

5. Zu den Auswirkungen der „erzwungenen Untätigkeit“ siehe: K.-D. Thoman: Die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, in: A. Wacker: Vom Schock zum Fatalismus, soziale und gesundheitliche Auswirkungen der Arbeitslosigkeit. Frankfurt/M., New York 1978.
6. Vgl. Klaus Priester: Zur Entwicklung der Arbeitsunfälle in der BRD, in: Argument Sonderband Medizin, Nr. 3, West-Berlin 1978.
7. N.N. Arbeitsunfallstatistik für die Praxis, Bonn 1978, S.17.
8. Hartmannbund, Jahrbuch 1977/78, Bonn o.J., S.114.

Ernst Girth, Mark S. Drexler, Thomas Weiler,
Andreas Zieger, Jeanette Breddemann

Veränderungen krankenhausesärztlicher Tätigkeit — eine empirische Untersuchung (1970 - 77)

Gewerkschaftlich organisierte Ärzte in Frankfurt/M. haben sich in einer Studie mit der Arbeitssituation der Ärzte in Krankenhäusern befaßt. Den Anstoß zu der Untersuchung lieferten vor allem die zunehmenden Klagen der angestellten Ärzte über steigende Arbeitsintensität und Überstunden.

Die Prozesse der Kollegen Junghans und Limbrock in Hamburg machten die Öffentlichkeit auf die Gefahren aufmerksam, die dem Patienten durch von Nachtdiensten übermüdeten Ärzten drohen. Dem stehen die deutlich anwachsenden Zahlen angestellter Ärzte in den Krankenhäusern gegenüber, die eine Überlastung des ärztlichen Dienstes zu widerlegen scheinen. Um zu einer objektiven Beurteilung der Situation zu kommen, mußten einerseits die quantitativen Verschiebungen bei Ärzten und Patienten erfaßt, andererseits die sich ändernde Struktur der ärztlichen Tätigkeit am Krankenhaus analysiert und — wenn möglich — quantifiziert werden.

Die Untersuchungen wurden in verschiedenen Fachgebieten einer hessischen Universitätsklinik, 2 Krankenhäusern der Maximalversorgung und einem städtischen Krankenhaus durchgeführt. Die Daten wurden über Personalräte gesammelt oder zum Teil auch direkt von den Verwaltungen zur Verfügung gestellt.

Untersucht wurden die Entwicklung der Arztzahlen, der Patientenzahlen und der Liegedauer zwischen 1970 und 1977. Anstatt wie in den meisten offiziellen Statistiken üblich, wurden nicht die *Bettenzahlen* pro Arzt und Jahr ins Verhältnis gesetzt, sondern die *Zahl der Patienten* pro Arzt und Jahr. Bei den Angaben über Bettenzahl pro Arzt und Jahr wird unterstellt, daß die zu leistende Arbeit bei einem belegten Bett immer identisch ist — gleich, ob der Patient lange (längere Verweildauer) oder

kurz (kürzere Verweildauer) das Krankenhausbett belegt. Nun ist aber bekannt, daß die Anfangsphase des Krankenhausaufenthaltes die arbeitsintensive und die Schlußphase die weniger intensive ist. Mit Verkürzung der Verweildauer, d.h. einem höheren Patientendurchgang, hat der Arzt dann nur noch Patienten in der arbeitsintensiven Phase zu betreuen. Zudem wird — bei einem etwa gleichen Krankheitsspektrum der stationären Patienten — mit Verkürzung der Verweildauer die zu leistende diagnostische, therapeutische und betreuende Arbeit in einen kürzeren Zeitraum gebracht, d.h. die Arbeit wird intensiver. Die Zahl der Patienten pro Arzt und Jahr gibt also sehr viel besser als die 'Bettenzahl' Auskunft über die tatsächlichen Belastungen des Arztes.

Neben diesen Berechnungen wurden die Steigerungsraten der für die jeweilige Klinik typischen Funktionsuntersuchungen in dem genannten Zeitraum ermittelt.

