktionsdienst

Es stellt sich die Frage, welche Qualität Pflege in Zukunft noch haben darf, bzw. welche pflegerische Qualität in Zukunft noch zu finanzieren ist.

Eine genauere Betrachtung verdient auch die Frage:  
Was ist – oder wie definieren wir Intensivmedizin ?

Ist weitergebildetes Fachpersonal in Zukunft noch finanzierbar oder wird ein Großteil der Leistungen durch Hilfspersonal zu erbringen sein ?

Mit der Einführung der DRG's ist auch eine Neuordnung der Ausbildungsfinanzierung vorgesehen. Ausbildung soll in Zukunft außerhalb der Krankenversorgung finanziert werden. Leider besteht derzeit überhaupt keine Klarheit auf Landesebene, wie dieser Sachverhalt zu regeln ist. In Ausbildungsstätten fehlen Anhaltzahlen, um Kapazitäten für die nächsten Jahre festzulegen. Weiterhin sind im Gesetzestext innovative Ausbildungszweige, wie z. B. OTA's (Operationstechnische Assistenten) nicht zitiert und somit unter Umständen nicht finanzierbar.

Was bleibt, ist derzeit die frustrierende Erkenntnis, dass keine Planungen für die Ausbildungsstätten möglich sind.

Nach 18 Jahren ist die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege neu geordnet worden. Leider beinhaltet diese Neuordnung keine wirkliche Neuerung, sondern beschreibt ein Festhalten an historischen Strukturen. Diese Neuordnung hat ohne Auseinandersetzung mit dem DRG-System stattgefunden, zudem hat diese etliche Chancen verstreichen lassen, konstruktiv eine Neuordnung im Gesundheitswesen mitzugestalten. So findet sich leider keine Öffnung zu sogenannten Vorbehaltsleistungen, das sind Tätigkeiten im Grenzbereich zwischen den Disziplinen, die in den anderen europäischen Ländern als selbstverständlicher Beitrag zu den allgemeinen akzeptierten Einsparmöglichkeiten gesehen werden.

#### 4.) Fazit

Es bleibt festzuhalten, dass die Gesellschaft nicht umhin kommt, mit der Einführung der DRG's eine Diskussion über die anzubietenden bzw. zu erbringenden Maximalleistungen führen muss. Unabhängig davon muss Einigkeit über Qualitätsstandards, die auch finanzierbar sein müssen, erreicht werden. Sind für die Tätigkeit am Patienten bestimmte Ausbildungsgänge vorzuschreiben – oder obliegt es dem Träger alleine, nach ökonomischen Gesichtspunkten eine Personalauswahl zu treffen ?

Die Finanzierung über Zuschläge bei Intensivpatienten bzw. eine kostendeckende Finanzierung über Zuschläge bei *Langliegern* würde den Maximal-/Zentralversorgern eine zukünftige kostendeckende Leistungserbringung in diesem Bereich ermöglichen, würde aber bei Begrenzung des zur Verfügung stehenden Finanzvolumens für alle Krankenhäuser auf Kosten „durchschnittlicher“ Leistungserbringer gehen müssen, die sich derzeit ungerechtfertigterweise vom neuen Finanzierungssystem Zugewinne errechnen.

Da diese durchschnittlichen Krankenhäuser die Mehrzahl darstellen, ist eine entsprechende Diskussion, selbst auf Leistungsanbieterseite nicht gewünscht. Die heterogene Kassenstruktur zwingt uns leider in Deutschland das DRG-System neben einem Benchmark-System, wie es z. B. in Australien verwendet wird, zu einem Vergütungssystem umzufunktionieren. Und selbst im Benchmark-System DRG wird in Australien teilweise differenzierter bewertet, so dass z. B. die Intensivmedizin bzw. das Leistungsspektrum eines Hauses, bzw. seine Größe, noch einmal gesondert betrachtet wird.



B. Schulte

Direktorin für Krankenpflege  
und Patientenservice  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein  
Campus Lübeck

Schleswig-Holstein im Juni 2003

## Stellungnahme zum Bereitschaftsdienst der Ärztinnen/Ärzte in Krankenhäusern aus Sicht des Pflegedienstes

### 1. Ausgangssituation

Das heutige System der Bereitschaftsdienste ist vor vielen Jahrzehnten konzipiert worden. Für moderne Krankenhäuser wird es in Zukunft nicht mehr ausreichen.

Erneute Aktualität und Brisanz erhalten die Arbeitszeiten im Krankenhaus durch das Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 3. Oktober 2000. Nach der Auffassung des Pflegedienstes im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein geht es nicht um das Rechtssystem, sondern um die Frage, ob Bereitschaftsdienste noch sinnvoll und zeitgemäß sind und wie die Krankenhäuser organisiert sein müssen, um ihre Patienten bei kürzeren Liegezeiten mit maximalem Ressourceneinsatz und höchster Qualität versorgen zu können.

Hierbei geht es primär um drei miteinander verbundene Fragen:

Paßt der Rhythmus der Patientenversorgung noch mit dem Arbeitszeitsystem zusammen ? Welche Anforderungen werden an die Qualität der Patientenversorgung gestellt?

Wie groß ist die Belastung des pflegerischen und ärztlichen Personals ?

Die Liegezeiten der Patienten werden sich im Zuge der DRG-Einführung und getrieben durch neue medizinische Methoden weiter verkürzen. Dadurch intensivieren sich Diagnostik und Therapie am einzelnen Patienten. Interdisziplinär ausgerichtete Patientenversorgung in Medizinischen Leistungszentren (MLZ), moderne Klinikabläufe und -prozesse in den Kliniken erfordern die volle Arbeitskraft des ärztlichen Personals, nicht nur in der Regelarbeitszeit bis 16:30 Uhr.

Im Allgemeinen ist nur der Pflegedienst an der rund um die Uhr notwendigen Patientenversorgung in einem 3-Schicht System anwesend, obwohl geplante medizinische und therapeutische Maßnahmen auch am späten Nachmittag und zum Teil am Wochenende stattfinden. Diese und andere Entwicklungen erfordern im Ergebnis mehr kontinuierliche Arbeit zu Zeiten, in denen heute noch Bereitschaftsdienst, der von überwiegenden Ruhezeiten ausgeht, geleistet wird. Derzeitige Arbeitszeiten und die anfallenden Anforderungen an die Arbeit passen immer weniger zusammen.

Gleichzeitig wächst die Belastung des klinischen Personals in den Bereitschaftsdiensten, die offiziell durch vermehrte Überlastungsanzeigen aufgezeigt wird. Zunehmend wird der Wunsch an verlässliche Arbeitszeiten statt ausgedehnter Bereitschaftsdienste von Ärzten als auch vom Pflegedienst geäußert. Aus diesen Gründen sind die Krankenhäuser gefordert, moderne Konzepte zu entwickeln. Mit einer Änderung der Arbeitsabläufe in der Krankenversorgung, einer vermehrt interdisziplinär ausgerichteten Arbeitsorganisation und einer besseren Kooperation der Fachdisziplinen und Berufsgruppen, kann es gelingen, die Voraussetzungen für einen Abschied von den Bereitschaftsdiensten auch im ärztlichen Dienst zu schaffen. Gefragt sind intelligente und akzeptable Lösungen.

## **2. Bisherige Situation am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck**

Die Arbeitsleistung im Bereitschaftsdienst (BD) am **Universitätsklinikum Schleswig- Holstein Campus Lübeck** wird im 3 Jahres-Abstand, entsprechend den Empfehlungen des Landesrechnungshofes regelmässig überprüft. Derzeit sind 30 ärztliche Bereitschaftsdienste eingerichtet, davon sind entsprechend der Arbeitsleistung im Bereitschaftsdienst 29 der Stufe „D“ (Arbeitsleistung bis 49 %) und einer der Stufe „B“ (Arbeitsleistung bis 25 %) zugeordnet. Wg. Urlaub/ Krankheit etc. sind pro BD 6 Ärztinnen oder Ärzte notwendig (Mindestaustattung), weil gem. BAT nicht mehr als 6 BD/ Arzt/ Monat angeordnet werden dürfen. Mit Einführung des Arbeitszeitgesetzes 1996 wurde nach 16 -24-stündigem BD generell Freizeitausgleich angeordnet, was zur Neubesetzung von 24 zusätzlichen Stellen führte.

Seitdem wurden bei Überschreitung der Arbeitsleistung zusätzliche BD eingerichtet (Chirurgie, Anästhesiologie `98, `99, Neurologie `99) oder Schichtdienst (Kreißaal `98, Notaufnahme Chirurgie `00) angeordnet.

Seit 2002 werden vermehrt Überlastungsanzeigen mit Hinweis auf Gefahr für Patienten durch fehlerhafte Behandlung aufgrund Übermüdung wg. weit über 50 %-iger Arbeitsleistung im Bereitschaftsdienst Stufe „D“ an die Dienststelle gerichtet. Dies betraf insgesamt 9 BD, in den Kliniken für

- Anästhesiologie
- Innere Medizin
- Neurologie
- Radiologie

Bei der Analyse der Art und der Zeit des Arbeitseinsatzes wurde deutlich, dass die Ärztinnen und Ärzte im Anschluss an ihre „normale“ Arbeit (ab 15 Uhr, 16.00 Uhr bzw. 16.30 Uhr) bis ca. 23 Uhr ohne Unterbrechung ärztlich tätig sind. Es erfolgt keine ausschließliche Notfallbehandlung, sondern bis ca. 21 Uhr Stationsarbeit, Oberarztvisite der neu aufgenommenen Patienten, Op.- Aufklärung der Patienten, Sichten der Befunde der angeordneten Untersuchungen des Tages, Administration, Gespräche mit Angehörigen, Restabwicklung des Tages- Notfall- Op- Programms. Diesen Besonderheiten angepasst, wurden:

- zusätzliche **Spätdienste** von 13- 21.30 Uhr (Anästhesiologie, Innere Medizin, Radiologie)
- **Arbeitsbeginn 15 Uhr mit anschliessendem BD** bis zum nächsten Morgen (Radiologie)
- **Schichtdienst:** Früh-, Spät-, Nacht- (Neurologie)
- **8- 10 Std. Arbeitszeit mit anschliessendem BD oder Arbeitsbereitschaft von 2-4 Std. am Wochenende** (Neurologie, Radiologie)

Der Pflegedienst arbeitet überwiegend im Schichtdienst, der ärztl. Dienst bislang nur auf den Intensivstationen der Chirurgie, Med. Klinik, I und II, Pädiatrie, Anästhesiologie, Verbrennungsintensiv, Stroke unit. Die Patientenversorgung erfolgt also nur für etwa 100 der 1200 Betten im UK-SH Campus Lübeck berufsgruppenüberschreitend, was den Arbeitsablauf gerade in den Abendstunden erschwert. Kommunikationsdefizite und mangelnde Auslastung von Diagnostik und Op- Kapazitäten sind die Folge.

