

Kooperation des Landes Berlin und der BG

## Europas modernste Unfallklinik eröffnet

Ein Modellprojekt ist gestartet, ob es sich im rauen Klinikumfeld Berlins bewährt, wird die Zeit zeigen. Die Gründung des „Unfallkrankenhauses Berlin“ ist ein in zweifacher Hinsicht einzigartiges Novum in der bundesdeutschen Medizinlandschaft: 1992 vereinbarten die gewerblichen Berufsgenossenschaften (BG) und der Senat von Berlin im Rahmen eines Kooperationsvertrages die gemeinsame Planung, Errichtung und den Betrieb eines Unfallkrankenhauses. Hierzu wurde ein Klinikträgerverein in der Rechtsform des Eingetragenen Vereins gegründet.

Das Haus soll einerseits dem unterversorgten ehemaligen Ostberliner Bezirk Marzahn, heute ein riesiger Neubaubezirk mit sehr junger Bevölkerung, gleichsam als traumatologisches „Kiez-Schwerpunktkrankenhaus“ dienen und andererseits überregionale Aufgaben übernehmen, zum Beispiel bei schwer Brandverletzten, bei Rückenmarkverletzungen, komplexen Handverletzungen sowie schweren Knochen- und Gelenkinfektionen. Das Unfallkrankenhaus führt sowohl die Primärversorgung und Wiederherstellungschirurgie als auch die Rehabilitation im Rahmen der BG-Heilverfahren durch.

### Dreiteiliger Gebäudekomplex

Das Haus (Baukosten 468 Millionen DM) gilt derzeit als Europas modernstes Unfallkrankenhaus. Es verfügt über 468 Betten, 36 Intensivbetten, 13 Operationssäle, Dachlandeplatz für Rettungshubschrauber direkt über dem Schockraum und Notfall-OP. Insgesamt 900 Mitarbeiter, davon 160 Ärzte und 550 Pflegekräfte, sind für 13 medizinische Fachdisziplinen tätig. Der Tagessatz liegt bei durchschnittlich 1 092 DM. Das Jahresbudget beträgt 130 Millionen DM.

Der dreiteilige Gebäudekomplex integriert sich gut in die mehr als 100 Jahre alte historische Krankenhausanlage des Wilhelm-Griesinger-Krankenhauses. Neben modernsten diagnostischen, therapeutischen und wiederherstellenden Verfahren werden unter anderem die neuesten Krankenhaus-Kommunikations- und -informationssysteme auf dem Weg zum papierlosen Krankenhaus eingesetzt.

Auf der Eröffnungsfeier betonte die Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesgesundheitsminister, Dr. Sabine Bergmann-Pohl, wie selten heute Meldungen über Krankenhausneubauten angesichts strukturentbehafteter Schließungen geworden seien, desto mehr seien Institutionen

wie die Berufsgenossenschaften gefordert. Sie haben diesen Auftrag zur medizinischen Rehabilitation jedes Verletzten oder Erkrankten mit sieben modernsten Kliniken und Spezialzentren, davon drei für Unfallopfer, beantwortet.

Der Regierende Bürgermeister von Berlin, Eberhard Diepgen, sprach seinen Dank aus, daß mit diesem neuen Haus eine Lücke bei der Versorgung von Unfallverletzten in den neuen Bundesländern zunehmend geschlossen werde. In der Investition in ein neues Haus angesichts eines Bettenüberhangs in Berlin von bis zu 7 500 Betten läge kein Widerspruch, sondern ein Qualitätsgewinn im unterversorgten Osten.

Der neue Ärztliche Direktor des Unfallkrankenhauses Berlin, Prof. Dr. Axel Ekkernkamp, dankte für den Vertrauensvorschuß, den viele Menschen dem Haus und seinem Team bereits entgegenbringen – obwohl noch kein einziger Patient bis zu diesem Tag behandelt worden sei.