Bewußt ausgeklammert wurde die Entwicklung im Pflegebereich, da wir uns für eine konkrete Analyse, insbesondere der Strukturveränderung, nicht kompetent glauben. Wir sehen allerdings die Gefahr, daß in der Diskussion um die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus die Überbetonung des ärztlichen Bereiches einen falschen Akzent setzen könnte. Wir haben die Untersuchung dennoch durchgeführt, da wir glauben, daß sie ein Anstoß sein kann und muß, auch die anderen Bereiche im Krankenhaus konkret zu analysieren.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der einzelnen Kliniken sind aus den Tabellen 1 bis 5 ersichtlich (siehe Anhang). In der Tab. 6 sind die prozentualen Zu- bzw. Abnahmen der einzelnen Parameter zusammengefaßt und für alle 5 Kliniken gemittelt. Es ergibt sich eine Zunahme der Ärzte im Untersuchungszeitraum um 14,8 %, der Patienten um 33,8 % und der Pflegekräfte um 7 %. Die Verweildauer hat im Mittel um 21,8 % abgenommen. Von einem Arzt werden in einem Jahr 18,7 % mehr Patienten versorgt.

Die technisch-diagnostischen Untersuchungen haben zwischen 20 und 200 % zugenommen; einzelne Verfahren sogar weit mehr, z.B. das Belastungs-EKG um weit über 1000 %. Die einzige Abnahme von Leistungen findet sich bei der Zahl der Operationen in der untersuchten chirurgischen Universitätsklinik. Diese Abnahme erklärt sich hauptsächlich durch die zunehmende Spezialisierung mit der Zunahme komplizierter, lang dauernder und personalintensiver Operationen. Sie stellt somit den Sonderfall eines Universitäts-Zentrums dar.

Die Tab. 7 zeigt die routinemäßig anfallenden Haupttätigkeiten eines Assistenzarztes einer medizinischen Klinik. Sie allein ergeben bereits eine Arbeitszeit von 40 Stunden pro Woche. Darunter sind die Arbeiten aufgeführt, die an dieser Klinik ebenfalls geleistet werden und eigentlich in

der 40-Std.-Woche untergebracht werden sollten. Dabei sind die einzelnen Tätigkeiten — das zeigt die Durchsicht — mit Minimalzeiten in Rechnung gebracht.

Interpretation der Ergebnisse

Die aus den Tabellen ersichtlichen Daten lassen folgende Interpretationen zu:

1. Die Arztzahlen sind zum Teil gestiegen. Diesem Anstieg stehen steigende Patientenzahlen und die verkürzte Liegedauer gegenüber, so daß die Anzahl der Patienten pro Jahr, die von einem Arzt betreut werden, sogar größer geworden ist: durchschnittlich ist sie um 19 % gestiegen. Es bleibt also weniger Zeit pro Patient; nicht einmal berücksichtigt ist hierbei die Verkürzung der Arbeitszeit im untersuchten Zeitraum.

Das Zahlenverhältnis Patienten pro Arzt hat sich seit 1970 verschlechtert.

2. Die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen haben in den siebziger Jahren drastisch zugenommen. Die meisten dieser Verfahren erfordern bei der Durchführung, alle bei der Auswertung und Beurteilung ärztliche Arbeitszeit. Bei steigenden Patientenzahlen pro Arzt geht diese Zeit zu Lasten des direkten Arzt / Patienten-Kontakts, d.h. es steht weniger zur Verfügung für die ärztliche Untersuchung am Krankenbett, für die Erhebung der Vorgeschichte, die Befragung von Angehörigen und die Aufklärung des Patienten. Die aus Zeitmangel kaum mögliche Fortbildung und Weiterbildung (trotz des sich immer schneller umwälzenden medizinischen Wissens) erschwert darüberhinaus den kritischen und gezielten Einsatz neuer technischer Verfahren. Die Konsequenz ist, daß der Einsatz der technischen Hilfsmittel unter Zeitdruck und nicht dem individuellen Krankheitsfall entsprechend entschieden wird. Der Patient durchläuft somit Teile des technischen Apparates ohne diagnostischen Nutzen. Denn effektiver, ökonomischer und patientenschonender Einsatz von Technik ist nur möglich, wenn die Krankenuntersuchung sorgfältig durchgeführt, die Krankenvorgeschichte ausgiebig erhoben wurde und der Arzt entsprechend qualifiziert fort- und weitergebildet ist. Bei steigenden Patientenzahlen pro Arzt ist die rasante Zunahme der technischen Medizin oft nur durch schematischen und ungezielten Einsatz der diagnostischen Apparate zu bewältigen.