Gerade die Vorhaltekosten für Großgeräte und Operationsräume werden in Zukunft eine „rund- um die Uhr“- Versorgung einfordern, natürlich müssen aber auch die Ruhebedürfnisse der Patienten beachtet werden, die Infrastruktur des modernen wettbewerbsfähigen Klinikums sollte daher einen Betrieb bis 23 Uhr ermöglichen.

### **3. Situation im Pflegedienst am Universitätsklinikum Lübeck, Campus Lübeck**

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes kennen seit langem das Arbeiten in unterschiedlichen Schichtsystemen und die sich daraus ergebenden Vor- und Nachteile. Es gibt nur wenige Arbeitsbereiche, wie z.B. den OP, die Anästhesie oder andere so genannte Funktionsdienste, in denen noch Bereitschaftsdienst geleistet wird. In diesen Bereichen werden, durch neue Modelle der Arbeitsorganisation und eine entsprechende Anpassung der Arbeitszeiten an den tatsächlichen Bedarf, Bereitschaftsdienste bald der Vergangenheit angehören. Um die jetzigen Bereitschaftsdienstmodelle sinnvoll in andere Arbeitszeitmodelle umwandeln zu können, sind folgende Bestrebungen vorhanden:

- Zentrale Organisation der OP-Bereiche
- Fachübergreifendes Arbeiten des OP-Funktionsdienstes insbes. der fachweitergebildeten Pflegekräfte
- Harmonisierung der Arbeitszeiten zwischen den Berufsgruppen orientiert an den Prozessen
- Harmonisierung zwischen den Schnittstellen wie Station, Logistik, Labor, Radiologie etc.

Die Veränderungen erfolgen schrittweise und angepaßt an die insgesamt Entwicklung des Krankenhauses. Sie bieten für die Pflegekräfte die Chance, sich aktiv an den Prozessen der Krankenversorgung zu beteiligen und sich fachlich und interdisziplinär weiterzuentwickeln.

### **4. Empfehlung**

Die geänderten Anforderungen an das pflegerische und ärztliche Personal lassen sich nicht mehr mit einem Bereitschaftsdienst vereinbaren. Es sind neue Modelle der Arbeitsorganisation und Anpassung der Arbeitszeiten an den täglichen Bedarf unabdingbar. Vor diesem Hintergrund steht hoher Handlungsbedarf in den Kliniken.

Die zukünftigen Arbeitszeitmodelle müssen sich an dem Arbeitszeitgesetz und den tariflichen Regelungen zur Arbeitszeit orientieren. Zu den wichtigsten Regelungen gehören die werktägliche bzw. wöchentliche Dauer der Höchstarbeitszeit sowie die nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit einzuhaltende Ruhezeit. Es reicht jedoch nicht aus, Reparaturen an dem gegenwärtigen System der Arbeitszeitregelung durchzuführen, sondern das gesamte Krankenhausmodell gehört auf den Prüfstand.

Da die medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten eine Arbeitszeit rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr erfordert, müssen auch neben dem Pflegedienst 2-3 Schichtdienstmodelle im ärztlichen Dienst sowohl Werktags als auch an den Wochenenden eingeführt werden. Eine Reorganisation der Arbeitsabläufe muss zu einer Verlagerung der Tätigkeiten aus dem Bereitschaftsdienst in den Regeldienst führen. Die Verlängerung der Regelarbeitszeit führt somit zu einem verkürztem, geringer bewerteten Bereitschaftsdienst.

Die Krankenhäuser müssen ihre Versorgungsprozesse grundsätzlich neu überdenken, um den neuen Rahmendingungen einhergehend mit einer Verkürzung der Verweildauer gerecht zu werden. In wenigen Jahren werden sie um sechs bis sieben Tage liegen. In Kenntnis der heutigen Möglichkeiten konfrontieren die Patienten immer stärker mit der Erwartung, in minimal kurzer Zeit- unabhängig von Wochentag und Uhrzeit- mit maximalen Ressourceneinsatz und Qualität versorgt zu werden. Bereitschaftsdienste sind dafür das falsche Arbeitszeitmodell.

Der Landesrechnungshof hat in seinem Prüfbericht zur Situation der Ärzte an den Uniklinika im Lande dargestellt, dass die Zusatzeinkommen der Ärzte durch BD und Überstunden zwischen 500-3000 € / Monat liegen. Das Arbeitszeitgesetz lässt eine wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Std. zu, d. h. wöchentlich sind unter Einhaltung von Gesetzen weiterhin nur ca. 10 Überstunden möglich. Finanzielle Einschnitte sind eine zu erwartende Folge eines neuen Arbeitszeitmodells.

Mit der Ablösung des Bereitschaftsdienstes durch alternative Modelle sollten neue Arbeitsplätze geschaffen werden, die aus Mitteln finanziert werden müssen, die heute zum Teil Bereitschaftsdienste zur Verfügung stehen. Sicher ist jedoch, dass dies nicht kostenneutral geschehen kann.

Fazit: Das wettbewerbsfähige moderne Klinikum erfordert eine neu-orientierte und intelligente Lösung im Ressourcen-Einsatz Ärztin / Arzt im Interesse des Patienten, des Mitarbeiters als auch der betriebswirtschaftlichen Ausnutzung.



B. Schulte

Direktorin für Krankenpflege  
und Patientenservice  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Campus Lübeck

Schleswig-Holstein im Juni 2003

**Innovative Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus**  
**Vorschläge einer Arbeitsgruppe des VKD**

- 1.0 **Zur Ausgangssituation**
- 2.0 **Ziele bei der Gestaltung von Arbeitszeitmodellen**
- 3.0 **Die notwendige Bedarfsanalyse**
- 4.0 **Rechtliche Rahmenbedingungen**
  - 4.1 Bisherige Rechtsmeinungen und Praxis
  - 4.2 Der Einfluss der Arbeitszeitentscheidung des EuGH vom 3. Oktober 2000
  - 4.3 Zugrundegelegte Annahmen
- 5.0 **Praktizierte Modelle und Vorschläge**
  - 5.1 Einige grundsätzliche Bemerkungen
  - 5.2 Modell „Inselklinik“
  - 5.3 Modell“ Christliches Krankenhaus der Regelversorgung“
  - 5.4 Modell „Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit akademischem Lehrauftrag“
  - 5.5 Modell „Krankenhaus der Schwerpunkt- und Maximalversorgung“
- 6.0 **Bewertung und Ausblick**

## 1.0 Zur Ausgangssituation

Das im Jahre 1994 in Kraft getretene Arbeitszeitgesetz sollte bis 1996 im Krankenhaus umgesetzt sein. Es führte erstmals einen gesetzlichen Arbeitzeitschutz für angestellte Ärzte ein und verstärkte den Arbeitzeitschutz des Pflegepersonals. Die Umsetzung in der Praxis scheiterte häufig, manchmal auch wegen der finanziellen Vorstellungen des Personals.

In dieser Situation verschärfte ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs, das Bereitschaftsdienst arbeitszeitrechtlich als Arbeitszeit einordnet, die Anforderungen an den Arbeitzeitschutz. Auch wenn die Stellungnahmen der verschiedenen Interessengruppen unterschiedlich sind, von der Negierung des Urteils bis hin zur unmittelbaren Anwendung, gerät die Praxis zunehmend unter Handlungsdruck. Von der rechtlichen Seite bleibt nicht mehr viel Zeit, da die ersten Verfahren inzwischen beim Bundesarbeitsgericht angelangt sind.

Dieser Druck auf die Praxis wird noch von einer anderen Seite her verstärkt. In Krankenhäusern können freie Arztstellen häufig nicht mehr besetzt werden. Offensichtlich sind viele Ärzte nicht mehr bereit, wegen befürchteter Überlastungen, zu langer Arbeitszeiten etc. im Krankenhaus zu arbeiten. Das gilt auch für den Pflegedienst, der schon einmal vor über 10 Jahren eine ähnliche Situation beklagte – „Pflegenotstand“ war das Schlagwort. Die Verantwortlichen reagierten damals mit einer Reihe kreativer Arbeitszeitmodelle.

All das war Anlass für den VKD, im Mai 2002 eine Arbeitsgruppe einzusetzen, die Dienstplanmodelle sammeln und analysieren und Reformvorschläge erarbeiten sollte.

## 2.0 Ziele bei der Gestaltung von Arbeitszeitmodellen

Selbstverständlich müssen sich Dienstpläne im Rahmen der geltenden Rechtsordnung bewegen. Ein wichtiges Ziel bei der Gestaltung von Arbeitszeitmodellen muss es daher sein, Wege aufzuzeigen, wie Dienstpläne diesen Rahmenbedingungen angepasst werden können, falls das noch nicht geschehen ist. Das allein wäre aber zu wenig. Bei der Neugestaltung von Dienstplänen für Ärzte und dementsprechend für die pflegerischen Funktionsbereiche sind unterschiedliche Interessen auszugleichen. Als Beteiligte sind insoweit der Krankenhausträger, die Mitarbeiter und die Patienten zu berücksichtigen.

Die Ziele des Krankenhausträgers bei der Aufstellung solcher Dienstpläne können vielfältig sein. Hauptziel ist selbstverständlich die optimale Versorgung der Patienten unter Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen. Daneben ist eine Reihe anderer Ziele denkbar. So sollten Dienstpläne so gestaltet sein, dass die verfügbare Arbeitskraft an den Bedarf angepasst ist, also Leerzeiten und damit unnötige Personalkosten vermieden werden. Auch sollte dabei an die Auslastung teurer Medizingeräte gedacht werden. Gibt es Schwierigkeiten bei der Deckung des Personalbedarfs, können Dienstpläne Personalgewinnungsstrategien durch Erhöhung der Attraktivität des Arbeitsplatzes – weniger Stress, attraktive Arbeitszeiten etc. – unterstützen. Das Letzte führt u.U. auch zu erhöhter Motivation der Mitarbeiter und damit zu verbesserter Qualität.

