

# Personaleinsatz, Arbeitszeit und Vergütung

– Wie kann zukünftig die ärztliche Arbeitszeit effektiver genutzt werden? –

Wolfgang Plücker und Franz Wolkinger

Die in den deutschen Krankenhäusern übliche Personalbedarfsermittlung auch des ärztlichen Dienstes erfolgte bisher bekanntlich leistungsorientiert, wobei die Ausgestaltung natürlich immer auch vor dem Hintergrund der Finanzierbarkeit gesehen werden musste. Dabei war und ist die durchschnittliche Vergütung pro Vollkraft ein entscheidender Faktor. Diese ergibt sich üblicherweise aus der Grundvergütung und den Bereitschaftsdienstvergütungen mit dem Ergebnis, dass hier Durchschnitte von 75.000 bis 100.000 Euro in einzelnen Krankenhäusern festzustellen sind.

Da nun seit Einführung der DRG-Finanzierung an die Stelle der leistungsorientierten Berechnung die Erlös Komponente gerückt ist, ist nicht mehr die Menge der Einzelleistungen entscheidend, sondern das finanzierbare Volumen sowohl der Personals als auch der Sachkosten bestimmt die Personalausstattung. Die lt. INEK anteiligen Personalkostenanteile – unabhängig von der Repräsentativität der Datenlage – sind nun einmal Bestandteil der Erlösbudgets und damit auch personalbestimmend. Je teurer also die Durchschnittsvergütung, desto weniger Vollkräfte stehen im Ergebnis zur Verfügung.

Durch das Arbeitszeitgesetz von 2003 mit seiner Gültigkeit ab dem 1. Januar 2007 und den zwischenzeitlich erfolgten Tarifverträgen (TvöD, TdL und VKA) haben sich diese durchschnittlichen Vergütungen zu einem Teil erheblich verändert. Neben der nunmehr vollständigen Anrechnung von Bereitschaftsdienstzeiten auf die Arbeitszeit des Arbeitnehmers – unbeschadet geringerer Vergütungen der Bereitschaftsdienstzeiten – sind in den einzelnen Vergütungsgruppen Steigerungen einzukalkulieren, die den durchschnittlichen Arzt zum einen teu-

rer erscheinen lassen und zum anderen in der Leistungsstundenzahl reduzieren.

Geht man in einem einfachen Beispiel einer fiktiven Fachabteilung von einem DRG-Erlös – es sind hier nur die stationären Erlöse aufgeführt – von ca. 8 Millionen Euro aus, entfallen auf den ärztlichen Dienst, natürlich je DRG individuell verteilt, ca. 1.140.000 Euro. Bei durchschnittlichen Personalkosten im Arztdienst von 95.000 Euro können somit für die stationäre Versorgung 12,0 ärztliche Vollstellen finanziert werden.

Wie müssen nun die Krankenhäuser reagieren? Bekanntlich sind die vom Bundesgesundheitsministerium ausgelobten Prämien für Arbeitszeitinnovationen nicht so üppig, als dass damit die zusätzlichen finanziellen Aufwendungen aufgefangen werden könnten. Außerdem würden sie natürlich budgetrelevant in den Folgejahren berücksichtigt. Konsequenz muss es daher sein, die teuren Kräfte nur dort einzusetzen, wo es unabdingbar ist. Also den Mediziner in der Medizin. Und nur dort.

Es sind hierzu die derzeitigen Tätigkeiten der Ärzte konsequent auf den Prüfstand zu stellen und darauf hin zu analysieren, welche Tätigkeiten nicht eine medizinische Ausbildung erfordern. Da gibt es einiges an Leistungen, die seit Jahren von den Ärzten als belastend und berufsfremd angezeigt werden.

Untersuchungen in einer Vielzahl von Projekten haben deutlich gemacht, welche hohe zeitliche Anteil für die sogenannten berufsfremden Tätigkeiten aufgewendet werden.

Analysen in vielen Krankenhäusern auch unterschiedlicher Größe und Spezialisierung zeigen für den ärztlichen Dienst folgende Arbeitsanteile (beispielhaft und ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- Dokumentation der ärztlichen Anamnese
- Formulare für die Aufnahme (Administrative Aufnahme)
- Termin- und Bettenplanung
- Anrufe bei Hausarzt
- Verschlüsselung der Aufnahme-medaten
- Patientenstamblblattpflege
- Dokumentation der Visitenbefunde
- Organisation des Befundumlaufs
- Administrative Organisation der Konsiliaranforderungen
- Befundbeschaffung und -einsortierung
- Terminplanung für Diagnostik und Therapien
- OPS-Dokumentation (Vollständigkeitsprüfung)
- Diagnose-Kodierung (Vollständigkeitsprüfung)
- DRG-Verschlüsselung
- Qualitätssicherungsdokumentation
- MDK-Anfragen
- AHB-Dokumentation
- Überleitungsorganisation (häusliche Pflege/Pflegeeinrichtung)

