



Mitteilung

Nr. 150/2003

Stuttgart, den 01.04.2003

ARBEITSRECHT

Az.: 4050-80

Ursula Ungerer

Telefon: 07 11/2 57 77-25

E-Mail: ungerer@bwkg.de

Homepage: <http://www.bwkg.de>

© BWKG Stuttgart

Keine Mitbestimmung bei der Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren durch ärztliche Mitarbeiter

Bereits seit Mitte der neunziger Jahre legen in den Krankenhäusern die Ärzte die Hauptdiagnose und die Hauptprozedur eines Behandlungsfalls fest und verschlüsseln diese nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Schlüssel. Mit Einführung der DRG ist dieser Schlüssel erweitert worden. Für die DRGs müssen alle Haupt- und Nebendiagnosen sowie alle relevanten Prozeduren zusammengestellt und verschlüsselt werden. In einem weiteren Schritt werden diese dann zu Fallgruppen zusammengefasst, aus denen sich dann die Vergütung des Krankenhauses ergibt.

Viele Ärzte sehen dies als eine unerwünschte zusätzliche Belastung. In einem Verfahren vor dem Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg wurde nun geklärt, ob es sich bei der Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren zum Zwecke der DRG-Abrechnung um eine mitbestimmungspflichtige „Maßnahme zur Hebung der Arbeitsleistung“ gemäß § 79 Abs. 1 Nr. 9 Landespersonalvertretungsgesetz (LPVG) handelt. Der VGH verneinte dies mit Beschluss vom 11.03.2003 – PL 15 S 643/02 (Anlage).

Der Kommunale Arbeitgeberverband, der in dem Verfahren das Klinikum vertreten hat, hat den Beschluss des VGH in seinem Rundschreiben K2/2003 wie folgt dargestellt:

„Die Beteiligten streiten darüber, ob die Übertragung der für die Abrechnung mit den Krankenkassen nach § 301 SGB V erforderlichen Verschlüsselung von Angaben nach dienststelleninternen Leitlinien zur Kodierung von Diagnosen und Prozeduren bzw. entsprechend den „Deutschen Kodierrichtlinien“ auf die ärztlichen Mitarbeiter der Mitbestimmung des Antragstellers unterliegt. Anfang des Jahres 2001 hatte der Beteiligte dienststelleninterne Leitlinien herausgegeben, wonach grundsätzlich der behandelnde Arzt zu dokumentieren hat, welcher die Leistung durchgeführt bzw. die Diagnose erstellt hat. Die im Rahmen der danach bereits ab dem 01.01.2001 nach dem neuen DRG-Entgeltsystem festgehaltenen Diagnosen und Prozeduren sind nach dienststelleninterner Anweisung ferner von

den betreffenden Ärzten nach den ebenfalls neuen, ab dem 01.01.2001 geltenden gesetzlichen Vorgaben für die Verschlüsselung zu verschlüsseln.

Der Antragsteller vertrat hierzu die Auffassung, die Übertragung der Verschlüsselung auf die Assistenzärzte des Klinikums stelle eine Maßnahme zur Hebung der Arbeitsleistung dar und unterliege deshalb seiner Mitbestimmung nach § 79 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 LPVG. Die Verschlüsselung sei keine ärztliche Tätigkeit im eigentlichen Sinne, sondern könnte auch von anderen speziell geschulten Mitarbeitern übernommen werden. Die Beteiligte sah demgegenüber die Verschlüsselung als Bestandteil der ärztlichen Dokumentationspflicht an. Unabhängig davon ergäben sich die zusätzlichen Belastungen für die ärztlichen Mitarbeiter nicht durch die eigentliche Verschlüsselung, sondern durch das Erfordernis der schlüsselkompativen Dokumentation der einzelnen Diagnosearten und Prozeduren, die durch das Krankenhausfinanzierungsrecht vorgegeben würden.