Dr. Barbara Nickolaus

### 50 Jahre Ärztekammer Westfalen-Lippe

## „Mit großem Respekt vor der Aufbauarbeit“

Mit einem großen Festakt feierte Ende August die Ärztekammer Westfalen-Lippe den Tag, an dem sich 1947 die ärztliche Selbstverwaltung in Westfalen-Lippe neu konstituierte. In Anwesenheit des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Dr. Axel Horstmann, der Oberbürgermeisterin der Stadt Münster, Marion Tüns, des Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. med. Karsten Vilmar, und des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Dr. med. Ulrich Oesingmann, eröffnete der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. med. Ingo Flenker, den Festakt mit den Worten: „Wir müssen die damals geleistete Aufbauarbeit auch heute mit großem Respekt betrachten, denn die Rahmen-

bedingungen waren ausgesprochen schwierig.“

Die schrecklichen Erfahrungen der Kriegszeit wirkten nicht nur insofern nach, als sich noch zahlreiche Ärzte in Gefangenschaft befanden. Auch die Mangelsituation bei Lebensmitteln, Brennstoffen und Medikamenten und der sich verschlechternde Gesundheitszustand der Bevölkerung machte den Ärztinnen und Ärzten schwer zu schaffen.

Jetzt, 50 Jahre später, könne man auf eine erfolgreiche Arbeit zurückblicken, die unverändert darauf zielt, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu optimieren, die Strukturen des Gesundheitswesens weiterzuentwickeln und die beruflichen Belange der Ärzteschaft wirksam wahrzunehmen. Das Prinzip der

Selbstverwaltung habe sich dabei in all den Jahren in vorbildlicher Weise bewährt. Dies unterstützte Minister Horstmann: „Das heutige Verhältnis zwischen Ärztekammern und Staat ist nicht zuletzt Ausdruck der Selbstbeschränkung des Staates in der Erkenntnis mangelnder Nähe zu beruflichen Angelegenheiten.“

Als Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe lobte Dr. med. Ulrich Oesingmann die intensive und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den beiden ärztlichen Körperschaften: „Ein deutliches Auseinanderdriften von Kammer und Kassenärztlicher Vereinigung und eine mehr oder weniger offene Rivalität gibt es bis heute in Westfalen-Lippe nicht.“ Sichtbare Zeichen dieser guten Zusammenarbeit sind die gemeinsam geführte Akademie für ärztliche Fortbildung, die gemeinsame Pressestelle, das Westfälische Ärzteblatt und nicht zuletzt das gemeinsam erstellte neue Ärztehaus in Münster.

### Vilmar plädiert für Eigenverantwortung

Die Glückwünsche der Bundesärztekammer überbrachte Dr. med. Karsten Vilmar, der in seinem Grußwort unter anderem auf die Grenzen der medizinischen Entwicklung einging: „Nicht alles, was wissenschaftlich oder technisch möglich, vielleicht auch angenehm und wünschenswert ist, kann von der Solidargemeinschaft der Beitragszahler oder von den Steuerzahlern bezahlt werden“, sagte Vilmar. Um das Gesundheitswesen aber auch in Zukunft leistungsfähig zu halten, müßten Eigeninitiative und Eigenverantwortung wieder gestärkt werden.

Im seinem Festvortrag „Ärztliche Selbstverwaltung im strukturellen Wandel“ zeigte Professor Dr. jur. Gerhard W. Wittkämper, Direktor des Instituts für Politikwissenschaften der Universität Münster, auf, daß die Selbstverwaltung einem Wandel unterliegt. Er verwies auf ein Wort von Mahatma Gandhi: „Wahre Zivilisation besteht nicht in der Vervielfachung der Bedürfnisse, sondern in freiwilliger, wohlüberlegter Einschränkung der Wünsche.“ Susanne Hofmann

