

Martin Molitor/Dr. Martin Walger

Bereitschaftsdienst und Arbeitszeit: Der aktuelle Stand der rechtlichen und politischen Diskussion

Die Autoren geben einen kurzen Überblick über die jüngste Entwicklung der Rechtsprechung zur Einordnung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit. Dazu werden der Schlussantrag des Generalanwaltes zur Rechtssache C-151/02 vor dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) und ein Urteil des Bundesarbeitsgerichtes (BAG) zum ärztlichen Bereitschaftsdienst beschrieben. Den Schwerpunkt des Beitrags bildet die Darstellung des aktuellen politischen Umgangs mit den Urteilen zum Bereitschaftsdienst von Ärzten. Dazu werden zunächst die Ergebnisse des 2. Arbeitszeitgipfels beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziales kommentiert, bevor ausführlicher die Position der DKG erläutert wird.

Schlussantrag des Generalanwalts vor dem EuGH und BAG-Urteil

Vor dem EuGH ist aufgrund eines Vorabentscheidungsersuchens des Landesarbeitsgerichtes Schleswig-Holstein die Rechtssache C-151/02 (Fall Jaeger) anhängig. Das Landesarbeitsgericht hat den Gerichtshof um Auslegung einiger Bestimmungen der Gemeinschaftsrichtlinie ersucht. Konkret geht es darum, ob es sich bei Bereitschaftsdienstzeiten, die von Ärzten in Krankenhäusern abgeleistet werden, in vollem Umfang um Arbeitszeit handelt, soweit es ihnen in Zeiten, in denen sie nicht in Anspruch genommen werden, gestattet ist, an Ort und Stelle zu schlafen.

Der zuständige Generalanwalt hat am 8. April 2003 beim EuGH seinen Schlussantrag vorgetragen. Er stellt darin fest, dass es sich bei dem Bereitschaftsdienst, den ein Arzt in einem Krankenhaus ableistet, in vollem Umfang um Arbeitszeit im Sinne der Gemeinschaftsregelung handelt, und zwar auch insoweit, als es dem Arzt gestattet ist, in Zeiten der Nichtinanspruchnahme zu schlafen.

Der Generalanwalt führt aus, dass Artikel 2 der Gemeinschaftsrichtlinie für die Definition der Arbeitszeit 3 Kriterien aufstellt und zwar, dass der Arbeitnehmer arbeitet, dem Arbeitgeber zur Verfügung steht und seine Tätigkeit ausübt. Nach Auffassung des Generalanwalts sind im vorliegenden Fall die beiden ersten Kriterien erfüllt; dies sei die notwendige und in den meisten Fällen hinreichende Bedingung, um bestimmte Zeiten als Arbeitszeit einzustufen.

Die Haltung des Generalanwalts ist nicht überraschend. Der EuGH hatte bereits im Oktober 2000 (SIMAP-Urteil) in einem spanischen Fall den Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit gewertet. Die Ansicht des Generalanwalts ist für den EuGH nicht bindend. Die Richter des EuGH treten nun in die Beratung der vorliegenden Rechtssache ein. Das Urteil wird

zu einem späterem Zeitpunkt verkündet. Jedoch zeigt die Erfahrung, dass die Richter häufig dem Vorschlag des Generalanwalts folgen.

Zuvor hatte der Erste Senat des BAG am 18. Februar 2003 bereits 2 Fälle verhandelt, die sich mit der Frage beschäftigten, inwieweit der Bereitschaftsdienst in Deutschland als Arbeitszeit zu bewerten sei. In beiden Fällen hat das BAG festgestellt, dass die betreffenden Regelungen des deutschen Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) weiterhin anzuwenden sind. Insofern haben die Arbeitgeber in den konkreten Fällen rechtmäßig gehandelt; Bereitschaftsdienste in der jetzigen Form haben nach wie vor Bestand. Zugleich hat das BAG festgestellt, dass das deutsche Arbeitszeitgesetz den Anforderungen der EG-Richtlinie 93/104 nicht genügt und einzelne Regelungen des ArbZG unvereinbar mit den Vorgaben der EG-Richtlinie sind. Nach Aussage des BAG-Präsidenten ist der deutsche Gesetzgeber gefordert, diesen Widerspruch zu lösen.