Den Mitarbeitern wird es hauptsächlich um eine Reduzierung der Belastung und attraktive Arbeitszeiten, z.B. auch Zeitsouveränität durch Kontenmodelle u.ä., gehen. Auch sollen Umgestaltungen von Dienstplänen nicht zu Zeitverlusten bei der Ausbildung führen und möglichst auch keine Einkommensverluste zur Folge haben.

Der Patient wiederum wird eine optimale Qualität der Behandlung zu angemessenen Zeiten (und angemessenen Preisen) fordern. Auch wird z.B. im Regelfall Kontinuität des Personals bei der Behandlung gewünscht.

### 3.0 Die notwendige Bedarfsanalyse

Am Anfang jeglicher Dienstplanung muss eine Bedarfsanalyse stehen. Das gilt vornehmlich im Hinblick auf Volumen und Menge der anfallenden Arbeiten, aber auch ihre zeitliche Lage – Spitzenbelastungen, niedrige Belastungen – unter Einbeziehung der Wünsche der Mitarbeiter und Patienten, die in der Regel über Befragungen ermittelt werden können. Zu berücksichtigen sind auch die Verbindungen und Abhängigkeiten zu anderen Abteilungen (Diagnostik) und anderen Dienstarten (ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Labor etc.) und die Analyse fachabteilungsspezifischer Strukturen im Sinne der Ermittlung von Engpassbereichen.

Die Realisierung eines Dienstplanmodells hängt von seinen Auswirkungen ab. Daher sind diese bei einer Bedarfsanalyse auch einzubeziehen. Das gilt zum ersten für die finanziellen Auswirkungen. So sind z.B. folgende Fragen zu beantworten: Wie hoch sind die zusätzlichen Belastungen, müssen neue Stellen geschaffen werden? Werden zusätzliche Kosten refinanziert? Wie hoch sind die wirtschaftlichen Vorteile? Gibt es finanzielle Einbußen für die beteiligten Mitarbeiter und wie hoch sind diese gegebenenfalls?

Zum zweiten müssen Auswirkungen und Veränderungen im Markt und bei den Kunden berücksichtigt werden. Zu fragen ist z.B.: Was kann bzw. wird in Zukunft ambulant durchgeführt? Wie nimmt z.B. der Patient eine reduzierte ärztliche Präsenz tagsüber wahr? Gibt es Auswirkungen eines konkreten Modells auf die Kundenzufriedenheit (Operationen, die nachts durchgeführt werden)? Wie wirken sich zukünftige Trends (Bettenabbau, Schließung von Abteilungen etc.) auf die zukünftig benötigte Kapazität aus?

Weiter sind mögliche Veränderungen bei Organisation und Prozessen in die Planungsüberlegungen einzubeziehen, z.B.: Welche Aufgaben können von welcher Berufsgruppe übernommen werden? Können neue Berufsbilder für das Krankenhaus entstehen (Arzthelferin, Koordinatoren bei der Einführung von Zentren)? Ist es möglich, Aufgaben zu bündeln (z.B. die Dokumentation)? Gibt es Wartezeiten? Wer benötigt welche Qualifikation, also welche Personalstrukturen sind erforderlich? Wie hoch ist der Verwaltungsaufwand?

Und schließlich sollte viertens auch bedacht werden, wie groß die Umsetzungschancen eines bestimmten Dienstplanmodells sind.

#### 4.0 Die rechtlichen Rahmenbedingungen. insbesondere im Hinblick auf den Bereitschaftsdienst

Bei der Organisation der Arbeitszeit sind vielfältige rechtliche Rahmenbedingungen zu beachten. Strikt zu trennen sind eine Reihe von Fragenkreisen.

Im ersten geht es um die Frage, wie lange und wann, vornehmlich aus Gründen des Schutzes des Arbeitnehmers, gearbeitet werden darf. Hierbei handelt es sich um den öffentlich-rechtlichen Arbeitsschutz, dessen Einhaltung vom Staat überwacht wird. In Deutschland ist dieser seit 1994 grundsätzlich im Arbeitszeitgesetz (ArbZG) geregelt, daneben gilt z.B. das speziellere Jugendarbeitsschutzgesetz und das Mutterschutzgesetz. Da aber § 7 ArbZG für Tarifverträge und kirchenrechtliche Regelungen Öffnungsklauseln enthält, finden sich auch dort, besonders wiederum für Krankenhäuser bedeutsam, zahlreiche Festlegungen, die die Grundsätze abwandeln.

Die zweite Frage dreht sich darum, wie lange der Arbeitnehmer arbeiten muss, d.h. welche Arbeitsleistung er quantitativ schuldet. Gerregelt ist das in Tarifverträgen oder Arbeitsverträgen, die in der Regel Bezug auf Tarifverträge nehmen. Zugrundegelegt wird im Regelfall ein Wochenzeitraum. Sondervorschriften gibt es häufig für zusätzliche Zeiten, Mehrarbeit und Überstunden. Verknüpft sind diese Fragen oft auch mit Vergütungsregelungen.

Ein weiterer Problemkomplex handelt von der Frage, wann gearbeitet werden muss, also von der zeitlichen Lage der Arbeitszeit. Eine solche Festlegung fällt zunächst in das Direktionsrecht des Arbeitgebers. Dieses wird aber fast immer eingeschränkt durch Mitbestimmungsrechte von Arbeitnehmervertretungen, sei es des Betriebsrates nach § 87 Abs. 1 Ziff. 2 BetrVG, des Personalrates im Öffentlichen Dienst oder Mitarbeitervertretungen nach kirchlichen Mitarbeitervertretungsgesetzen oder -ordnungen. Hier gibt es eine Fülle von Betriebs-/Personal-/Dienstvereinbarungen über Dienstpläne, flexible Arbeitszeitsysteme u.ä.

Wiederum streng zu trennen von allem sind, obwohl sie wegen der Kosten auf die Organisationsform Einfluss haben, die vergütungsrechtlichen Gesichtspunkte der Arbeitszeit, auch wenn sie häufig an deren Länge und Lage anknüpfen. So kann es durchaus sein, dass Zeiten im Sinne des Arbeitnehmerschutzes als volle Arbeitszeiten gewertet werden, wegen geringerer Inanspruchnahme des Arbeitnehmers aber geringere Vergütungsansprüche begründen, m.a.W. der gleiche Begriff kann im Arbeitnehmerschutzrecht und im Vergütungsrecht unterschiedliche Bedeutung haben.

Im Krankenhausbereich hat bei der Erstellung von Dienstplänen der erste Fragenkreis eine große Rolle gespielt, und die Darstellung beschränkt sich deshalb darauf.

Fasst man die Probleme im Hinblick auf Neugestaltung von Dienstplänen und Arbeitszeitgesetz zusammen, so lassen sie sich im Wesentlichen auf drei Punkte zurückführen:

- a) Die Einhaltung der in § 3 ArbZG geforderten Höchstarbeitszeiten.
- b) Die Einhaltung der nach § 4 ArbZG geforderten Pausen.
- c) Die Einhaltung der Ruhezeiten nach § 5 ArbZG.

#### 4.1 Bisherige Rechtsmeinungen und Praxis

Zu a)

Nach § 3 ArbZG darf die tägliche Arbeitszeit acht Stunden nicht überschreiten. Sie kann auf zehn Stunden verlängert werden, wenn innerhalb von sechs Kalendermonaten oder innerhalb von 24 Wochen im Durchschnitt acht Stunden werktäglich nicht überschritten werden. Eine entscheidende Frage ist dabei, ob der Bereitschaftsdienst Arbeitszeit darstellt oder nicht. In der wissenschaftlichen Literatur wird dazu fast alles vertreten: Vollständige Einordnung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit, nur die Inanspruchnahme soll Arbeitszeit sein, bis zur generellen Einordnung als Ruhezeit. Die Praxis orientiert sich anders. § 7 Abs. 2 ArbZG lässt für Tarifverträge und Abs. 4 für kirchenrechtliche Regelungen Ausnahmen zu. Die Zulässigkeit der Dienstpläne wird deshalb unter Billigung der Arbeitsschutzbehörden nach den Sonderregelungen 2a und 2c zum Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) und entsprechenden Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) der Kirche bzw. entsprechender Betriebsvereinbarungen für nicht tarifgebundene Krankenhäuser beurteilt. Danach sind neben der regelmäßigen Arbeitszeit von 38,5 Stunden/Woche (40 Stunden/Woche nach BAT-Ost) im Kalendermonat in den Stufen A und B (bis zu 25% Arbeitsleistung) höchstens sieben und in den Stufen C und D (bis zu 49% Arbeitsleistung) höchstens sechs Bereitschaftsdienste zulässig (z.B. SR 2c Nr. 8 Abs. 7). Ein Bereitschaftsdienst nach einem Tagdienst ist möglich. Nur soll dem Arzt oder der Pflegekraft nach dem Bereitschaftsdienst eine Ruhezeit von mindestens acht Stunden gewährt werden, wenn der Tagdienst wenigstens sieben-einhalb und der Bereitschaftsdienst zwölf Stunden gedauert hat.

Zu b)

Nach § 4 ArbZG ist eine Arbeitszeit von mehr als sechs Stunden durch Ruhepausen zu unterbrechen. Dies bereitet Schwierigkeiten bei sog. Einmalbesetzungen, die ständig verfügbar sein müssen, z.B. Pförtner, Pflegenachtdienste, Hebammen etc. Da aber beim Bereitschaftsdienst nach der bisher herrschenden Meinung und der Praxis nur die Zeiten der Inanspruchnahme als Arbeitszeit angesehen werden, eine zusammenhängende Arbeitszeit von sechs Stunden also kaum vorkommt, stellt sich das Problem der Pause beim Bereitschaftsdienst nicht.