# Das Arbeitszeitgesetz – Realität oder Fiktion?

Hans-Friedrich Kienzle und Christoph Jansen

Die Anwendung des seit dem Januar 1996 auch in Krankenhäusern gültigen Arbeitszeitgesetzes wird unvermindert kritisiert. Demnach wird ein Gesetz, bei dessen Nichteinhaltung Bußgelder oder sogar strafrechtliche Ahndungen drohen, im Krankenhaus bisher nicht ausreichend beachtet. Andererseits werden die Arbeitnehmer dazu animiert, den Arbeitgeber wegen strafbewehrten Verhaltens anzuzeigen; dies kann einen Kündigungsgrund bedeuten. Das Arbeitszeitgesetz ist sowohl aus juristischer als auch aus ärztlicher Sicht umstritten. Es wird der besonderen Situation an den Krankenhäusern nicht gerecht. Das Krankenhausfinanzierungsrecht und die knappen Ressourcen verhindern die Erhöhung der Planstellen, die das Arbeitszeitgesetz erfordert.

Zu den rechtlichen Bedingungen hat Lutz Hammerschlag im Deutschen Ärzteblatt, Heft 22/1996, detailliert informiert. Nach einer Mitteilung des Marburger Bundes vom Oktober 1996 arbeiteten nach einer Umfrage in München 44 Prozent der ärztlichen Mitarbeiter nach dem Bereitschaftsdienst am nächsten Morgen weiter. 62 Prozent der Teilnehmer arbeiteten länger als sechs Stunden ohne Ruhepause, und 71 Prozent arbeiteten mehr als 5,5 Stunden im Bereitschaftsdienst. Auch der 100. Deutsche Ärztetag, Ende Mai 1997 in Eisenach, hat den Gesetzgeber aufgefordert, die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes im Krankenhaus sicherzustellen und die notwendigen Rahmenvoraussetzungen zu schaffen.

Gleichwohl teilte der Marburger Bund im August 1997 mit, daß nach Umfragen der Ärztekammern Berlin und Bayern im Herbst 1996 bis zu 40 Prozent der Ärzte noch nicht einmal informiert waren; nur in weniger als zehn Prozent der Abteilungen führten die Schutzvorschriften und insbesondere die Ruhezeitenregelung des Arbeitszeitgesetzes zu Neueinstellungen.

Um das Arbeitsgesetz konsequent für den Bereitschaftsdienst der Assistenzärzte und die Rufbereitschaft der Oberärzte umzusetzen, sind drei Lösungsansätze denkbar:

1. Nichts tun. Es wurde verschiedentlich die Meinung vertreten, daß

das Arbeitsgesetz im Krankenhaus nicht gelte, wenn Tarifverträge zur Arbeitszeitgestaltung und die Gestaltung von Bereitschaftsdiensten und Rufbereitschaften bestünden. Das Risiko, mit einer Geldbuße oder Strafe belegt zu werden, läßt sich wegen der unsicheren Rechtslage jedoch nicht ausschließen. Dennoch scheinen sich zahlreiche Krankenhäuser dieser Variante anzuschließen.

2. Freizeitausgleich für den geleisteten Nachtdienst und Stellenerhöhung je „abfeierndem“ Arzt; damit aber auch erhebliche Gehaltseinbußen für den jeweiligen Mitarbeiter. Das Ausmaß einer angemessenen Stellenausweitung ist Gegenstand von Auseinandersetzungen zwischen dem Marburger Bund und den Krankenhausträgern.

3. Durch Inanspruchnahme der zulässigen Verlängerung der täglichen Arbeitszeit im Rahmen des § 3 des Arbeitszeitgesetzes werden freie Tage angespart. Infolge der angesparten verlängerten täglichen Arbeitszeit kann nach dem Nachtdienst Freizeit gewährt werden, ohne daß Lohn einbußen entstehen. Eine Erhöhung der Planstellen ist bei diesem Modell nicht möglich, wenn Kostenneutralität gefordert ist.