Die DKG sieht in der Entscheidung des BAG ein klares Signal an den Gesetzgeber, tätig zu werden. Zum einen steigt dadurch der Druck, das Arbeitszeitgesetz zu ändern, zum anderen wächst die Notwendigkeit, für die Refinanzierung der sich aus der Umsetzung des Urteils ergebenden zusätzlichen Personalkosten Sorge zu tragen.

Zweiter Arbeitszeitgipfel

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) berief am 26. März 2003 einen 2. Arbeitszeitgipfel ein. An dem rund zweieinhalbstündigen Gespräch unter Leitung der Bundesgesundheitsministerin nahmen Vertreter der DKG, der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Deutschen Pflgerates, der Gewerkschaft ver.di, des Marburger Bundes, der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA), des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit sowie des BMGS teil.

Das BMGS hatte im unmittelbaren Vorfeld des Arbeitszeitgipfels den Entwurf einer gemeinsamen Erklärung vorgelegt. Diesem Entwurf schlossen sich die DKG und andere Beteiligte ausdrücklich nicht an. Zum Arbeitszeitgipfel legte die DKG eine eigenständige Erklärung vor. Diese Erklärung wurde, unterstützt von ver.di und der VKA, mit einigen Modifikationen von den Teilnehmern des 2. Arbeitszeitgipfels verabschiedet (vergleiche das Krankenhaus 4/2003, Seite 85). Im Folgenden wird auf wesentliche Punkte der Erklärung eingegangen.

■ Abschaffung der AiP-Phase

Ursprünglich war vom BMGS vorgesehen, dass für Absolventen, die das modifizierte Medizinstudium durchlaufen

haben, die Arzt-im-Praktikum (AiP)-Phase entfällt. Ab dem WS 2003 wird das Studium der Humanmedizin nach der neuen Approbationsordnung durchgeführt. Das hätte bedeutet, dass der AiP im Jahr 2009 faktisch hinfällig gewesen wäre. Die Ministerin kündigte nun an, die AiP-Phase bereits zum Wintersemester 2004/2005 abzuschaffen, um den Arbeitsplatz Krankenhaus für junge Ärztinnen und Ärzte wieder attraktiver zu machen.

Der Arbeitsplatz Krankenhaus hat an Attraktivität eingebüßt, während Beschäftigungsmöglichkeiten für Ärzte im nicht kurativen Bereich zunehmen. Etwa ein Fünftel der Absolventen des Medizinstudiums beginnen erst gar nicht die AiP-Phase, die für ein Tätigwerden im Krankenhaus oder in der niedergelassenen Praxis erforderlich ist. Vor diesem Hintergrund hatte sich die DKG bereits im Jahr 2002 für eine höhere Vergütung des AiP ausgesprochen unter der Voraussetzung einer abgesicherten Refinanzierung der Mehrkosten (9-Punkte-Katalog zur Beschäftigungssituation im Krankenhaus).

Auf Drängen der DKG wurde nun in der gemeinsamen Erklärung hierzu aufgenommen, dass das BMGS prüft, wie die notwendigen gesetzlichen Grundlagen zu einer Finanzierung daraus resultierender Mehrkosten realisiert werden können.

■ Umsetzung des § 6 Absatz 5 BPfIV

Die Umsetzung des § 6 Absatz 5 BPfIV wurde im Rahmen des Arbeitszeitgipfels ausführlich erörtert. Angesichts der Sachstandsdarstellungen der GKV-Spitzenverbände und der DKG ist das BMGS von seiner bisherigen Auffassung abgerückt, es würde von dieser Regelung kein Gebrauch gemacht.

Vielmehr zeigt sich, dass die Krankenhäuser angesichts der äußerst angespannten Finanzierungssituation diese Möglichkeit durchaus aufgreifen. Die Ergebnisse des jüngsten Krankenhausbarometers (Deutsches Krankenhausinstitut e.V.) zeigen, dass im Herbst 2002 lediglich 16 Prozent der Krankenhäuser von der Möglichkeit keinen Gebrauch machen wollten. Die Krankenhäuser, die § 6 Absatz 5 BPfIV geltend machen wollen, hatten in 13 Prozent der Fälle bereits eine Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung abgeschlossen; in 86 Prozent der Fälle waren Verhandlungen geplant bzw. im Gange.