Zu c)

Nach § 5 ArbZG muss Arbeitnehmern nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 11 Stunden gewährt werden. Diese kann u.a. in Krankenhäusern auf 10 Stunden verkürzt werden, wenn innerhalb eines Monats eine andere Ruhezeit auf 12 Stunden erhöht wird. Im Hinblick auf den Bereitschaftsdienst lässt der – misslungene - § 5 Abs. 3 für Krankenhäuser eine weitere Ausnahme zu. Er ordnet die arbeitsfreie Zeit während des Bereitschaftsdienstes als Ruhezeit ein und erlaubt, Inanspruchnahmen während des Dienstes, die nicht mehr als die Hälfte der Ruhezeit betragen, zu anderen Zeiten auszugleichen. Die Formulierung des § 5 Abs. 3 ArbZG hat zu vielen unterschiedlichen Interpretationen in der wissenschaftlichen Literatur geführt. Die Praxis orientiert sich hauptsächlich an den unter a) erwähnten tariflichen und kirchenrechtlichen Regelungen.

#### **4.2 Der Einfluss der Arbeitszeitentscheidung des EuGH vom 3. Oktober 2000**

Erneute Aktualität und Brisanz erhalten die Arbeitszeitfragen im Krankenhaus durch ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 3. Oktober 2000. Dieser hatte auf Vorlage eines spanischen Gerichts, bei dem eine spanische Ärztegewerkschaft klagte, entschieden, dass der Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit

im Sinne der Richtlinie 93/104/EG einzuordnen sei. Da das Arbeitszeitgesetz die deutsche Umsetzung dieser Richtlinie darstellt, kann das Urteil naturgemäß auch Auswirkungen auf die deutsche Rechtslage haben.

Abgesehen von den schon erwähnten unterschiedlichen Stellungnahmen der Interessenverbände hat das Urteil große Resonanz in der Literatur erfahren (Breezmann, NZA 2002, S. 946; Ebner/Schmalz, DB 2001, S. 813; Höveler, *Arztrecht* 2001, S. 32; Lenz-Kuhlmann, *f&w* 2000, S. 668; Litschen, NZA 2001, S. 1355; Schliemann, *ArbZG* 2002, § 2 Rn 23a, b; Schmitt, *AuA* 2001, S. 167; Streckel in Anm. zu § 7 *ArbZG* Nr. 1; ders., *Festschrift für Sonnenschein*, 2002, S. 875, 884; Tietje, NZA 2001, S. 241; Trägner, NZA 2002, S. 126). Vor den deutschen Arbeitsgerichten sind eine Reihe von Verfahren mit unterschiedlichem Ausgang angestrengt worden (für Anwendung *ArbG* Gotha, Beschluss vom 03.04.2001 – 3 BV1/01 = *Pflegerecht* 2001, S. 242; *ArbG* Kiel, Urteil vom 08.11.2001 – 1 Ca 2113 d/01 = NZA 2002, S. 150; dagegen *ArbG* Lübeck, Urteil vom 17.01.2001 – ÖD4 Co. 30556/00 = *Pflegerecht* 2001, S. 274, bestätigt durch Urteil des LAG Schleswig-Holstein vom 18.12.2001 – 1 Sa 116 b/01 = *Pflegerecht* 2002, S. 137; die Berufung gegen das Urteil des Arbeitsgerichts Kiel hat ein anderer Senat desselben Gerichts dem EuGH vorgelegt – 3 Sa 611/01 = *Pflegerecht* 2002, S. 184).

Im wesentlichen werden zwei Wege diskutiert, wie das Urteil, auch wenn es keine unmittelbare Rechtskraft in Deutschland entfaltet, Bedeutung für das deutsche Arbeitsrecht erlangen kann: Der Weg der richtlinienkonformen Auslegung oder der unmittelbaren Anwendung der Richtlinie. Wichtigste Frage für die Praxis in diesem Zusammenhang ist aber, ob und ggf. in welcher Interpretation die deutschen Vorschriften der Richtlinie entsprechen.

Die Richtlinie definiert die Arbeitszeit als jede Zeitspanne, während der ein Arbeitnehmer gemäß der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und/oder Gepflogenheiten arbeitet, dem Arbeitgeber zur Verfügung steht und seine Tätigkeit

ausübt oder Aufgaben wahrnimmt. Der Europäische Gerichtshof sieht allein in dem Bereithalten zur Arbeit am Arbeitsplatz eine Wahrnehmung der Arbeitnehmeraufgaben und ordnet deshalb den Bereitschaftsdienst insgesamt, also auch die Zeit ohne Arbeit, als Arbeitszeit ein. Die vorgetragenen Argumente dafür, dass für den Bereitschaftsdienst in Deutschland etwas anderes gelte, überzeugen nicht. Daher muss auch in Deutschland davon ausgegangen werden, dass Bereitschaftsdienst arbeitsschutzrechtlich insgesamt als Arbeitszeit anzusehen ist. Das wiederum hat Auswirkungen auf die zulässigen Höchstarbeitszeiten und die erforderlichen Ruhepausen und Ruhezeiten.

Wie § 3 ArbZG geht Art. 6 der Richtlinie von einer durchschnittlichen wöchentlichen Höchstarbeitszeit von 48 Stunden aus. Das sind, da Urlaubs- und Feiertage und Krankheitszeiten abzuziehen sind, zwischen 2200 und 2300 Stunden pro Jahr. Art. 6 lässt keine Ausnahmen zu. Vergleicht man diese Grenze z.B. mit der Sonderregelung 2 c Nr. 8 zu § 15 a BAT, zulässig sind neben der normalen tarifrechtlichen Arbeitszeit monatlich bis zu sieben Bereitschaftsdienste, die wiederum nicht zeitlich limitiert sind und bis zu 16 Stunden, an Wochenenden noch sehr viel länger, dauern können, so ist klar, dass die Tarifpartner hier eine Reduzierung der Zahl der zulässigen Bereitschaftsdienste oder Schichtdienste einführen oder zumindest einen Teil der Dienste durch Freizeit ausgleichen müssen.

Die z.T. geübte Praxis der Ruhepausen, Leerzeiten, bei denen der Arbeitnehmer sich zur Arbeit bereithalten muss, als Pausen zu bezeichnen, oder die Arbeit durch Bereitschaftsdienst zu unterbrechen, ist ebenfalls mit der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes nicht vereinbar. Wenn das Bereithalten zur Arbeit am Arbeitsplatz Arbeitszeit ist, kann es keine Ruhepause sein. Allerdings gibt Art. 17 der Richtlinie die Möglichkeit, von Art. 4, der die Ruhepausen fordert, u.a. in Tarifverträgen Abweichungen zu vereinbaren.

Voraussetzung dafür ist u.a. eine Tätigkeit als Arzt oder Pflegekraft im Krankenhaus und darüber hinaus, dass die betroffenen Arbeitnehmer gleichwertige Ausgleichsruhezeiten oder, soweit das nicht möglich ist, einen anderen angemessenen Schutz erhalten. Tarifverträge über Ruhepausen gibt es im Krankenhausbereich nicht. Will man daher in Fällen, in denen die Gewährung einer Pause nicht möglich oder sehr erschwert ist, den aufwendigen Weg der Ausnahmeregelung nach § 15 ArbZG nicht beschreiten, sind die Tarifvertragsparteien gefordert. Solche Tarifverträge sollten betriebliche Öffnungsklauseln enthalten.

Ähnliche Schwierigkeiten bereitet die Einhaltung der in Art. 3 der Richtlinie geforderten täglichen Ruhezeiten von 11 Stunden. Diese wäre im Eingangsbeispiel, Tagdienst des Arztes und anschließender Bereitschaftsdienst, nicht eingehalten. Allerdings gibt es auch hier nach Art. 17 unter den obigen Voraussetzungen die Möglichkeit abweichender Vereinbarungen. Als solche wird z.B. die Sonderregelung 2c Nr. 8 zu § 15 Abs. 6a BAT angesehen. Danach soll ja, wie oben beschrieben, einem Arzt erst dann, wenn er einen Tagdienst von mindestens siebeneinhalb Stunden und einen anschließenden Bereitschaftsdienst der Stufen C und D (über 25 % Arbeitsleistung) abgeleistet hat, am nächsten Tag eine Ruhezeit von mindestens acht Stunden gewährt werden. Der Gesundheitsschutz des Arztes dürfte erfordern, dass aus dem „soll“ ein „muss“ wird, es sei denn, die Gesundheit der Patienten ist im Einzelfall gefährdet. Auch müssen aus Gründen des Gesundheitsschutzes die Zeiten des Tagdienstes oder des Bereitschaftsdienstes verkürzt werden oder, was dienstplanmäßig durchaus möglich ist, ein längerer Freiraum zwischen Tagdienst und Bereitschaftsdienst liegen. Der den Bereitschaftsdienst leistende Arzt könnte nach der Mittagspause freigestellt werden. Auch hier ist also die Phantasie der Tarifpartner und insbesondere die der Betriebspartner gefordert.

#### 4.3 Zugrundegelegte Annahmen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen können im Augenblick nicht exakt festgelegt werden. Die Arbeitsgruppe hat sich deshalb – basierend auf den vorstehenden Ausführungen – auf einige Annahmen geeinigt und diese bei der rechtlichen Bewertung der Arbeitszeitmodelle zugrundegelegt:

- a) Das Urteil des EuGH hat keine Auswirkungen auf Vergütungsregelungen.
- b) Bereitschaftsdienst ist insgesamt arbeitsschutzrechtlich Arbeitszeit.
- c) Bei Rufbereitschaft ist nur die Zeit der Inanspruchnahme arbeitsschutzrechtlich Arbeitszeit.
- d) Die durchschnittliche Höchstarbeitszeit pro Woche darf einschließlich des Bereitschaftsdienstes und abzüglich Urlaub, Feiertage und Krankheitszeiten 48 Stunden nicht überschreiten. Welcher Bezugszeitraum zugrundegelegt ist, bleibt offen.
- e) Die tägliche Arbeitszeitdauer kann bis zu 10 Stunden, bei Vorliegen einer Ausnahmegenehmigung bis zu 15 Stunden betragen. Wird Bereitschaftsdienst geleistet, gelten bis auf weiteres die Sonderregelungen 2a und 2c BAT bzw. die entsprechenden AVR-Regelungen mit den obigen Einschränkungen.
- f) Im Hinblick auf Pausenregelungen wird an die Tarifpartner appelliert, praktikable Lösungen zu erarbeiten.