Der Personalmangel verkehrt teilweise den technischen Fortschritt vom diagnostischen Hilfsmittel zum Selbstzweck.

3. Eine Analyse der technischen Leistungen im Krankenhaus ergibt, daß die meisten neuen Verfahren nicht alte ablösen, sondern eher ergänzen, d.h. Diagnostik und Therapie wurden ausgeweitet. Kaum eine wesentliche technische Neuerung (von Labor-Maschinen abgesehen) spart Arbeitskraft — Sinne von Rationalisierung — ein. Im Gegenteil erfor-

dern die neuen apparativen Techniken in der Medizin mehr ärztliche und nichtärztliche Arbeitszeit. Der Zunahme der Diagnostik und Therapie steht keine entsprechende Vermehrung der ärztlichen Planstellen gegenüber.

Nicht nur durch die steigenden Patientenzahlen, sondern insbesondere durch die Ausweitung der Diagnostik und Therapie am Krankenhaus, hat eine Intensivierung der Arbeit stattgefunden.

4. Die Verschiebung der ärztlichen Arbeitszeit vom direkten Kontakt mit dem Patienten weg, hin zur Durchführung, Befundung und Bewertung technischer Untersuchungen — bei zusätzlicher Intensivierung der Arbeit — verschärft alle Probleme, die mit der Humanität im Krankenhaus zusammenhängen. Technische Eingriffe erfordern gerade wegen ihrer zunehmenden Kompliziertheit (abgesehen von der juristisch-medizinischen Pflicht) eine ausgiebige Aufklärung. Hierfür, sowie für Aufklärung über Krankheitsursachen im Sinne einer sekundären Krankheitsvorsorge steht aber nicht entsprechend mehr, sondern sogar weniger Zeit als früher zur Verfügung. Um die seelischen Belange und sozialen Folgen von Krankheit (Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzprobleme, Heimunterbringung, Rentenprobleme, Familienprobleme) kann sich der Arzt kaum mehr kümmern.

Die Technisierung der Medizin beansprucht den größten Teil der ärztlichen Arbeitszeit. Die psychosoziale Betreuung der Patienten hat sich dadurch verschlechtert.

5. Die Analyse der Wochenarbeit eines internistischen Stationsarztes erhellt konkret, was aus den allgemeinen Zahlen bereits geschlossen werden konnte (Tab. 7). Von der Erhebung des Aufnahmebefundes einmal abgesehen, ist auch in der Klinik ein Trend zur 3-Minuten-Medizin erkennbar, mehr Zeit steht in der Regel für den täglichen direkten Kontakt zwischen Arzt und Patient nicht zur Verfügung. Interessant ist aber vor allem die Zusammenstellung der Tätigkeiten, die nicht mehr in den Zeitplan der 40-Std.-Wochen passen, von denen aber jeder weiß, daß sie tatsächlich anfallen und notwendig sind. Um alle aufgeführten Leistungen in einer Woche zu erbringen, gibt es drei Möglichkeiten:

- a) es werden Überstunden gemacht;
- b) Teile der Tätigkeiten werden in die Nachtdienste verlegt;
- c) es werden Abstriche gemacht bei Tätigkeiten, die von Vorgesetzten nicht oder nur schwer kontrolliert werden können (Aufklärung, Ausführlichkeit der Erhebung der Krankenvorgeschichte, Nachforschungen beim Hausarzt, Hilfestellung bei sozialen Problemen u.ä.).

Nach den Erhebungen des Bundes Gewerkschaftlicher Ärzte (BGÄ) Frankfurt zur Frage der Nachtdienst- und Überstundenhäufigkeit und nach den Diskussionen im BGÄ über diese Probleme, wird das wöchentliche Arbeitspensum über alle drei Mechanismen bewältigt:

- aa) in den ein bis zwei Nachtdiensten pro Woche werden regelmäßig Arztbriefe diktiert, die die geringen Ruhepausen weiter verkürzen;
- bb) es werden durchschnittlich 5 Überstunden pro Woche geleistet, die in 80 % der Fälle nicht bezahlt werden; die Wochenarbeitszeit beträgt im Durchschnitt 60 Stunden;
- cc) die fehlende Zeit wird dort eingespart, wo kein direkter Zwang bzw. Kontrolle durch Vorgesetzte besteht, insbesondere also im psychosozialen Bereich und in der Fortbildung.