Durch die dritte Variante wird den Forderungen des Arbeitszeitgesetzes Genüge getan. Diese Mehrarbeitsregelung trägt zur Zufriedenheit der Mitar-

beiter bei, indem Gehaltseinbußen wegfallen und die ohnehin geleisteten Überstunden in begrenztem Umfang bezahlt werden. Eine Stellenanpassung ist mit Modell 3 nicht verbunden; arbeitsmarktpolitisch ist diese Lösung also nicht günstig.

Bei der Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen müssen zwei Faktoren beachtet werden: einerseits die Notwendigkeit, Überbelastung der Mitarbeiter weitgehend zu verhindern, andererseits die Notwendigkeit einer humanen, aufmerksamen und kontinuierlichen Patientenversorgung.

### Unterschiedliche ärztliche Qualifikation

Die Qualifikation der einzelnen Mitarbeiter auf den Stationen und in den Funktionsbereichen ist unterschiedlich; sie reicht vom Arzt im Praktikum über den Assistenten in Weiterbildung bis zum erfahrenen Facharzt und schließlich zum Oberarzt. Der verantwortlich visitierende Arzt wechselt bei Realisierung des Arbeitszeitgesetzes oft täglich (*Grafik*). Trotz ausführlicher schriftlicher Dokumentation bleiben Nuancen, die sich aus dem jeweiligen Arzt-Patienten-Verhältnis ergeben, manchmal unberücksichtigt. Auch wenn die Übergabesite am Morgen verantwortungsvoll durchgeführt wird, fehlt an manchen Tagen der erfahrene Stationsarzt. Der für die jeweilige Station zuständige Oberarzt kann die Defizite nicht ohne weiteres ausgleichen. Zudem ist es nicht ausgeschlossen, daß auch der Oberarzt gerade Freizeitausgleich hat, wenn er nach restriktiver Auslegung des Gesetzes während der Rufbereitschaft durch überraschende Operationen mehr als 5,5 Stunden gearbeitet hatte. So können Situationen eintreten, in denen einer Station oder einem Funktionsbereich sowohl der erstverantwortliche Stationsarzt als auch der Oberarzt fehlt.

Gerade für einen Oberarzt ist nicht ohne weiteres Ersatz zu finden.

Unter Umständen müssen Operationen von einem Tag auf den anderen verschoben werden, obwohl der Patient für die Operation bereits vorbereitet ist. Für Außenstehende ist nur schwer nachvollziehbar, was eine Operationsverschiebung für Patienten und Angehörige bedeutet. Die psychischen Auswirkungen sind in manchen Fällen erheblich.

In kleineren Abteilungen ist allein aufgrund der geringen Anzahl der Planstellen die Realisierung der gesetzlichen Vorgaben vielfach zusätzlich erschwert bis unmöglich.

Die genannten Beispiele lassen sich auch auf andere klinische Bereiche übertragen. Im Fall der Anästhesie kann nicht selten der am Vortag prämedizierende Arzt die Narkose am Folgetag nicht übernehmen, obwohl dies sachlich geboten wäre und für den Patienten wichtig ist.

Die höchstens erlaubte Arbeitszeit von 5,5 Stunden/Nachtdienst gilt zum Beispiel auch für die Operationsschwestern. Wird diese Inanspruchnahme überschritten, müssen die Pflegekräfte nach dem Dienst nach Hause. Bei voller Auslastung einer Operationsabteilung muß dann



ein Operationssaal geschlossen werden mit der Konsequenz von Programmverschiebungen, Absetzen von geplanten Patienten bis zur Erstellung eines ganz neuen Operationsplanes.

Für die Stationsübergabe wird in einem kommunalen Krankenhaus von der Verwaltung eine halbe Stunde für 35 Betten morgendlicher Visite zugebilligt – weniger als eine Minute

je Patient. Die von den Assistenzärzten erbetene Erhöhung auf eine volle Stunde wurde vom Träger aus Kostengründen abgelehnt.