Das Verwaltungsgericht Stuttgart hat dem Feststellungsantrag stattgegeben, der Verwaltungsgerichtshof hat ihn auf die Beschwerde des beteiligten Dienststellenleiters hin abgelehnt. Nach Auffassung des VGH sei die Verschlüsselung als solche nicht von vornherein Bestandteil der Dienstaufgaben eines angestellten Arztes im Rahmen seiner unstreitig bestehenden Dokumentationspflicht mit der Folge, dass auch insoweit bereits eine die Mitbestimmung ausschließende gesetzliche Modifizierung von Art und Umfang der Dokumentationspflicht vorläge. Die Dokumentationspflicht schließe die Pflicht ein, die ärztliche Dokumentation so zu gestalten und zu gliedern, dass das Krankenhaus seine ihm durch § 301 SGB V und § 17b KHG gesetzlich auferlegten Aufgaben erfüllen könne. Insoweit beschrieben die jeweiligen Dokumentationsrichtlinien lediglich den aufgrund gesetzlicher Vorschriften, des ärztlichen Standesrechts, der Rechtsprechung und der Erfordernisse der Kostendämpfung und Kostenkontrolle im Gesundheitswesen vorgegebenen Sollzustand oder den den jetzigen Anforderungen entsprechenden Standard der ärztlichen Dokumentation. Die Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren oblägen den Krankenhausträgern im Rahmen ihrer Übermittlungspflicht nach § 301 Abs. 1 SGB V. Welche Mitarbeiter des Krankenhauses die Verschlüsselung durchzuführen haben, sei ihnen im Rahmen ihrer Organisationsbefugnis überlassen, ohne dass es hier auf arbeitsrechtliche Fragen der zulässigen Übertragung auf bestimmte Mitarbeiter ankäme.

Die Auffassung des Verwaltungsgerichts, dass die Übertragung der Verschlüsselungsaufgabe auf die ärztlichen Mitarbeiter eine Maßnahme zur Hebung von deren Arbeitsleistung darstelle, hat der VGH als „wohl zutreffend“ charakterisiert, gleichwohl aber diese Frage im Ergebnis offengelassen. Eine derartige Maßnahme (nämlich die Übertragung der Verschlüsselungsaufgaben auf die ärztlichen Mitarbeiter) verlasse den der Personalvertretung zugewiesenen innerdienstlichen Bereich und unterliege jedenfalls aus diesem Grunde nicht der Mitbestimmung.

Es entspreche der ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts wie des VGH's, dass die Personalvertretung auf den innerdienstlichen Bereich, d.h. auf die Beteiligung an den sie betreffenden Angelegenheiten beschränkt sei und keinesfalls in nicht unerheblicher Weise auf die Erfüllung der der Dienststelle nach außen obliegenden Aufgaben einwirken dürfe. Aus der verbindlichen rahmenrechtlichen Vorschrift des § 104 Satz 3 Bundespersonalvertretungsgesetz, wonach Entscheidungen, insbesondere solche in organisatorischen Angelegenheiten, die wegen ihrer Auswirkungen auf das Gemeinwesen wesentlicher Bestandteil der Regierungsgewalt sind, nicht den Stellen entzogen werden dürfen, die der Volksvertretung verantwortlich sind, folge nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts die Beschränkung der Mitbestimmungsbefugnisse

der Personalvertretungen auf den innerdienstlichen Bereich, d.h. auf die Beteiligung an den sie betreffenden Angelegenheiten mit der Folge, dass die Personalvertretung nicht auf die Erfüllung der der Dienststelle nach außen obliegenden Aufgaben einwirken dürfe. Dementsprechend sei die organisatorische Umsetzung der den Krankenhäusern zur Förderung ihrer Aufgaben nach dem Landeskrankenhausgesetz und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz im Rahmen der nach außen gerichteten Abrechnung mit den Krankenkassen als Leistungsvoraussetzung gesetzlich auferlegten Verschlüsselung der jeweiligen Diagnosen und Prozeduren nach den neuen Standards der Mitbestimmung durch die Personalvertretung ebenfalls entzogen. Ohne die Vornahme der gesetzlich vorgeschriebenen Verschlüsselung wären dem Krankenhaus die Erfüllung seiner nach außen obliegenden Aufgaben nicht möglich.