In der Realität zeigt sich, dass damit noch nicht das Zustandekommen einer Vereinbarung gemäß § 6 Absatz 5 BPfIV zwischen den Vertragsparteien garantiert ist. Die Budgetverhandlungen ergeben ein sehr unterschiedliches Bild, ob und in welchem Umfang die Krankenkassen bereit sind, zusätzliche Beträge zu vereinbaren. Erste Schiedsstellenentscheidungen liegen bereits vor. Hinzu kommt, dass im März 2003 bei weitem nicht alle Budgetverhandlungen abgeschlossen waren. Auf die besondere Problematik im Zusammenhang mit der im März noch nicht umgesetzten Verlängerung der Optionsfrist für die Krankenhäuser wurde verwiesen. Nach Angaben der GKV-Spitzenverbände liegen bis dato ca. 300 Vereinbarungen gemäß § 6 Absatz 5 vor.

Bereits dieser erste Überblick zeigt, dass die bisherige Aussage des BMGS, die Krankenhäuser seien nicht in der Lage, bereitgestelltes Geld für die Einstellung zusätzlicher Ärzte abzurufen, an der Sache völlig vorbeigeht. Umso mehr ist zutreffend, dass der 100 Mio.-€-Betrag ein Tropfen auf den heißen Stein ist, verfahrenstechnisch unsicher und in der Dimension bei weitem nicht ausreichend.

Ziffer 6 der gemeinsamen Erklärung des Arbeitszeitgipfels gibt den Parteien vor Ort die Möglichkeit, bereits vor Abschluss der Budgetvereinbarungen „Vorvereinbarungen“ über sinnvolle Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zu treffen. Hier könnte beispielsweise sondiert werden, ob die abzuschließende Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung des Krankenhauses für die Geltendmachung des zusätzlichen Betrags bis zur Höhe von 0,2 Prozent des Gesamtbetrags Erfolg verspricht.

Eine substantielle Verbesserung verspricht Ziffer 7 der gemeinsamen Erklärung. Das BMGS wird überprüfen, ob die Erlangung der Mittel in 2004 dadurch erleichtert werden kann, dass die bisherige Voraussetzung, Einsparungen im Krankenhaus in gleicher Höhe zu erzielen, entfällt. Dazu muss der Gesetzgeber die Formulierung des § 6 Absatz 5 Satz 4 BPfIV entsprechend ändern.

Durch die in der gemeinsamen Erklärung avisierte Änderung des § 6 Absatz 5 BPfIV würde diese Regelung für die Verbesserung der Arbeitszeitorganisation insgesamt gangbarer gemacht. Zu betonen ist, dass die Regelung nach der Gesetzestextbegründung explizit nicht der Refinanzierung der aus der Anwendung des SIMAP-Urteils resultierenden, zusätzlichen Personalkosten dient. Die Höhe der zur Verfügung gestellten Mittel wäre dazu auch bei weitem nicht ausreichend.

■ Folgerungen aus der Rechtsprechung des EuGH

Die DKG wird gemäß Ziffer 4 der gemeinsamen Erklärung eine Bewertung vorhandener Arbeitszeitmodelle mit finanzieller Unterstützung des BMGS durchführen. Die Ergebnisse dieser Bewertung werden unter den Beteiligten des 2. Arbeitszeitgipfels gemeinsam abgestimmt. Unbeschadet bereits durchgeführter Aktivitäten wird die DKG diesen Themenpunkt erneut aufgreifen. Eine Befragung der Krankenhäuser zu den Arbeitszeitmodellen der LASI-Sammlung ist durch das Deutsche Krankenhausinstitut e. V. vorgesehen.

Die DKG hat bereits im November 2001 die deutschen Krankenhäuser um eine Einschätzung der finanziellen Auswirkungen bei Umsetzung des EuGH-Urteils gebeten. An dieser Umfrage haben sich 422 Krankenhäuser beteiligt. Die teilnehmenden Krankenhäuser haben dargestellt, wie sie ihre Arbeitsorganisation planen, wenn die klassische Bereitschaftsdienstform entfällt. Die Krankenhäuser haben den daraus resultierenden Personalbedarf und die Kosten detailliert dargestellt.