- Berufs- und Gesundheitspolitik
- Medizin
- Klinische Praxis
- Gesundheitswirtschaft
- Recht
- Aus dem Finanzministerium
- Meldungen
- Leserforum
- Veranstaltungen
- Europa
- Tagungsberichte
- Personalien

Tabelle 1: Ärztlicher Stellenanteil bei DRG

		davon für Ärzte	davon für Pflegedienst	davon für Funktionsdienst/ Med.-Techn.-Dienst
<b>DRG-Erlöse</b>	8.000.000	1.140.000	1.855.200	876.000
<b>durchschnittliche Personalkosten</b>		95.000	43.500	45.500
<b>Vollkräfte</b>		12,00	42,65	19,25

© DKI GmbH, Wuppertal

- Berufs- und Gesundheitspolitik
- Medizin
- Klinische Praxis
- Gesundheitswirtschaft
- Recht
- Aus dem Finanzministerium
- Meldungen
- Leserforum
- Veranstaltungen
- Europa
- Tagungsberichte
- Personalien

- Abschlussdokumentation
- Administrative Entlassung
- Arztbriefe schreiben
- Arztbriefe korrigieren und kontrollieren
- Aktenpflege und -archivierung

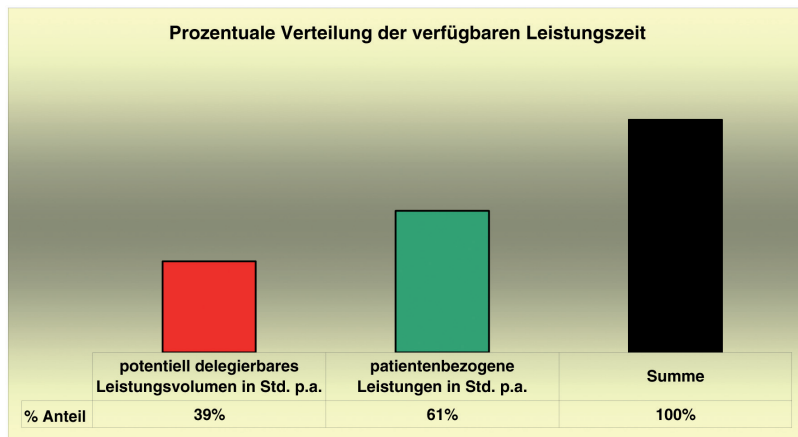
Im Ergebnis summieren sich diese Erfahrungswerte auf bis zu 2,5 Stunden pro Fall (= 30 Prozent bis 70 Prozent des zu leistenden Zeitaufwandes pro Fall je nach Fachdisziplin).

Basis dieser Berechnung ist die fallbezogene personelle Bindung in den ärztlichen Fachdisziplinen, die von einem Arzt für 185 Fälle in der Intensivüberwachung bis 470 Fällen in der Augenheilkunde als Bandbreite gilt.

Diese Stunden werden von einem Arzt erbracht, der erstens dafür eigentlich zu teuer und zweitens auch nicht dafür ausgebildet ist.

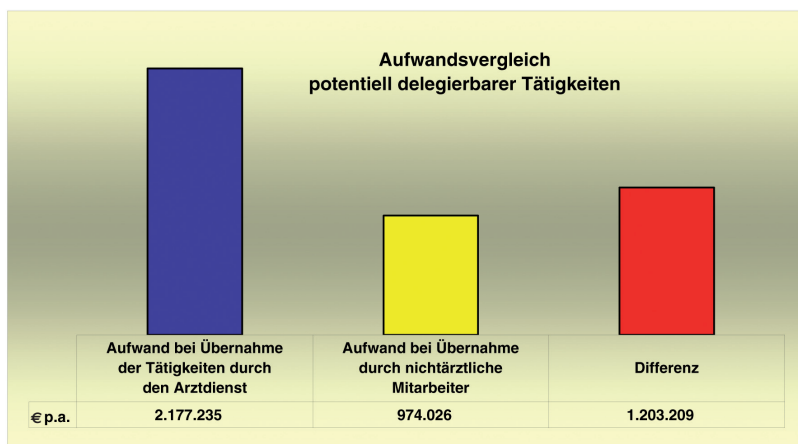
Zudem zeigt die Erfahrung, dass es sich hierbei teilweise um Tätigkeiten handelt, die bisher häufig im Bereitschaftsdienst oder im Anschluss an den Regeldienst durchgeführt wurden mit der Folge, dass entweder Mehrarbeit/Überstunden erbracht wurden oder aber tendenziell die Auslastung des Bereitschaftsdienstes stieg.