Sibyllinisch wird im Ablehnungsschreiben mitgeteilt, daß kostenneutrale strukturelle und organisatorische Änderungen innerhalb der Klinik die einzige Möglichkeit seien, bei gleichbleibenden Personalkosten weiterhin eine optimale Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

### Mehrleistungen werden toleriert

Dies bedeutet: Mehrleistungen sollen bei einer Übergabesite von den Assistenzärzten dokumentiert werden, um sie dann zu gegebener Zeit mit Freizeit auszugleichen. Dies ist jedoch illusorisch, und jeder Insider weiß, daß die Mehrleistungen einfach in Kauf genommen werden.

Auswirkungen des Gesetzes auf den Krankenhausbetrieb, die auf den häufigen Arztwechsel in einem bestimmten Bereich zurückzuführen sein können:

- Verlängerte Liegezeit, weil wichtige Entscheidungen nicht getroffen werden;

- Unterschiedlich qualifizierte Aufklärung, weil der verantwortliche Stationsarzt fehlt;

- Mißverständnisse in den Gesprächen mit den Angehörigen und Patienten, weil trotz gleichen Sachverhalts aus verschiedenen Blickrichtungen und mit unterschiedlicher Diktion argumentiert wird;

- Die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal leidet, weil durch wechselnde Ärzte bei den Visiten die Anordnungen zum Teil inkonsequent und nicht geradlinig getroffen werden und auch beim Pflegepersonal ein ähnlich häufiger Personalwechsel stattfindet wie bei den Ärzten;

- Verlängerte Weiterbildungszeiten für die Assistenzärzte insbesondere in den operativen Fächern, da sie an vielen Tagen im Jahr fehlen und somit die notwendigen Leistungen (zum Beispiel Operationsleistungen) nicht erbringen können.

Fehler durch Informationslücken sind schwerwiegender und eher denkbar als die (hypothetischen) Fehler

durch Übermüdung. Fehler sind auch denkbar, wenn jüngere Ärzte eingesetzt werden müssen, weil erfahrene Ärzte an bestimmten Tagen fehlen. Man erkennt eben nur, was man kennt: der Beginn eines Wundinfektes, diskrete Zeichen einer Gesamtverschlechterung im Verlauf – zum Beispiel eine beginnende Pneumonie – werden im ungünstigen Falle möglicherweise zu spät erkannt, weil der junge Arzt gar nicht sieht, wann er einen Oberarzt hinzuziehen müßte.

Es kann sich mithin eine Zweiklassenmedizin etablieren: Die Wahlleistungspatienten haben in Gestalt des Chefarztes täglich denselben Ansprechpartner, der zweimal am Tag Visite macht und so einen konsequenten Behandlungsverlauf gewährleistet. Allgemeinpatienten erleben unter Umständen an drei Tagen drei verschiedene Ärzte unterschiedlicher Qualifikation.

## Kontinuität hat ihren Preis

Nur durch Kontinuität ist im Verlauf von vielen Behandlungstagen das unverzichtbare Arzt-Patienten-Verhältnis und gegenseitige Verständnis und Vertrauen herzustellen. Ein wie auch immer gearteter Schichtdienst ist diesem Ziel abträglich.

Die im Arbeitszeitgesetz proklamierten Interessen der Arbeitnehmer an einer geringeren Belastung sind nur teilweise mit den Interessen der Patienten deckungsgleich: Zwar hat auch der Patient ein Interesse an einer Behandlung durch nicht überanstrengte Ärzte, jedoch stehen daneben die humanen Interessen an möglichst gleichbleibenden behandelnden Ärzten und einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung ohne Informationsdefizite.

Gesetzgeberische oder tarifrechtliche Maßnahmen, die einen häufigeren Arztwechsel in der Patientenbetreuung erfordern, müssen be-

rücksichtigen, daß dieses seinen Preis haben muß, wenn die Patientenversorgung nicht empfindlich leiden soll: Zusätzliche Kommunikation bei der Patientenübergabe erhöht die Ar-

und für die Patienten, wenn es nach entsprechender Personalzusetzung sinnvoll angewandt würde.