## **5.0 Praktische Modelle und Vorschläge**

### **5.1 Einige grundsätzliche Bemerkungen**

Im folgenden werden einige Modelle dargestellt, die entweder schon praktiziert werden oder sich in der Umsetzung befinden. Die Arbeitsgruppe hat sich dabei bemüht, Modelle für Krankenhäuser der unterschiedlichen Versorgungsstufen zu finden. Die Arbeitsgruppe war ferner der Ansicht, dass der Praxis nicht nur die Rahmenbedingungen und die Modelle zur Verfügung gestellt werden sollten, sondern dass sie auch eine Bewertung der einzelnen Modelle entsprechend ihren Vorgaben geben sollte. Einige Bewertungen sind zwangsläufig subjektiv, aus den Erfahrungen der Mitglieder heraus, andere sind mit Unsicherheit behaftet, wie etwa die rechtliche Beurteilung. Geeinigt hat sich die Arbeitsgruppe auf folgenden Katalog:

- I. Allgemeine Bewertung**
  1. Stellenbedarf
  2. Kosten
  3. Personalbelastung
  4. Arbeitszeitattraktivität
  5. Einkommen der Mitarbeiter
  6. Kontinuität der Patientenversorgung
  7. Sonstiges
  
- II. Rechtliche Bewertung**
  1. Arbeitszeitgesetz
  2. Sonderregelung 2 C zum BAT
  3. AVR
  4. EuGH-Urteil vom 03.10.2000

Eine Bewertung des ersten Modells „Inselklinik“ wurde nicht vorgenommen, da es die einzige Möglichkeit war, den Klinikbetrieb vor Ort überhaupt aufrecht zu erhalten.

## 5.2 Modell „Inselklinik“

Beispiel für angepasste Dienstregelungen an einem kleinen Regionalkrankenhaus

### **Ausgangssituation:**

Inselkrankenhaus in der Ostsee, 41 Betten (incl. 3 Intensivbetten), 1770 stationäre Patienten/Jahr, Saisongeschäft in den Sommermonaten (3600 ambulante Patienten/Jahr, davon 1700 allein in den Sommermonaten).

Abteilungen: Anästhesie, Chirurgie, Innere (incl. Allg.- /Unfallchir., Schmerztherapie, FK Rettungsdienst)

Aufgrund einer angespannten wirtschaftlichen Situation wurde über alternative Wege der Patientenversorgung auf der Ostseeinsel nachgedacht. Diese Überlegungen reichten bis zur Schließung des Standortes und Versorgung der Bevölkerung durch ein ca. 30 Kilometer entferntes Festlandkrankenhaus.

### **Lösung:**

Die Inselklinik wurde einem regionalen Krankenhausverbund angegliedert, das Versorgungsangebot den „Tagesganglinien“ und ökonomischen Möglichkeiten angepasst.

Im Einzelnen wird die Notfallambulanz und die Versorgung der stationären Patienten außerhalb der Regeldienstzeit interdisziplinär (alle oben genannten Fachrichtungen) betrieben, die OP-Bereitschaft entsprechend dem OP-Aufkommen angepasst. Der OP-Betrieb ist nur in der Zeit 7:30 bis 20:00 Uhr gewährleistet. Operativ zu versorgende Notfälle außerhalb dieser Zeit werden in das benachbarte Festlandkrankenhaus verlegt. Für das operative Spektrum wurde auch in der Regeldienstzeit ein Standardkatalog erstellt, elektiver Gelenkersatz und geplante Magen-Darm-Resektionen werden nicht mehr durchgeführt. Es gibt keinen OP-Bereitschafts- oder Rufdienst außerhalb der OP-Betriebszeiten.

**Beurteilung:**

Wünschenswert wäre sicherlich die rund-um-die-Uhr-Versorgung auch für operative Notfälle in dem Inselkrankenhaus. Diese lässt sich jedoch wegen der ökonomischen Zwänge nicht realisieren. Angesichts der drohenden Alternative – Schließung des Standortes – ist die den „Tagesganglinien“ angepasste OP-Betriebsdauer und die interdisziplinäre Versorgung der Notfallambulanz ein wegweisendes Alternativkonzept.

Dieses Beispiel verdeutlicht, dass man auch in schwierigen ökonomischen Situationen durch alternative Möglichkeiten der Arbeitsorganisation und hausübergreifende bzw. interdisziplinäre Versorgungsformen eine gute Patientenversorgung sicherstellen kann.

Vor dem Hintergrund der Umwandlung von Bereitschaftsdiensten in Schichtdienst – ohne zusätzliche finanzielle Ressourcen – kann dieses Beispiel als Lösungsmuster für kleine Krankenhäuser und kleine Abteilungen dienen. *Allerdings hat dieses Krankenhaus für die kostenneutrale Umwandlung von Bereitschaftsdiensten in Schichtdienst nur noch minimale Möglichkeiten.*

### 5.3 **Modell „Christliches Krankenhaus der Regelversorgung“**

Modell der Arbeitszeitregelung für den Ärztlichen Dienst und den Pflegedienst in einem Krankenhaus der Regelversorgung, Tarifgebiet AVR - Ost

**Ausgangssituation:**

Das Krankenhaus hat lt. Krankenhausplan 371 Betten (incl. 8 ITS-Betten)

**Abteilungen - Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/  
Geburtshilfe, Pädiatrie, Psychiatrie,  
Neurologie, Palliativmedizin u. Schmerztherapie**

Stationär - 11.000 Patienten/Jahr

**Notfallambulanz/Rettungsstelle - 16.000 Patienten/Jahr**

Mitarbeiterinnen - ca. 460 VK

darunter       Arztdienst - ca. 60 VK

                  Pflegedienst - ca. 190 VK

**Lösung:**

Das Krankenhaus hat sich im Jahre 2001 einem Projekt zur Einführung flexibler Arbeitszeiten angeschlossen, das u.a. von einem Beratungsunternehmen begleitet wird. Grundgedanke des Projektes ist es, Arbeitszeitregelungen zu schaffen, die zu einer Reduzierung der effektiven Arbeitszeit des Arztdienstes und zur Entlastung des Pflegedienstes führen.

Dabei waren sich die Verantwortlichen im Klaren, dass Veränderungen im Arbeitszeitregime der Ärzteschaft und des Pflegedienstes einher gehen müssen mit Änderungen der Arbeitszeitregelungen in allen Berufsgruppen und damit auch Veränderungen der Arbeitsorganisation im gesamten Krankenhaus notwendig werden.

Das Krankenhaus hat sich für eine Erprobungsphase in zwei Abteilungen entschieden

- Innere Medizin (z.Zt. 110 aufgestellte Betten)
- Gynäkologie/Geburtshilfe (30 Betten)

Zur Vorbereitung auf die neuen Arbeitszeitregelungen wurde je Abteilung eine Arbeitsgruppe gebildet, bestehend aus Vertretern der Ärzteschaft und des Pflegedienstes. Diese Zusammensetzung war notwendig, um eine berufsgruppenübergreifende Regelung schaffen zu können.

Eine Projektgruppe aus Mitgliedern der Krankenhausleitung, der Mitarbeitervertretung und der beiden Chefärzte begleitete die Arbeitsgruppen-tätigkeit.

Solche tiefgreifenden Veränderungen, wie hier bei den Arbeitszeitregelungen, ist nur unter breiter Einbeziehung der Mitarbeiter möglich.

Im Ergebnis der Arbeitsgruppentätigkeit wurden für die neuen Arbeitszeitregelungen folgende Ziele definiert:

1. Effizienzerhöhung
  - höhere Effizienz der verfügbaren Arbeitszeit
  - Anpassung der Arbeit (Angebot) an die Nachfrage
  - Planung der Abwesenheit/Vermeidung von Doppeluntersuchungen
  
2. Verbesserung der Patientenorientierung
  - Zeitgewinn für Patientenzuwendung
  - mehr Zeit für Angehörige
  
3. Entlastung der Mitarbeiter
  - Gewährung von Freizeit
  - Vermeidung der Überlastung von Mitarbeitern
  - Abbau von Überstunden
  - Einhaltung der Pausen
  - Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit (Gesundheitsförderung)
  
4. Anpassung der Servicezeiten
  - effektiverer Personaleinsatz
  - bessere Dienstplangestaltung durch flexiblere Arbeitszeiten
  - Arbeit mit Patienten auch nach 15:30 Uhr und an den Wochenenden
  - Einhaltung der Mittags- und Nachtruhe

Es stellte sich sehr schnell heraus, dass ein entscheidendes Hindernis für einen effizienteren Personaleinsatz die bestehende Diskrepanz zwischen Arbeit und Arbeitszeit in den Krankenhäusern ist. Obwohl die Patienten rund um die Uhr im Krankenhaus sind, ist im Allgemeinen nur der Pflegedienst im 3-Schicht-Dienst ebenfalls während dieser Zeit anwesend.

Alle anderen Dienstarten arbeiten im 1-Schicht-Dienst und stehen für die Patienten bzw. für die Stationsversorgung im Normaldienst von 7:00 Uhr bis 15:30 Uhr zur Verfügung. Der Personalbedarf nach dem Normaldienst wird über

den Bereitschaftsdienst abgesichert. Die Tarifregelungen gehen dabei davon aus, dass die Aktivzeit im Bereitschaftsdienst "Ausnahme" ist und 49% der Bereitschaftszeit nicht überschreiten darf.

So ist im ärztlichen Dienst von vorn herein eine Überlastung vorprogrammiert, denn die Analysen zeigen, dass bis etwa 20 Uhr - also bereits im Bereitschaftsdienst - ärztliche Betreuung der Patienten, Gespräche mit Angehörigen und sonstige Routinearbeit die Regel sind.

Von Montag bis Freitag sinkt die Belastungsquote im Bereitschaftsdienst ab 20 Uhr oftmals erst nach 23 Uhr unter 50 %.

Untersuchungsergebnisse in anderen Krankenhäusern sind hier mit nahezu identisch. Auch an den Wochenenden ist im Bereitschaftsdienst der zeitliche Arbeitsbedarf wie an den Wochentagen. Also wird der Bereitschaftsdienst Werk tags ab 15:30 Uhr und an den Wochenenden/Feiertagen von 08:00 bis 20:00 Uhr und später de facto zum Normaldienst und es können sehr schnell Arbeitszeiten von über 30 Stunden entstehen. Das ist nicht akzeptabel und verlangt schnelle Veränderungen in der Organisation und entsprechende Personalentscheidungen. Allein die Einführung eines Normaldienstes bis 20:00 Uhr schafft schon eine erhebliche Entlastung des Bereitschaftsdienstes.