Es sind daher zukünftig Überlegungen anzustellen, welche Tätigkeitsanteile delegierbar wären und von anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus übernommen werden könnten; sowohl zusätzlich als auch ergänzend – mit möglichem personellen Austausch. Man muss sich dabei darauf verständi-



© DKI GmbH, Wuppertal

Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der verfügbaren Leistungszeit



© DKI GmbH, Wuppertal

Abbildung 2: Aufwandvergleich (Basis 37.500 Leistungsstunden)

gen, dass natürlich nicht alle administrativen Tätigkeiten zu verlagern sind, sicherlich kann aber davon ausgegangen werden, dass zumindest die Hälfte dieser Zeit für den ärztlichen Mitarbeiterstamm vermeidbar ist.

## Virtuelles Krankenhaus

Am Beispiel eines virtuellen Krankenhauses mit 10.000 stationären und 5.000 ambulanten Fällen und entsprechend 58 bis 59 ärztlichen Vollstellen sollen die Auswirkungen dargestellt werden.

Bei einem Aufwand für Dokumentations- und Administrationsaufwand von 2,5 Stunden je Fall werden insgesamt 37.500 Stunden p.a. geleistet. Bei einem Ausfall von 15 Prozent entspricht dies einem Vollkräfteäquivalent von 22,92 Vollkräften.

Damit verbleiben 58.220 Stunden pro Jahr, die für direkt patientenbezogene Leistungen aufgewendet werden können. Dies entspricht einem Vollkräfteäquivalent von 35,58 Vollkräften.

Mit diesen 37.500 Stunden können 24,35 administrative Vollkräfte incl. 20 Prozent Ausfall eingesetzt werden, die hier beispielhaft bei durchschnittlichen Per-

Basisdaten	
Fallzahl (stationär/ambulant)	15.000
ärztliche Vollkräfte	58,50
Personalkostenbudget bei 95.000 €/Vollkraft im Arztdienst	5.557.500 €
Leistungsvolumen in Std. (bei 15% Ausfall) -gesamt p.a.-	95.720

© DKI GmbH, Wuppertal

Tabelle 2: Basisdaten

Leistungsverteilung	% Anteil
potenziell delegierbares Leistungsvolumen in Std. p.a.	39%
patientenbezogene Leistungen in Std. p.a.	61%
Summe	100%

© DKI GmbH, Wuppertal

Tabelle 3: Zeitliche Verteilung

sonalkosten von 40.000 Euro mit ca. 974.000 Euro Personalkosten kalkuliert werden müssen.

Gleichzeitig sind ca. 22,92 ärztliche Vollstellen incl. 15 Prozent Ausfall entlastet worden, die bei durchschnittlichen Personalkosten von 95.000 € mit ca. 2.177.000 Euro Personalkosten kalkuliert werden.

Das Einspar- bzw. Rationalisierungspotential entspricht in diesem Beispiel einem Volumen von ca. 1.203.000 Euro.

Je nach wirtschaftlicher Situation des Krankenhauses ergeben sich somit zwei Handlungsoptionen. Einerseits könne Kliniken, die sich in einer schwierigen wirtschaftlichen Situation befinden, dieses Potential ganz oder teilweise als tatsächliches Einsparvolumen realisieren, andererseits ist es bei ausgeglichener wirtschaftlicher Lage eines Krankenhauses möglich, durch dieses Potential einen Zusatznutzen zu erzielen (Tab. 4).

Durch Übernahme sämtlicher delegierbarer Tätigkeiten ergibt sich folgende Situation (Tab. 5).

Im Ergebnis bleibt festzustellen, dass durch die Übernahme delegierbarer patientenferner oder administrativer Tätigkeiten durch nichtärztliche Mitarbeiter in diesem Beispiel bis zu 20.724 Leistungsstunden (78.944 minus 58.220) mehr für die patientennahe Versorgung zur Verfügung stehen als dies der Fall wäre, wenn diese Tätigkeiten ausschließlich durch den Arztdienst erfolgten.

Zusätzlich sind Synergieeffekte und „Übungsgewinne“ durch die Spezialisierung der nichtärztlichen Mitarbeiter zu erwarten.

Die Delegation patientenferner und/oder administrativer Tätigkeiten und damit die Realisierung des Einsparvolumens oder des Zusatznutzens ist allerdings an organisatorische und personelle Bedingungen geknüpft.

- Weitestgehende Standardisierung der delegierten Tätigkeiten
- Sicherstellung des Kommunikations- und Informationsflusses zwischen Arzt und nicht-ärztlichen Mitarbeitern
- Fachliche Qualifikation der nicht-ärztlichen Mitarbeiter im Bereich Medizin und Administration
- Organisatorische Einbindung in den ärztlichen Dienst

Weitere Überlegungen ergeben sich bei der Frage, inwieweit die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten entlastet werden könnten.