Die ärztliche Arbeitszeit geht durch Überstunden und Nachtdienste weit über die 40-Std.-Woche hinaus. Übermüdete und überarbeitete Ärzte tragen zur Inhumanität am Krankenhaus bei.

6. Die von uns ermittelten Daten sind sicher nicht für alle Krankenhäuser Hessens repräsentativ. Es wurden jedoch auch keine Ausnahmefälle untersucht. Um so mehr verwundert der Vergleich mit den offiziellen Zahlen des statistischen Jahrbuchs Frankfurt 1976. Dort findet sich bereits 1975 ein Verhältnis Arzt pro Patienten von 1 : 122. Schon 1969 ist dort bei einer Zusammenstellung aus 22 Kliniken das Verhältnis mit 1 : 147 beziffert. Wir fanden 1979 unter Einbeziehung von zwei Universitätsabteilungen (wo die Gesamtarztzahlen wegen Lehr- und Forschungsaufgaben noch besonders günstig liegen) nur einen durchschnittlichen Schlüssel von 152,5 Patienten pro Arzt und Jahr.

In fünf großen hessischen Kliniken ist die ärztliche Versorgung heute schlechter als es offizielle Statistiken bereits für 1969 ausweisen.

Schlußfolgerungen

Eine Betrachtung der in den von uns untersuchten Kliniken angebotenen Leistungen widerlegt den von manchen Standesfunktionären und Politikern vorgebrachten Vorwurf von zuviel unnötiger Technik an unseren Krankenhäusern. Die größten Steigerungsraten beanspruchen anerkannt notwendige Verfahren wie Magen-Darm- und Leberspiegelungen, Belastungs-EKG's, Herzkatheter und Ultraschall-Untersuchungen. Im wesentlichen liegt also eine künstliche Aufblähung technischer Leistungen nicht vor. Dies heißt jedoch nicht, daß auf dem Gebiet der technischen Medizin alles in Ordnung ist. Fehlende Bedarfsanalysen bedingen auch heute noch eine fast planlose Verteilung der technischen Angebote der Krankenhäuser, so daß es für viele Patienten Glückssache ist, ob sie mit den modernsten Methoden untersucht und behandelt werden. Vorsicht ist jedoch geboten, wenn von interessierter Seite die mit Recht beklagte Inhumanität des Krankenhauses mit Fortschrittsfeindlichkeit verknüpft wird. Wenn die Fortschritte von Wissenschaft und Technik dem Patienten zugute kommen sollen, gibt es kein Zurück zum untertechnisierten Hundertbetten-Krankenhaus, das vielleicht dem Patienten mehr Wärme und Geborgenheit, aber keine Heilung bei komplizierten Erkan-

kungen bringen kann.

Die Technik an sich ist nicht inhuman, sie wird es erst durch den chronischen Personalmangel.

Auf die Fortschritte der Medizin hat der Patient einen gesetzlichen Anspruch. Jedoch darf die Verwirklichung dieses Anspruchs nicht auf Kosten der totalen Entpersönlichung des Patienten im Krankenhaus gehen, nur weil das notwendige Personal fehlt.

Bereits der dargestellte Teilbereich ärztlicher Tätigkeit zeigt, wie besorgniserregend sich die Verhältnisse im Krankenhaus in den letzten Jahren verschlechtert haben. Nicht nur der Augenschein, sondern auch bereits während unserer Untersuchung gesammeltes Material zeigen, daß sich prinzipiell gleichartige, insgesamt aber erheblich schwerer wiegende Entwicklungen im Pflegebereich abzeichnen.