Aufgrund dieser breiten empirischen Basis wurde festgestellt, dass für die Gesamtheit der deutschen Krankenhäuser Mehrkosten von 1,75 Mrd. € bei der Umsetzung des EuGH-Urteils entstehen. Ein Mehrbedarf von 41 000 Voll-

kräften, davon 27 000 Ärzte und 14 000 Beschäftigte in den übrigen Bereichen, ist erforderlich. Dabei ist zu betonen, dass die Krankenhäuser eine Nettoberechnung vorgenommen haben. Das heißt, von den entstehenden Mehrkosten (zum Beispiel Schichtzulagen) wurden entfallende Kosten (zum Beispiel Bereitschaftsdienstvergütungen) abgezogen. Ferner ist von Bedeutung, dass das Umfrageergebnis nicht die Mehrkosten eines konkreten Arbeitszeitmodells darstellt, sondern einen Durchschnitt der Auswirkungen verschiedenster Arbeitszeitformen wiedergibt.

Darüber hinaus wurden von verschiedenen Institutionen Modelle für eine angepasste Arbeitszeitorganisation entwickelt:

- Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands hat im Oktober 2002 eine Sammlung von innovativen Arbeitszeitmodellen im Krankenhaus vorgelegt. Die insgesamt 4 Modelle werden entweder schon praktiziert oder befinden sich in der Umsetzung.
- Der Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) hat eine Sammlung von Arbeitszeitmodellen zusammengestellt und veröffentlicht. Die 9 Modelle sind größtenteils von Krankenhäusern entwickelt worden und befinden sich teilweise im Routineeinsatz oder in der Erprobung. Einige Modelle erheben den Anspruch, EuGH-kompatibel zu sein. Die DKG wurde seit Anfang 2002 in die Arbeiten des zuständigen LASI-Unterausschusses eingebunden.
- Die DKG und ihre Mitgliedsverbände haben über die vorliegenden Modellsammlungen ausführlich informiert. Ferner wurden die Krankenhäuser gebeten, darüber hinausgehende Modellansätze einzureichen. Mehrere Krankenhäuser (zum Beispiel der LBK Hamburg, das Klinikum Ingolstadt, das HELIOS-Klinikum Erfurt) haben ihre Vorstellungen einer breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht. In vielen Bundesländern existieren Arbeitskreise zwischen den Landeskrankenhausesgesellschaften, den Tarifparteien und den zuständigen Landesbehörden; dort werden Formen der Arbeitszeitgestaltung im Krankenhaus ortsnah diskutiert.

Alle genannten Kreise sind übereinstimmend zu folgenden Erkenntnissen gekommen: Es gibt nicht „das“ neue Arbeits-

zeitmodell, welches gleichsam für alle Krankenhäuser und für alle Abteilungen/Funktionsbereiche anwendbar ist. Die vorliegenden Modelle bieten vielfältige Anregungen, entbinden die Krankenhäuser jedoch nicht davon, in eigener Verantwortung passgenaue Arbeitszeitorganisationen zu realisieren. Alle vorliegenden alternativen Arbeitszeitmodelle bewirken gegenüber dem Status quo erheblichen personellen Mehrbedarf und sind nicht kostenneutral umsetzbar.

Die DKG hat darüber hinaus im März 2003 die vorliegende Modellsammlung des LASI einer näheren Betrachtung unterzogen. Beteiligt waren Vertreter des VKD, der VKA, der DKG und von ihnen benannte Vertreter aus Krankenhäusern. Gemeinsam wurde eine Nachkalkulation der LASI-Modelle 5, 6 und 7 vorgenommen. Diese Nachkalkulation ist zu differenzierten Auswirkungen hinsichtlich des personellen und finanziellen Mehrbedarfs gekommen (siehe Tabelle 1).

Diese Ergebnisse zeigen zunächst eine logische Übereinstimmung zu den Ergebnissen der DKG-Umfrage von November 2001. Während dort 1,75 Mrd. € Mehrkosten als hochgerechneter Durchschnittswert über verschiedene Alternativen der Arbeitszeitgestaltung festgestellt wurden, zeigt die Nachkalkulation die hochgerechneten Mehrkosten bezogen auf konkrete Arbeitszeitmodelle. Die Mehrkosten liegen je nach Modell zwischen 800 Mio. € und mehr als 3 Mrd. € jährlich.

Es wird deutlich, und dies wird auch vom LASI selbst dargestellt, dass der herkömmliche Bereitschaftsdienst die kostengünstigste Form der Arbeitszeitorganisation darstellt. Deshalb muss betont werden, dass den Krankenhäusern eine effiziente Arbeitszeitorganisation rechtlich verunmöglicht wird, wenn die Anwendbarkeit des SIMAP-Urteils auf Deutschland bestätigt würde.