Auf den Allgeminstationen fallen ständig Tätigkeiten an, die von der Pflege – oft sogar ohne in-

tensive zusätzliche Anleitung und/oder Prüfung (z.B. Spritzen-schein) – übernommen werden könnten. Hierzu gehören u.a. – auch hier ohne Anspruch auf Vollständigkeit – Kurzinfusionen, Folgegaben von Antibiotika, i.v. Injektionen beiliegenden Kathetern und Blutabnahmen, laufende Wundversorgung (Wundmanager).

Auf einer 28- bis 30-Betten-Station summiert sich dieser hier nur beispielhafte Zeitaufwand schnell auf über eine Stunde pro Tag; dies entspricht einem Jahreszeitaufwand von über 1.100 Stunden; entsprechend fast 0,7 ärztlichen Vollstellen bzw. 45.850 Euro Personalkosten. Würden diese Tätigkeiten vom Pflegedienst übernommen – wobei hier rechtliche Fragen eigentlich nicht berührt werden –, entstünden lediglich personelle Kosten von 29.400 Euro, also ein Einsparvolumen von 16.450 Euro.

Die seit vielen Jahren immer wieder in Zyklen praktizierte „Abgrenzungsdiskussion“ über Tätigkeiten der einen oder anderen Berufsgruppe, unabhängig davon, ob es sich nun um Tätigkei-

- Berufs- und Gesundheitspolitik
- Medizin
- Klinische Praxis
- Gesundheitswirtschaft
- Recht
- Aus dem Finanzministerium
- Meldungen
- Leserforum
- Veranstaltungen
- Europa
- Tagungsberichte
- Personalien

Ausgangssituation Arztdienst	
Vollkräfte	58,50
Personalkostenbudget	5.557.500 €
Leistungsstunden delegierbare Tätigkeiten	37.500
Leistungsstunden patientennahe Versorgung	58.220
Leistungsstunden-gesamt-	95.720

© DKI GmbH, Wuppertal

Tabelle 4: Ausgangssituation im Arztdienst

Personalkosten	Euro
Personalbudget (Ausgangswert)	5.557.500
davon Personalkosten für nichtärztliche Mitarbeiter der delegierten Tätigkeiten	974.026
<b>Verbleibendes Personalkostenbudget des Arztdienstes</b>	<b>4.583.474</b>

Tabelle 5: Zusatznutzen bei kostenneutraler Umsetzung

Finanzierbare Vollkräfte	Vollkräfte
finanzierbare Vollstellen im Arztdienst (bei 95.000 € durchschn. Personalkosten)	48,25
finanzierbare Vollstellen für nichtärztliche Mitarbeiter bei (40.000 € durchschn. Personalkosten)	24,35
<b>Summe finanzierbare Vollkräfte</b>	<b>72,60</b>

verfügbare Leistungsstunden	Stunden
Arztdienst (bei 15% Ausfall)	78.944
nichtärztliche Mitarbeiter (bei 20% Ausfall)	37.500
<b>Summe Leistungsstunden</b>	<b>116.444</b>

© DKI GmbH, Wuppertal

Berufs- und Gesundheitspolitik
Medizin
Klinische Praxis
Gesundheitswirtschaft
Recht
Aus dem Finanzministerium
Meldungen
Leserforum
Veranstaltungen
Europa
Tagungsberichte
Personalien

ten der Medizin, Pflege, Funktionsbereiche oder Medizintechnischen Dienste handelt, ist hinlänglich bekannt und soll an dieser Stelle nicht fortgesetzt werden.

Aber ungeachtet der rechtlichen Problematik, die selbstverständlich nicht vergessen werden soll, erscheint es nicht zuletzt auch aus ökonomischen Gründen dringend erforderlich, für die Zu-

kunft der Krankenhäuser und deren Erhalt nicht nur den eigenen kleinen Fokus zu berücksichtigen, sondern auch einmal über die Ländergrenzen hinaus zu schauen nach dem Motto: Wie machen es eigentlich die Nachbarn?

Der Rationalisierungsdruck auf die Krankenhäuser wird sich sicher noch weiter verstärken; da ist jeder gut beraten, der sich für

die Zukunft wappnet und bereit ist, die alten Pfade zu verlassen.

Dipl.-oec. Wolfgang Plücker  
 Betriebswirt (grad.)  
 Franz Wolking  
 Krankenhausbetriebswirt (VKD)  
 DKI GmbH  
 Friedrich-Engels-Allee 256  
 42285 Wuppertal  
 Tel.: 0202 – 74 75 76 0  
 Fax: 0202 – 49 69 88 1  
 E-Mail: [DKI-GmbH@t-online.de](mailto:DKI-GmbH@t-online.de)  
[www.dkigmbh.de](http://www.dkigmbh.de)