Bei aller Notwendigkeit des rationalen und sparsamen Einsatzes der Gelder der gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht weiter um das Problem herumgeredet werden, daß Hetze und Hektik von überarbeitetem Personal in unseren Krankenhäusern weiter um sich greifen, weil pflegerisches und ärztliches Personal fehlt. Eingeleitet wurde diese Entwicklung durch fehlgeplante gesetzliche Regelungen (KHG, KVKG, B.Pfl.satzverordnung), die einen Gegensatz zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern gefördert haben. In dieser geplanten Interessenkollision — hier sparen müssen, dort einen hohen Leistungsstandard anbieten wollen — liegen die politischen und ökonomischen Ursachen der Verschlechterung der stationären Krankenversorgung.

Hieraus ergeben sich zwingende Forderungen:

1. Der Staat muß sich wieder zu seiner Verantwortung für eine optimale medizinische Versorgung bekennen. Eine Ausgabenpolitik, die sich an den Einnahmen orientiert, muß abgelöst werden durch eine systematische Planung und Befriedigung des tatsächlichen Bedarfs an gesundheitlichen Leistungen.
2. Die Anhaltszahlen für Pflegekräfte und Ärzte müssen dringend den Erfordernissen hochtechnisierter Kliniken, in denen die psychosoziale Betreuung der Patienten mehr denn je erforderlich ist, angepaßt werden.
3. Die bisher von zwei Gerichten anerkannten Forderungen nach Einhaltung der Arbeitszeitordnung, nach maximal einem Dienst pro Woche und Freizeitausgleich nach dem Nachtdienst, müßten schnellstmöglich vom Sozialminister in Wahrung seiner Fürsorgepflicht übernommen und der Stellenplan entsprechend erweitert werden.
4. Wir brauchen keine „Kosten“-Prüfungen mit Information der Personalaräte als Alibifunktion. Was wir brauchen, ist die Überprüfung der medizinischen Effizienz der Krankenhäuser einschließlich des Sek-

tors der psychosozialen Betreuung. Die Personalräte verfügen in der Regel über Sachverstand und die Kenntnis ihres Hauses, um diese Arbeit zu leisten. Sie bedürfen dazu lediglich der Anleitung, der personellen und finanziellen Unterstützung durch das Sozialministerium. Bisher ist vom Sozialminister noch kein Schritt in dieser Richtung unternommen worden.

Unsere Untersuchung sollte ein erster Versuch sein, zu zeigen, daß die konkrete Sammlung von Fakten vor Ort durch die Betroffenen — in diesem Fall die gewerkschaftlich organisierten Ärzte — mehr Einsichten bringt, als technokratische Kostenprüfungen, deren Ergebnisse durch politische Vorentscheidungen geprägt sind. Wir sind überzeugt, daß es gesamtwirtschaftlich billiger wird, wenn der Patient besser betreut wird und das Personal humanere Arbeitsbedingungen hat. Das eine ist ohne das andere nicht erreichbar.

Anschrift für die Verfasser: Dr. E. Girth, Liliencronstraße 10, 6000 Frankfurt 1

Literatur zum Thema:

M. Albrecht, G. Weinrich: Stellungnahme zur „Ärztenschwemme“, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 3 (AS 27), Berlin/W. 1978

J. Breddemann: Zielvorstellungen der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik, in: AS 27

M. Pflanz: Die sozialpolitische Lage des Arztes, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 2 (AS 17), Berlin/W. 1978

V. Volkholz: Zur Notwendigkeit der Rationalisierung ärztlicher Tätigkeit, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 1 (AS 8), Berlin/W. 1979

P. Frör, I. Haag, D. Kirsch: Erfahrungen mit Mitbestimmungsformen in einem Großkrankenhaus, in: AS 8

H. Kühn: Zur Theorie gewerkschaftlicher Interessenpolitik im Krankenhaus, in: Soziale Medizin VIII (AS 30), Berlin/W. 1979

R.v. Waechter, P. Kastner: Praxisgemeinschaft Heerstraße Nord, in: AS 30

H. Kühn: Macht und Gesundheit. Politisch-ökonomische Bedingungen der Resistenz des Gesundheitswesens gegenüber Strukturveränderungen, in: Das Argument 113/1979

Tabelle 1

Universitätsklinik Ffm., Zentrum der Chirurgie				
	Ärzte ges.	Patienten	Pflege tage	Verw.Dauer Pat./Arzt/ Jahr
1973	42	4689	73141	15,9 111,6
1977	42	5817	80463	14,0 138,5
	+ 0 %	+ 24 %	+ 10 %	- 12 % + 24,1 %

Universitätsklinik Ffm., Leistungen des Zentrums der Chirurgie

	Gipse (station.)	Herzschrittmacher	Operationen
1973	199	284	8903
1977	321	825	7911
	+ 61,3 %	+ 190,5 %	- 11,2 % *

* Die geringe Abnahme erklärt aus der Zunahme langdauernder und personalintensiver Operationen.