Eine Umstellung auf ein durchgängiges Drei-Schicht-Modell ist die mit Abstand kostenträchtigste Alternative. Sie ist unter Wirtschaftlichkeitsaspekten unsinnig, so lange nicht eine Vollausslastung in allen Schichten erfolgt. Dies würde beispielsweise auch geplante Operationen in der Nachtschicht voraussetzen. Ein Drei-Schicht-Modell wird mit Sicherheit von den wenigsten Ärzten akzeptiert, nicht zuletzt wegen der hohen Einkommenseinbußen und den

Belastungen durch ständige Wechselschichten.

Die großen Kostenunterschiede zwischen den alternativen Arbeitszeitmodellen zeigen noch etwas: Je mehr Flexibilität das deutsche Arbeitszeitgesetz und die zulässigen Ausgestaltungen der Tarifpartner bieten, desto geringer werden die Mehrkosten bei der Anwendung des SIMAP-Urteils ausfallen.

Mit der Ziffer 9 erklärt das BMGS, die sich aus einer Änderung des Arbeitszeitgesetz-

Tabelle 1: Differenzierte Auswirkungen hinsichtlich des personellen und finanziellen Mehrbedarfs

		3-Schichtmodell (LASI-Modell 6) (EuGH-konform)	Spätdienstmodell (LASI-Modell 5) (Nicht-EuGH-konform)	Spätdienstmodell aufgrund tariflicher Vereinbarung (LASI-Modell 7) (nur bei entsprechendem Tarifabschluss EuGH-konform)
Personal (Vollkräfte)	zusätzl. Ärzte	35 000	20 000	10 000
	zusätzl. Sonstige	26 000	11 000	7 500
	Gesamt	61 000	31 000	17 500
Kosten p.a.	Ärzte	2,35 Mrd. €	1,2 Mrd. €	543 Mio. €
	Sonstige	1 Mrd. €	412 Mio. €	280 Mio. €
	Gesamt	3,35 Mrd. €	1,612 Mrd. €	823 Mio. €

zes infolge der EuGH-Rechtsprechung ergebenden Finanzierungsfolgen für die Krankenhäuser im Rahmen des Gesetzgebungsvorhabens zur Modernisierung des Gesundheitswesens zu berücksichtigen, soweit diese nicht durch organisatorische Veränderungen in den Krankenhäusern aufgefangen werden können. Die Diskussion um das zentrale Finanzierungsthema ist damit im Vergleich zum ersten Arbeitszeitgipfel (März 2002) zumindest ein Stück weit vorgebracht. Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Andreas Storm, teilte der DKG bereits anlässlich ihres Frühlingsempfangs die Absicht seiner Fraktion mit, 1,7 Mrd. € Mehrkosten zu finanzieren.

Ausblick

Nach dem bisherigen Stand der Rechtsprechung spricht viel dafür, dass das SIMAP-Urteil des EuGH auch in Deutschland Anwendung finden wird. Krankenhäuser handeln deshalb vorausschauend, wenn sie sich mit einer Änderung der Arbeitsorganisation intensiv befassen und in eigener Verantwortung Alternativen zum bisher praktizierten Modell des Bereitschaftsdienstes entwickeln.

Die Aktivitäten der DKG richten sich zum einen auf die Flexibilisierung des Arbeitszeitgesetzes und zum anderen auf eine Refinanzierung der zusätzlichen Personalkosten.

Das Arbeitszeitgesetz in seiner heutigen Fassung beinhaltet gegenüber der grundlegenden EU-Richtlinie 93/104 deutliche Einschränkungen. So sieht das deutsche Recht unter anderem tägliche Höchstarbeitszeiten vor, während die EU-Richtlinie wöchentliche Höchstarbeitszeiten festlegt. Diese Regelung im ArbZG schränkt die Spielräume in der Arbeitszeitgestaltung gerade für die Krankenhäuser erheblich ein. Wie die Analyse verschiedener Arbeitszeitmodelle zeigt, wären weniger teure und zusätzliche Modelle möglich, wenn auf wöchentliche Höchstarbeitszeiten umgestellt würde. Eine derartige Anpassung des ArbZG ist erforderlich und ohne Zweifel mit europäischem Arbeitsrecht kompatibel.