Im Pflege dienst wurde festgestellt, dass eine höhere Flexibilität der Arbeitszeit notwendig ist, um damit ebenfalls besser auf den tatsächlichen Arbeitsablauf im Stationsbetrieb reagieren zu können und das Personal zu entlasten. Der Grundsatz lautet auch hier - "Die Arbeitszeit muss sich nach der Arbeit richten".

Bisher ist die normale Stationsbesetzung auf einer 30 - 34 Betten-Station wie folgt geregelt:

06:00 Uhr bis 14:30 Uhr 4 VK

14:00 Uhr bis 22:30 Uhr 2 VK

22:00 Uhr bis 06:00 Uhr 1 VK

Gesamt 7VK

Eine Zeitanalyse ergab jedoch, dass die Hauptbelastungszeit zwischen 8 Uhr und 12 Uhr liegt. Das heißt, die Einsatzplanung für die Pflegekräfte muss verändert und den Arbeitsbedingungen angepasst werden.

Dafür wird gegenwärtig u.a. folgende Besetzung getestet:

Frühdienst	06:00 Uhr bis	14:30 Uhr	8,0 Std.	1,00 VK
Frühdienst	06:30 Uhr bis	15:00 Uhr	8,0 Std.	1,00 VK
Frühdienst	06:30 Uhr bis	12:00 Uhr	5,5 Std.	0,69 VK
Frühdienst	08:00 Uhr bis	12:00 Uhr	4,0 Std.	0,50 VK
Frühdienst	08:00 Uhr bis	15:00 Uhr	8,0 Std.	1,00 VK
Spätdienst	14:00 Uhr bis	22:30 Uhr	8,0 Std.	1,00 VK
Spätdienst	15:00 Uhr bis	21:00 Uhr	6,0 Std.	0,75 VK
Spätdienst	16:00 Uhr bis	21:00 Uhr	5,0 Std.	0,63 VK
Nachtdienst	22:00 Uhr bis	06:30 Uhr	8,0 Std.	1,00 VK

Der "Mehrbedarf" an Arbeitskräften wurde hierbei z.T. schon dadurch ausgeglichen, dass während der Übergabezeit nicht mehr 6 Pflegekräfte anwesend sind, die in dieser Zeit nicht "produktiv" tätig sind. Die Vollkräftezahlen sind im Beispiel ohne Ausfallzeiten berechnet, da es nur um das Prinzip geht. Flexible Arbeitszeit heißt: im Vordergrund steht die Aufgabenerfüllung, nicht die Anwesenheit. In Verbindung mit Arbeitszeitkonten soll hier das erforderliche Mindestmaß an Kontrolle gewährleistet werden.

(Im AVR-Bereich ist dies ab 01.01.2003 anwendbar.)

Wenn z.B. im Spätdienst bereits um 21:00 Uhr alle Patienten versorgt sind und ärztlicherseits keine neuen Anordnungen mehr zu erwarten sind, dann wird es künftig nicht nur möglich, sondern notwendig sein, dass entsprechend diesem Beispiel ein oder sogar zwei Pflegekräfte nach Hause gehen. Die 1 ½ Stunden werden als Minusstunden erfasst. Das ist besonders hilfreich in Zeiten mit geringer Bettenbelegung, wenn ein Einsatz auf anderen Stationen ebenfalls nicht erforderlich ist. Im ärztlichen Dienst der Inneren Abteilung hat sich folgende Dienstplanregelung als machbar gezeigt:

An Werktagen Montag bis Freitag wurde von 14:00 Uhr bis 20:00 Uhr ein Normaldienst (Spätdienst) eingeführt. Der diesen Dienst leistende Arzt übernimmt um 20:00 Uhr den Bereitschaftsdienst. Damit wurde die bisherige durchgängige Dienstzeit von 07:00 bis 15:30 Uhr mit anschließendem Bereitschaftsdienst von 15,5 Std. und wieder Dienst von 07:00 Uhr bis 15:30 Uhr = 31,5 Std. auf 18 Std. reduziert. Nach dem Bereitschaftsdienst wird **grundsätzlich** Freizeit genommen. An den Wochenenden wurden für die Innere Abt. Samstag und Sonntag je zwei Regeldienste – von 07:00 Uhr bis 13:30 Uhr und von 07:00 Uhr bis 16:30 Uhr eingerichtet. Der Bereitschaftsdienst beginnt jeweils um 16:00 Uhr und geht bis 08:00 Uhr mit anschließender Freizeit bis zum nächsten Tagdienst. Unter Berücksichtigung der Ausfallzeiten wurde ein Bedarf von 17 VK errechnet. Bei einem Personalbestand von 14 VK vor dem Test mussten also 3 VK zusätzlich eingestellt werden. Die Kosten konnten für 1,6 VK durch die Reduzierung der Bereitschaftsdienstzeiten und die Gewährung des Freizeitausgleiches gedeckt werden.

Grundlage dieser Arbeitszeitregelungen ist eine Dienstvereinbarung mit folgendem Inhalt:

Mit dem neuen Arbeitszeitsystem sollen bestmögliche zeitliche Rahmenbedingungen geschaffen werden für eine gemeinsame berufsgruppenübergreifende Arbeitszeitensteuerung im ärztlichen wie im pflegerischen Dienst, einen sparsamen, patienten- und mitarbeiterorientierten Umgang mit der knappen Ressource Arbeitszeit, für eigenverantwortliches Arbeiten der Mitarbeiter in den Teams, die Einhaltung der Anforderungen von Arbeitszeitgesetz und Arbeitsvertragsrichtlinien.

## **2. Grundsatz**

Lage und Verteilung der Arbeitszeit richten sich nach den dem Mitarbeiter übertragenen Arbeitsaufgaben und den Abstimmungen mit den Kollegen. Durch eine solche flexible Arbeitszeit sollen insbesondere Schwankungen des Arbeitsanfalls sowie der Belegung effizient bewältigt werden können. Individuelle Arbeitszeit- und Freizeitwünsche, die hiermit vereinbar sind, können uneingeschränkt realisiert werden.

## **3. Leistungserbringung**

### **Servicezeit**

Die Mitarbeiter stellen durch entsprechende Dienstplangestaltung sicher, dass ihre Abteilung während der Servicezeit eine qualifizierte Leistungserbringung im Regeldienst ( also ohne Bereitschaftsdienst ) garantieren kann.

#### **- Servicelevel 1**

ist die Zeit der qualifizierten Erreichbarkeit im Regeldienst und reicht von Montag bis Sonntag 07:00 Uhr bis 21:00 Uhr im Pflegedienst sowie Montag - Freitag 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr im ärztlichen Dienst.

#### **- Servicelevel 2**

definiert die Zeiten der vollen Funktionsfähigkeit der Funktionsbereiche, der OP- Säle bzw. der Ambulanzen im Regeldienst (mindestens Montag bis Freitag von 08:00 Uhr bis 17:00 Uhr)

### **Servicestandards**

Zur optimalen Steuerung des Tagesablaufs werden zwischen Mitarbeitern und Führungskräften Standards für die Leistungserbringung vereinbart und fortlaufend aktualisiert. Das betrifft u.a. Standards zur Visiten-, Aufnahme- bzw. OP-Organisation.

## **5. Arbeitszeitkonto**

Für jeden Mitarbeiter wird ein Arbeitszeitkonto eingerichtet. Die Mitarbeiter erfassen arbeitstäglich Abweichungen der tatsächlich verbrauchten Arbeitszeit von der anteiligen Vertragsarbeitszeit. Dabei sollen sie eigenverantwortlich abwägen, welcher Teil ihrer Anwesenheitszeit Arbeitszeit im Sinne der übertragenen Arbeitsaufgabe war.

Auf dem Konto werden diese Abweichungen arbeitstäglich saldiert, wobei monatlich die Vertragsarbeitszeit um höchstens 30 Stunden überschritten werden darf.

Das Jahresarbeitszeitkonto wird von den Mitarbeitern eigenverantwortlich gesteuert. Erreichen die Jahressalden jedoch ein Plus von 100 Stunden, bzw. ein Minus von 50 Stunden, dann muss die Führungskraft mit dem Mitarbeiter Maßnahmen vereinbaren, die eine Rückführung des Jahressaldos auf die "Normalwerte" innerhalb von 8 Wochen ermöglichen.

## **5. Vertrauensarbeitszeit**

Jeder Mitarbeiter kann vor Beginn der Erprobungsphase auf Antrag bei der Krankenhausleitung freiwillig auf die Führung eines Arbeitszeitkontos verzichten. Mit dieser Entscheidung nimmt er die Einhaltung seiner vertraglichen Arbeitszeit eigenverantwortlich wahr.

Eine betriebliche Zeitkontrolle findet nicht statt. Erfasst werden nur zuschlags- und zulagenrelevante Arbeitszeiten. Ist der Mitarbeiter mit den übertragenen Aufgaben überlastet, meldet er dies seiner Führungskraft, die dann innerhalb von zwei Wochen Maßnahmen zur zukünftigen Entlastung vereinbart und protokolliert.

## Probleme

In der bisherigen Erprobungsphase ergaben sich folgende grundsätzliche Probleme, deren Lösung noch Arbeit erfordert:

- einige Ärzte erwarten zwar den Abbau von Überlastungen, wollen jedoch das höhere Einkommen durch die übermäßigen Dienste und Überstunden weitestgehend beibehalten;
- Eingriffe in traditionelle Abläufe des Abteilungs- und Stationsbetriebes (z.B. Visiten) werden unvermeidlich;
- die zunehmende Inanspruchnahme der Rettungsstelle (Notfallambulanz) durch Patientinnen und Patienten belastet die Bereitschaftsdienste immer mehr, so dass wiederum Aktivzeiten von über 50% registriert werden. Hier ist eine grundlegende Veränderung in der Organisation der Notfallmedizin im Krankenhaus unerlässlich;
- Veränderungen im Stationsablauf werden Auswirkungen auf alle diagnostischen und therapeutischen Bereiche sowie auf die Dienstleistungsbereiche haben; Verantwortungen werden neu geregelt und in der Hierarchie mehr und mehr "nach unten" delegiert.