Tabelle 2

Universitätsklinik Ffm, Zentrum der inneren Medizin

	Ärzte ges.	Pat.	Pfl.Tage	Verw.Dauer	Pat./Arzt/ Jahr *
1973	57	4098	87670	22,3	71,9
1977	57	5462	93481	17,7	95,8
	+ 0 %	+ 33,3%	+ 6,5 %	- 20,6%	+ 33,2 %

* die absolut niedrigen Zahlen ergeben sich durch Ausklammerung der poliklinischen Patienten.

Universitätsklinik Ffm Leistungen des Zentrum der inneren Medizin

	EKG	Herzkatheter	Endoskopien	Bronchoskop.	Labor (int.)
1973	16392	1092	2073	36	708327
1977	19170	1499	4120	257	1224220
	+ 16,9%	+ 37,3 %	+ 98,7 %	+ 614 %	+ 72,8 %

Tabelle 3

Stadtkrankenhaus Offenbach/Main, Med. Kliniken

	Ärzte ges.	Patienten	Pfl. Tage	Verw. Dauer	Pat./Arzt/Jahr
1970	17	3261	90727	30,0	191,8
1976	26 *	5682 *	99963	23,4	218,5
	+ 52,9 %	+ 74,2 %	+ 10,1 %	- 22,0 %	+ 13,9 %

* 1974 Erweiterung des Krankenhauses und Eröffnung einer zweiten medizinischen Klinik

Stadtkrankenhaus Offenbach/Main, Leistungen der Medizinischen Kliniken

	EKG	Oszillogramme	Lungenfunktion	Bel. EKG	Phono	Herzkath.	Endoskopie	Röntgen (int)
1970	20357	361	141	36	144 (73)	0 14 (74)	547	27684
1977	54708	2190	498	439	209 (78)	146 (78)	799	77166
	+ 168,7 %	+ 506,6 %	+ 253,2 %	+ 1119,4 %	+ 44 %	+ 942 %	+ 46,1 %	+ 178,7 %

Tabelle 4

Stadtkrankenhaus Hanau, Medizinische Klinik

	Ärzte ges.	Patienten	Pfl.Tage	Verw.Dauer	Pat./Arzt/ Jahr
1973	14	2963	53822	29,7	211,6
1977	17	3310	60617	22,1 *	204,8 (1976)
	+ 21,4 %	+ 11,7 %	+ 12,6 %	- 25,6 %	- 3,2 %

* ohne Nachsorge und Hepatitisstationen

Stadtkrankenhaus Hanau, Leistungen der Medizinischen Kliniken

	EKG	Bel.EKG	Phono	Herzkath.	Endoskop.	Lungenfunkt.	Konsiliarbes.
1973	11457	66	74	210	378	0	963
1977	14020	1193	203	339	975	278	1391 (1976)
	+ 22,4 %	+1707 %	+ 174,3 %	+ 61,4 %	+ 157,9 %		+ 44,4 %

Tabelle 5

Krankenhaus Nord-West, Ffm, Neurologische Klinik

	Ärzte ges.	Patienten	Pflegestage	Verw.Dauer	Pat./Arzt/ Jahr
1970	10	1020	32128	32,2	102
1976	10	1286	30646	22,95	128
	+ 0 %	+ 26 %	- 4,2 %	- 28,8 %	+ 25,4 %

Krankenhaus Nord-West, Ffm. Leistung der Neurologischen Klinik

	EEG	EMG	Hirnszintigr.	Röntgen (neurl.)	Labor
1970	1576	209	292	14214	22494 (1971)
1976	1965	1022	656	28860 *	60571 (1975)
	+ 24,7 %	+ 389 %	+ 124,6 %	+ 103 %	+ 169,3 %

* hier sind Angio-, Enzephalo- und Myelographien enthalten, die 1970 noch nicht durchgeführt wurden.