Sofern die Anwendung des SIMAP-Urteils auf Deutschland rechtlich abschließend bejaht wird, muss eine vollständige Refinanzierung der damit verbundenen Mehrkosten gesetzlich verankert werden. Die Krankenhäuser wären bei der Anwendung des SIMAP-Urteils rechtlich gezwungen, die effiziente und tariflich vereinbarte Form der Arbeitszeitgestaltung mittels Bereitschaftsdiensten im bisherigen Umfang aufzugeben. Die daraus resultierenden Mehrkosten sind nicht von den Krankenhäusern verursacht, sondern wären ein Resultat der Rechtsprechung. Die dargestellten Auswirkungen sind in der beschriebenen Dimension von den Krankenhäusern nicht zu schultern. Das BMGS hat in der Erklärung des zweiten Arbeitszeitgipfels Zusagen gemacht. Die DKG wird auf eine Einhaltung dieser Zusagen hinwirken.

Darüber hinaus muss die Politik weitere flankierende Maßnahmen treffen, um den Ärztemangel zu entschärfen. Allein eine verbesserte Refinanzierung der Personalkosten würde die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus erhöhen.

Ärzte, die derzeit in außerklinische Tätigkeiten abwandern, könnten so (zurück)gewonnen werden.

Vor dem Hintergrund der doppelten Facharztschiene müssen alle Formen einer stärkeren Verzahnung der Versorgungssektoren, insbesondere die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungserbringung, intensiviert werden. Eine effiziente Allokation der Ärzte ist erforderlich.

Eine Absenkung der Studienkapazitäten in der Humanmedizin ist unbedingt zu vermeiden. Sie wäre bereits heute und erst recht mit Blick auf den langfristigen Bedarf an medizinischer Versorgung eine staatlich vorprogrammierte Mangelsituation.

Ferner sind alle bestehenden Barrieren bei der Rekrutierung qualifizierter Ärzte aus Nicht-EU-Staaten zu beseitigen. Das Zuwanderungsgesetz sollte schnellstmöglich in Kraft gesetzt werden, um einen gezielten Abbau von Fachkräftemangel in definierten Berufsbereichen zu stützen.

Gleichwohl muss gesehen werden, dass bei der Anwendung des SIMAP-Urteils in Deutschland ein zusätzlicher Ärztemangel generiert wird. Dem prognostizierten zusätzlichen Bedarf an Ärzten steht nicht annähernd ein adäquates Arbeitsangebot gegenüber. Die Auswirkungen auf die Sicherstellung der Krankenhausversorgung einschließlich des Rettungsdienstes dürfen dabei nicht außer Acht gelassen werden. Eine Änderung des deutschen Arbeitszeitgesetzes muss für die Krankenhäuser umsetzbar sein; schließlich beinhaltet der 7. Abschnitt des ArbZG Straf- und Bußgeldvorschriften. Es reicht nicht, die Krankenhäuser wohlfeil auf die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes hinzuweisen und neue Arbeitszeitmodelle als hinreichendes Instrument anzusehen. Zur Umsetzung erforderlich ist das dafür benötigte qualifizierte Personal und dessen Finanzierung.

Anschrift der Verfasser:

Martin Molitor, Referent im Dezernat Personalwesen und Krankenhausorganisation der DKG/
Dr. Martin Walger,

Geschäftsführer im Dezernat Personalwesen und Krankenhausorganisation der DKG, Münsterstraße 169, 40476 Düsseldorf ■

Neueinstellungen notwendig

Ende Februar hat der Vorstand des LBK Hamburg gemeinsam mit dem Gesamtpersonalrat eine Dienstvereinbarung geschlossen, die einen „Ausstieg nach Maß“ ermöglicht. Ärztinnen und Ärzte, Schwestern und Pfleger, die bislang Bereitschaftsdienste geleistet haben, können wählen, ob sie künftig die tarifliche Arbeitszeit von 38,5 Stunden pro Woche oder bis zu 48 Stunden in der Woche arbeiten wollen. Der LBK Hamburg sieht darin die Möglichkeit, den konkreten Interessen der Mitarbeiter gerecht zu werden und drohende Einkommenseinbußen für etliche Beschäftigte zu vermeiden. Je nachdem wie die Mitarbeiter entscheiden, sind für den LBK Hamburg Neueinstellungen zwischen 50 und 100 Ärzte notwendig. Das Hamburger Gesundheitsunternehmen geht davon aus, den Ausstieg aus den Bereitschaftsdiensten weitgehend kostenneutral zu organisieren.