### **Allgemeine Bewertung:**

1. Stellenbedarf:  
Erhöhter Stellenbedarf
2. Kosten:  
noch nicht ganz absehbar, auf keinen Fall kostenneutral
3. Personalbelastung:  
Reduzierung
4. Arbeitszeitattraktivität:  
Steigerung
5. Einkommen der Mitarbeiter:  
Reduzierung
6. Kontinuität der Patientenversorgung:  
gegeben

**Rechtliche Bewertung:**

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. Arbeitszeitgesetz:          | konform   |
| 2. Sonderregelung 2 a und c:   | gegeben   |
| 3. AVR:                        | konform   |
| 4. EuGH-Urteil vom 03.10.2000: | gegeben<br>(falls Sonderregelung 2a<br>bzw. 2c zulässige<br>Ausnahmen nach der<br>Richtlinie) |

**5.4. Modell „Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit akademischem Lehrauftrag“**

**Beispielberechnung für angepasste Dienstregelungen an einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit akademischem Lehrauftrag**

**Ausgangssituation:**

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung und Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz mit zur Zeit 600 Planbetten in 14 Fachabteilungen.

**Fachabteilungen:**

Drei internistische Abteilungen, Urologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Neurochirurgie, Augenheilkunde, Neurologie einschließlich Frührehabilitation und Stroke Unit, Herz- und Thoraxchirurgie, Anästhesie und Intensivmedizin, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie als Belegabteilung, Nuklearmedizin/Sonographie, Radiologie mit neuroradiologischem Schwerpunkt.

Angesichts der gesundheitspolitischen Entwicklung der letzten 10 Jahre und im Zuge der Arbeitszeitgesetzgebung stehen grundsätzlich alle Krankenhäuser vor einschneidenden strukturellen Veränderungen.

Aufgrund der Tatsache, dass eine Veränderung der Arbeitszeit nicht losgelöst von straffen Organisationsstrukturen und Behandlungsprozessen gesehen werden kann, wurde vor ca. 10 Monaten ein externer Berater mit der Verbesserung der Arbeits(zeit)organisation beauftragt, u.a. auch in der Abteilung Urologie. Die urologische Abteilung hat zur Zeit eine personelle Besetzung von: 1,0 VK CA; 4,0 VK OÄ und 7,5 VK AÄ.

Die tägliche Regelarbeitszeit ist von 7.30 Uhr bis 16.00 Uhr. Zur Abdeckung der Patientenversorgung ist außerhalb der regulären Arbeitszeit ein Bereitschaftsdienst der Stufe D angeordnet. Ein Teil des Bereitschaftsdienstes wird als Freizeit (Folgetag) abgegolten.

#### **Bedarfs- und Handlungsanalyse:**

Mit Hilfe des externen Beraters wurde in der Abteilung Urologie eine Bedarfs- und Handlungsanalyse durchgeführt. Ausgewertet wurden Aufzeichnungen der Belastungen innerhalb der Bereitschaftsdienste sowie Fallzahlen, Statistiken, Patientenaufkommen, OP- bzw. Funktionsstatistiken und Ergebnisse aus der Patienten- und Mitarbeiterbefragung. Darüber hinaus wurden in einem Mitarbeiterworkshop (interdisziplinäre Zusammensetzung) aus Ärzten, Pflegekräften, Schreib- und Funktionspersonal) Schwachstellen in der derzeitigen Arbeits(zeit)organisation erarbeitet und gemeinsame Lösungsansätze diskutiert. Des Weiteren wurden die erarbeiteten Ergebnisse und Schwachstellen mit den Führungskräften der einzelnen Bereiche erörtert. Hinzu kamen Einzelgespräche mit Chef- und Oberärzten.

Im Nachgang dieser Arbeitsschritte erfolgte die Ausarbeitung eines schriftlichen Konzeptes mit konkreten Vorschlägen für eine Neugestaltung bzw. Optimierung von Abläufen und Arbeitszeit in den untersuchten Bereichen gemeinsam mit allen beteiligten Führungskräften und Bereichsleitern sowie der Krankenhausleitung.

#### **Lösungsansätze:**

### Entkoppelung von Service- und Arbeitszeit

Das bestehende Regeldienst-Bereitschaftsdienst-Modell wird in der DRG-Welt nicht mehr tauglich sein, da Leistungszuwächse begrenzt bzw. nicht mehr möglich sind. Die Entkoppelung von Service- und Arbeitszeit im Rahmen eines flexiblen Arbeitszeitsystems ermöglicht hier die notwendige Neupositionierung. Die Servicezeit wurde im Fall der Urologie von 7.30 Uhr bis 20.00 Uhr gemeinsam festgelegt (erreichbar durch zeitversetzte Dienste). Die Staffellung sollte sich am Bedarf orientieren.

### Standardisierung und Steuerung von Behandlungsprozessen

Als wesentlicher Ausgangspunkt wurde eine zentrale Patientenaufnahme für notwendig erachtet. Die Vorteile einer zentralen Aufnahme liegen insbesondere in der effizienteren OP-Planung durch eine strukturierte vorstationäre (Wieder-) Aufnahme. Darüber hinaus sollte mit Einführung der zentralen Aufnahmeeinheit das Bezugsarztprinzip eingeführt werden. Die Aufnahme der Patienten sollte durchgängig gemeinsam mit einer erfahrenen Krankenschwester erfolgen.

Entlassungen werden grundsätzlich am Vorabend vorbereitet. Der Patient erhält am Entlassungstag einen prägnanten, maximal 2-seitigen Entlassungsbrief.

### Berechnung und Bewertung

Unter Berücksichtigung des Arbeitszeitgesetzes und der tariflichen Bestimmungen (ohne Berücksichtigung des EuGH-Urteils) bringt die Neufestsetzung der Servicezeit von 7.30 Uhr bis 20.00 Uhr eine zeitliche und finanzielle Verteilmasse von 4 Stunden Bereitschaftsdienst Stufe D täglich. Das entspricht ca. 22.000,00 € Einsparung im Jahr. Aufgrund der Tatsache, dass der Bereitschaftsdienst bisher schon teilweise in Freizeit (am Folgetag) abgegolten wurde, bliebe keine direkte finanzielle Abgeltung des Bereitschaftsdienstes an einem Werktag.

Unter der Annahme, dass sich durch die Verkürzung des Bereitschaftsdienstes die Bewertung von Stufe D auf Stufe C reduzieren würde, könnte eine wei-

tere finanzielle Ressource (durch Minderbewertung des Bereitschaftsdienstes an Wochenenden und Feiertagen von 80 auf 65 %) in Höhe von ca. 12.000,00 € geschaffen werden.

Somit wäre eine Finanzierung einer ca. 0,75 VK-Stelle möglich.

Die Folge wäre allerdings eine deutliche Einschränkung der Nebeneinnahmen der ärztlichen Mitarbeiter durch teilweisen Wegfall und Minderbewertung des Bereitschaftsdienstes.

Zudem wäre die Berücksichtigung und Einhaltung des EuGH-Urteils zumindest gefährdet, die Arbeitszeit der Ärzte käme nahe an die nach § 3 ArbZG zulässigen Summe heran, von der im übrigen die Richtlinie ja auch keine Ausnahmen zulässt.

Will man zusätzlich Kollisionen mit der zulässigen täglichen Arbeitszeit vermeiden, so ergäbe sich ein weiterer Personalbedarf von bis zu 1,7 VK. Ein wesentlicher Nachteil dieser Regelung wäre dann der komplette Wegfall der Nebeneinnahmen der ärztlichen Mitarbeiter und die Verwaltung von weiteren Mitarbeitern. Insgesamt erwiese sich diese Variante als sehr patientenunfreundlich und durch die wechselnden Ansprechpartner auch sehr unbefriedigend für die einweisenden Ärzte.

### **Ausblick:**

Aufgrund der derzeitigen Situation auf dem ärztlichen Stellenmarkt, der gesundheits- und finanzpolitischen Entwicklung im Gesundheitswesen werden nachstehende Faktoren für eine erfolgreiche Neustrukturierung von entscheidender Bedeutung sein:

- Einrichtung von Teilzeitstellen im ärztlichen Dienst (insbesondere attraktiv für weibliche Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes)
- Erhöhung des Facharztanteils (Fachärzte für den Erstkontakt)
- Schaffung straffer Behandlungs- und Organisationsstrukturen
- Teilerhaltung zusätzlicher Gehaltsbestandteile (teilweise Vergütung der Bereitschaftsdienste)
- Schaffung flexibler bedarfsorientierter Arbeitszeitstrukturen

### **Allgemeine Bewertung:**

1. Stellenbedarf:  
Erhöhter Stellenbedarf
2. Kosten:  
noch nicht ganz absehbar, u. U. kostenneutral
3. Personalbelastung:  
Reduzierung
4. Arbeitszeitattraktivität:  
Steigerung
5. Einkommen der Mitarbeiter:  
Reduzierung
6. Kontinuität der Patientenversorgung:  
gegeben

#### **Rechtliche Bewertung:**

- |                                |         |
|--------------------------------|---------|
| 1. Arbeitszeitgesetz:          | konform |
| 2. Sonderregelung 2 a und c:   | gegeben |
| 3. AVR:                        | konform |
| 4. EuGH-Urteil vom 03.10.2000: | gegeben |

#### **5.5. Modell „Krankenhaus der Schwerpunkt- und Maximalversorgung“**

Arbeitsorganisations- und Arbeitszeitkonzepte im ärztlichen Dienst in Krankenhäusern der Regional- und Überregionalversorgung (Krankenhäuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung)

##### **A. Fachübergreifende Grundversorgung der Normalstation außerhalb des Regeldienstes**

Ein Großteil der Tätigkeiten auf Normalstation/Kurzzeitstation außerhalb der Regeldienstzeit sind allgemeinmedizinische Tätigkeiten.

Heute versorgen Ärzte/innen während des Bereitschaftsdienstes – neben der Tätigkeit in der Notfallversorgung - die Patienten „ihrer“ Station mit.