Tabelle 6

Prozentuale Veränderung der Arzt- und Patientenzahlen zwischen 1973 und 1977

Klinik	Ärzte ges.	Patienten	Pfl.Tage	Verw.Dauer	Pat./Arzt/Jahr
ZIM	+ 0 -	+ 33,3	+ 6,5	- 20,6	+ 33,2
STK Hanau	+ 21,4	+ 11,7	+ 12,6	- 25,6	- 3,2
Z.d.Chirurg.	+ 0 -	+ 24	+ 10	- 12	+ 24,1
NW.Kr.H. *	+ 0 -	+ 26	- 4,2	- 28,8	+ 25,4
StKO **	+ 52,9	+ 74,2	+ 10,1	- 22	+ 13,9
	+ 14,8	+ 33,8	+ 7,0	- 21,8	+ 18,7

* 1970 - 1977

** 1970 - 1976

Tabelle 7:

Tagesablauf eines angestellten Krankenhausarztes (Innere Medizin)

Vordaten: 40 Stunden-Woche
 1 (-2) Nachtdienste/Woche
 durchschnittlich 20 Patienten pro Station
 Funktionsuntersuchungen werden von speziellen Ärzten
 durchgeführt.

Aufschlüsselung der Tätigkeiten und der dafür benötigten Zeit
(bezogen auf die Woche).

<u>Visiten:</u> 3 Min./ Pat. x 20 Pat. - 60 Min./Tag - 1 Std./Tag x 5,5 Tage (Mo. bis Freit. und jeden 2. Samstag)	5,5 Std/Wo.
<u>Schichtübergabe mit Schwestern</u> (mittags)	1,5 Std/Wo.
<u>Medizinische Fortbildung</u>	1,5 Std/Wo.
<u>Röntgendemonstration</u> (tägl. ca. 50 Min.)	4,0 Std/Wo.
<u>Path.-anatom. Demonstration</u> (1 x/Wo.)	1,0 Std/Wo.
<u>Klinikbesprechung unter Ärzten</u> (Mittags)	1,5 Std/Wo.
<u>Anamnese und Aufnahmebefund neuer Patienten</u> (durchschn. 10 neue Pat./Woche, Verbleib bei Pat. 1 Std. - 10 x 1 Std.)	10,0 Std/Wo.
<u>Studium alter Krankenblätter und externer Befunde</u>	1,0 Std/Wo.
<u>Blutentnahmen, Spritzen, Infusionen anlegen</u>	4,0 Std/Wo.
<u>Formularunterschriften und Befundauswertungen:</u> (Anforderung von Untersuchungen, Laborzettel unter- schreiben, EKG usw. befunden)	3,0 Std/Wo.
<u>Kurzarztbrief, Entlassungsbefund und -gespräch</u>	1,5 Std/Wo.
<u>Arztbriefe diktieren</u> (bei 10 Pat./Wo., zw. 25 und 30 Min./Brief x 10 = 270 Min.)	4,5 Std/Wo.
<u>Kleine Funktionsuntersuchungen</u> Belastungs- u. Lang- zeit-EKG auswerten, Enddarmunters. durchführen usw.)	1,0 Std/Wo. 40,0 Std/Wo.

Es fehlen: Wegezeiten (Befunde erfragen, dringende Röntgenbilder suchen), Aufklärung von Patienten, Gespräche mit Angehörigen, Telefonate mit Konsiliar- und Rücksprache mit Hausärzten, Besprechungen mit Oberärzten am Krankenbett, Nachlesen, Ambulanztätigkeit, Notarztwageneinsatz, Studentenbetreuung, Telefonate und Gespräche wegen sozialer Belange der Patienten, Bescheinigungen, Kuranträge, sonstige Korrespondenz. *Insbesondere fehlen* auch die täglich bei einzelnen Patienten anfallenden Sonderuntersuchungen (Punktionen, Untersuchungen und Betreuung bei Befundverschlechterungen und Auftreten neuer Krankheitssymptome). Urlaubs- und Krankheitsvertretung.