Die Situation im Krankenhaus ist gekennzeichnet durch zahlreiche Besonderheiten, die das Krankenhaus nicht mit einem Produktions- oder Dienstleistungsbetrieb vergleichbar machen, dessen Produktion beziehungsweise Dienstleistungserbringung mit allenfalls wirtschaftlichen Konsequenzen beliebig gesteuert werden kann.

Die Situation wird dadurch verschärft, daß die Einnahmen der Krankenhäuser seit 1993 einer Budgetdeckelung mit begrenzten pauschalen Steigerungsraten unterliegen, so daß erhöhte Personalkosten durch Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes nicht durch entsprechend erhöhte „Preise“ kompensiert werden können.

● Die Tarifpartner sind aufgerufen, gesetzgeberische Mängel und die Realitätsferne des Gesetzes zu kompensieren. Wenn der Gesetzgeber eine Änderung der derzeitigen Situation zugunsten der Arbeitnehmer wünscht, so kann er ihnen nicht durch die Verweigerung der Möglichkeiten einer Finanzierung des Mehraufwandes im Rahmen der Krankenhausgesetzgebung mit der rechten Hand nehmen, was er ihnen mit der linken in Form des Arbeitszeitgesetzes gegeben hat.

**Grafik** DA

**Visitenplan unfallchirurgische Station für Februar 1996**

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
			1 a	2 b	3 b	4 d
5 c	6 d	7 d	8 b	9 b	10 a	11 b
12 a	13 b	14 b	15 b	16 a	17 c	18 a
19 b	20 c	21 c	22 b	23 a	24 c	25 c
26 b	27 b	28 c	29 b			

a, b, c = Assistenzarzt; d = Arzt im Praktikum (AiP) Quelle: Kienzle

Beispiel unterschiedlicher ärztlicher Stationsbesetzung: Häufige Wechsel mehrerer unterschiedlich qualifizierter Ärzte

beitszeit; sie ist finanziell zusätzlich zu berücksichtigen.

Ein Gesetzgeber, der einerseits eine vom Gesundheitsministerium vorgeschlagene Krankenhausfinanzierung mit gedeckelten Budgets beschließt, andererseits ein vom hierfür federführenden Bundesarbeitsministerium empfohlenes, strafbewehrtes Arbeitszeitgesetz beschließt, dessen Realisierung Mehrausgaben erfordert, gleicht einem Menschen, dessen rechte Hand nicht weiß, was die linke tut.

Nach einer Notiz in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ (Heft 8, 1997) dürfen junge britische Ärzte nicht verpflichtet werden, länger als 56 Stunden je Woche zu arbeiten (zuvor lag die Höchstgrenze bei 72 Stunden); mindestens 8 000 junge Klinikärzte (knapp 25 Prozent) arbeiten jedoch sehr viel länger als diese neu vorgeschriebene Arbeitszeit. Nach wie vor arbeiten viele britische Ärzte von Samstagmorgen bis Montagabend ohne ausreichende Pausen. Dies kann kein Vorbild für den deutschen Klinikalltag sein. Das Arbeitszeitgesetz wäre ein großer Fortschritt für die in den Krankenhäusern Beschäftigten

Zitierweise dieses Beitrags:  
Dt Ärztebl 1997; 94: A-2477-2479  
[Heft 39]

### Anschriften der Verfasser

Prof. Dr. med. Hans-Friedrich Kienzle  
Leitender Arzt Chirurgische Klinik  
Städtisches Krankenhaus  
Köln-Holweide  
Neufelder Straße 32  
51067 Köln

Dr. jur. Christoph Jansen  
Rechtsanwalt  
Sonnenacker 49  
40489 Düsseldorf