Für die Zukunft stellen wir uns die Versorgung der Patienten auf Normalstation außerhalb des Regeldienstes durch den fachübergreifend tätigen Arzt vor. Bei Abschaffung der Bereitschaftsdienste wird somit die Stationsversorgung auf einen oder mehrere im Schichtdienst fachübergreifend tätige Ärzte konzentriert, die somit eine angemessene Arbeitsbelastung in der Nacht haben. Für den Fall, dass auf Station außerhalb des Regeldienstes abteilungsspezifisches Fachwissen erforderlich ist, wird durch den fachübergreifend tätigen Arzt der Spezialist, z.B. aus dem Rufdienst, hinzugezogen.

Voraussetzung dafür ist die Abgrenzung der Allgemeinversorgung von der Spezialversorgung sowie eine qualifizierte Fortbildung des fachübergreifend tätigen Arztes.

Beispiele für Allgemeinversorgung:

- Fortsetzung geplanter Behandlungsabläufe aus der Vollservicezeit
- Diagnostik, Therapie und Beratung bei neu auftretenden Gesundheitsstörungen
- Diagnostik und Therapie häufig vorkommender internistischer, chirurgischer und neurologischer Erkrankungen
- Infusionen/i.V.-Medikation
- u.v.a.

Die Abgrenzung der Allgemeinversorgung von der Spezialversorgung sollte für die Bereiche anhand eines Leitfadens definiert werden. Dieser Leitfaden stellt die Abgrenzung anhand häufig auftretender Diagnosen beispielhaft dar.

Für eine Übergangsphase bietet sich zunächst der Einsatz chirurgisch tätiger Ärzte in operativen Abteilungen und internistisch tätiger Ärzte im konservativen Bereich an.

In der Zukunft sollten Ärzte, die die fachübergreifende Versorgung der Normalstation durchführen, eine entsprechend qualifizierte Fortbildung haben oder erhalten. Diese sollte sich in weiten Teilen an der Weiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin orientieren.

## **B. Interdisziplinäre Notfallaufnahme und klinikübergreifender Hausdienst im chirurgischen Bereich:**

Im Visier des Zielkonfliktes Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und medizinische Versorgung müssen die ärztlichen Personalressourcen optimal

genutzt werden. Um die fachübergreifende Hausdienste einzuführen, bedarf es der Abstimmung- und Konsensbildung fachnaher Bereiche. Vor diesem Hintergrund ist die Umsetzung von Arbeitszeitregelungen entsprechend des EuGH-Urteils schrittweise umzusetzen. Fächernahe Kliniken sollten mit der Umsetzung beginnen.

#### Neuorganisation der Bereitschaftsdienste für den ärztlichen Dienst

07.00 - 22.00 Uhr Regeldienste (kurz: RD)

21.45 – 07.15 Uhr klinikübergreifender Hausdienst (montags-donnerstags)

21.45 – 09.15 Uhr klinikübergreifender Hausdienst (freitags und vorfeiertags)

09.00 – 21.00 Uhr fachspezifischer Anwesenheitsdienst (samstags/feiertags)

20.30 – 08.30 Uhr klinikübergreifender Hausdienst (samstags/feiertags)

08.00 – 20.00 Uhr fachspezifischer Anwesenheitsdienst (sonntags)

19.30 – 07.30 Uhr klinikübergreifender Hausdienst (sonntags)

Dienstplan im Fachbereich für 1 Arzt:

13.30 – 22.00 Uhr Regeldienst (bezogen auf Montag bis Freitag)

Personalbemessung eines fachübergreifenden Hausdienstes zwischen vier chirurgischen Kliniken (Kostenneutralität ergibt sich, wenn dadurch die Abschaffung des Bereitschaftsdienstes von 15.30.– 7.00 Uhr)

#### **Organisation Hausdienst**

montags-donnerstags 21.45 – 07.15 Uhr= 09,50h– Pause 0,75 h = 08,75 h HD

freitags 21.45 – 09.15 Uhr= 11,50h– Pause 0,75 h = 10,75 h HD

sonnabends 20.30 – 08.30 Uhr= 12,00h– Pause 0,75 h =  
11,25 h HD

sonntags 19.30 – 07.30 Uhr= 12,00h– Pause 0,75 h =  
11,25 h HD

Zusammen: 68,25 h HD unter Berücksichtigung einer 15%igen Ausfallquote  
sind = 80,29 h HD zu besetzen

80,29 mal 2 HD-Ärzte 160,59 h HD

160,59 h HD durch 38,5 h/Woche bzw. 40,00 h/Woche entspricht 4,17 HD-VK bzw. 4,0 HD-VK

### **Fachspezifischer Anwesenheitsdienst**

sonnabends 09.00 – 21.00 Uhr = 12,00 h- Pause 0,75 h = 11,25 h FAD

sonntags 08.00 – 20.00 Uhr = 12,00 h- Pause 0,75 h = 11,25 h FAD

Zusammen 22,5 h FAD unter Berücksichtigung einer 15%igen Ausfallquote sind = 26,47 h FAD zu besetzen

26,47 mal 4 FAD-Ärzte 105,88 h FAD

105,88 h FAD durch 38,5 h/Woche bzw. 40,00 h/Woche bzw. entspricht 2,75 FAD-VK bzw. 2,6 FAD-VK

### **Allgemeine Bewertung:**

#### 1. Stellenbedarf:

Es kommt zu einem erhöhten Stellenbedarf, auch bei kostenneutraler Regelung

#### 2. Kosten:

Die Lösung der fachübergreifenden Leistungserbringung ermöglicht die kostenneutrale Umwandlung von Bereitschaftsdiensten in Schichtdienst

#### 3. Personalbelastung:

Durch geregelte Dienstzeiten und Verkürzung der Anwesenheit im Krankenhaus ergibt sich eine deutliche Reduzierung der Personalbelastung

#### 4. Arbeitszeitattraktivität:

Steigerung der Arbeitszeitattraktivität

#### 5. Einkommen der Mitarbeiter:

Das Einkommen der Mitarbeiter reduziert sich auf das Grundgehalt plus Schichtzulagen

#### 6. Kontinuität der Patientenversorgung:

Die Kontinuität der Patientenversorgung auf Station wird gesteigert, da es einen Pool der Schichtdienstmitarbeiter gibt, während Stationsärzte kontinuierlich auf Station sind (kein Freizeitausgleich mehr durch Bereitschaftsdienst)

#### 7. Sonstiges:

Durch fachübergreifende Dienste außerhalb der Regeldienstzeit ist eine kostenneutrale Umwandlung von Bereitschaftsdiensten in Schichtdienst realisierbar. Gleichzeitig wird die Anzahl der anwesenden Mitarbeiter zu ungünstigen Zeiten auf das notwendige Maß reduziert. Somit reduziert sich auch die Anzahl der Dienste zu ungünstigen Zeiten für den einzelnen Mitarbeiter.

#### **Rechtliche Bewertung:**

1. Arbeitszeitgesetz: konform.
2. Sonderregelung 2 C: konform
3. AVR: konform
4. EuGH: konform

#### **6. Ausblick**

Die vorstehenden Modelle werden von der Arbeitsgruppe nicht als Musterlösung betrachtet. Sie sind mehrere von vielen Möglichkeiten der Organisation und Dienstplanung im Krankenhaus. Jedes Krankenhaus muss nach seinen eigenen Rahmenbedingungen seinen eigenen Weg gehen, die grundsätzlichen Überlegungen der Arbeitsgruppe und die vorgestellten Modelle können nur Anregungen geben.

**Die Diskussion muss weitergehen und die Arbeitsgruppe bittet daher um die Zusendung möglichst vieler alternativer Dienstplanmodelle.**

Ihre detaillierten Unterlagen senden Sie bitte an:

VKD-Geschäftsstelle  
Oranienburger Straße 17  
10178 Berlin

oder per e-mail an: [g.kirchner@vkd-online.de](mailto:g.kirchner@vkd-online.de)

oder per Fax an: 0 30 / 28 88 59 - 15

**Der Arbeitsgruppe gehören an:**

Dr. Ulf Debacher  
Projektleiter  
Klinova c/o St. Georg  
Lohmühlenstr. 5  
20099 Hamburg – Haus W  
Tel. 040 / 28903020  
Fax 040 / 28903019  
Email [ulf.debacher@klinova.lbk-hh.de](mailto:ulf.debacher@klinova.lbk-hh.de)

Gabriele Kirchner  
Geschäftsführerin  
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.  
Oranienburger Str. 17  
10178 Berlin  
Tel. 030 / 28885914  
Fax 030 / 28885915  
Email [g.kirchner@vkd-online.de](mailto:g.kirchner@vkd-online.de)

Wolfgang Kohrt  
Verwaltungsleiter  
Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH  
Seebad 82/83  
15562 Rüdersdorf  
Tel. 033638/83203  
Fax 033638/83228  
Email [w.kohrt@immanuel.de](mailto:w.kohrt@immanuel.de)

Dr. Günter Merschbächer  
Geschäftsführer  
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder  
Nordallee 1  
54292 Trier  
Tel. 0651 / 208 11 00  
Fax: 0651 / 208 11 04  
Email: [GMerschbaecher@t-online.de](mailto:GMerschbaecher@t-online.de)

Hartwick Oswald  
Leiter Personalabteilung  
Zentralklinikum Suhl gGmbH  
Albert-Schweitzer-Straße 2  
98527 Suhl  
Tel. 03681 / 35 50 20  
Fax 03681 / 35 50 21  
Email : [hartwick.oswald@zs.srh.de](mailto:hartwick.oswald@zs.srh.de)

Dr. Axel Plutte  
Leiter Personal und Recht  
Alfried Krupp Krankenhaus  
Alfried-Krupp-Straße 21  
45117 Essen  
Tel. 0201 / 434 2335  
Fax 0201 / 434 2391  
Email: rudolf.hartwig@krupp-krankenhaus.de

Günter Schigulski  
Kaufmännischer Direktor a.D.  
Rüdersdorfer Str. 45a  
10243 Berlin  
Tel. 030 / 2901238

Prof. Dr. Siegmar Streckel  
Fachhochschule Osnabrück  
Caprivistr. 30 a  
49076 Osnabrück  
Tel. 0541/9692180 /2212  
Fax 0541/9692032  
Email:streckel@wi.fh-osnabrueck.de