Ob dem Antragsteller im vorliegenden Zusammenhang ein Mitwirkungsrecht nach § 80 Abs. 1 Nr. 11 LPVG (Arbeitsorganisation einschließlich der Planungs- und Gestaltungsmittel und der Zahl der einzusetzenden Beschäftigten) zustehe, war nicht Gegenstand des Beschlussverfahrens.

Da der VGH gegen seinen Beschluss die Rechtsbeschwerde nicht zugelassen hat, gegen wir davon aus, dass diese Entscheidung rechtskräftig werden wird.“

Hinweis: Das Betriebsverfassungsgesetz kennt anders als das LPVG keine Bestimmung, dass „Maßnahmen zur Hebung der Arbeitsleistung“ mitbestimmungspflichtig sind.

1 Anlage
(jeder Mitteilungsserie nur 1fach beigelegt)

Ausfertigung

PL 15 S 643/02

Verkündet am 11.03.2003
Die Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle
gez. Trauner, AI

KAV Baden-Württemberg Stuttgart	
Voritz	Reg.
Eingang: 14.03.2003	
28	29
30	31
32	33



VERWALTUNGSGERICHTSHOF BADEN-WÜRTTEMBERG

Beschluss

In der Personalvertretungssache (Land)

Gründe

I.

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Übertragung der für die Abrechnung mit den Krankenkassen nach § 301 SGB V erforderlichen Verschlüsselung von Angaben entsprechend den „Leitlinien zur Codierung von Diagnosen und Prozeduren im Klinikum Stuttgart“ oder (seit 01.01.2002) entsprechend der „Deutschen Kodierrichtlinien“ auf die ärztlichen Mitarbeiter der Mitbestimmung des Antragstellers unterliegt.

Im Vorgriff auf die nach § 17b Abs. 1 KHG vorgesehene Einführung eines neuen, bundesweit geltenden Vergütungssystems (nach § 17 b Abs. 4 Satz 4 KHG ab 01.01.2003 optional für einzelne Krankenhäuser und nach § 17b Abs. 6 Satz 1 KHG ab 01.01.2004 verbindlich für alle Krankenhäuser), das sich nach § 17b Abs. 2 KHG an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) zu orientieren hat, hat der Beteiligte Anfang des Jahres 2001 die „Leitlinien zur Codierung von Diagnosen und Prozeduren im Klinikum Stuttgart“ herausgegeben, wonach grundsätzlich der behandelnde Arzt zu dokumentieren hat, welcher die Leistung durchgeführt bzw. die Diagnose erstellt hat. Die im Rahmen der danach bereits ab dem 01.01.2001 nach dem neuen DRG-Entgeltsystem vorzunehmenden Dokumentation festgehaltenen Diagnosen und Prozeduren sind nach dienststelleninterner Anweisung ferner von den betreffenden Ärzten nach den ebenfalls neuen, ab dem 01.01.2001 geltenden gesetzlichen Vorgaben für die Verschlüsselung zu verschlüsseln (vgl. zu den Einzelheiten der Verschüsselung: Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2003, Seite V f.) mit

-Beschwerdeführer-

verfahrensbevollmächtigt:
Geschäftsführer Stein u. Koll. vom KAV Baden-Württemberg,
Panoramastraße 27, 70174 Stuttgart, Az: 0123 Sn/Tr,

wegen

Mitbestimmung

hat der 15. Senat des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg - Fachsenat für Personalvertretungssachen - durch den Vorsitzenden Richter am Verwaltungsgerichtshof Riedinger, die Richter am Verwaltungsgerichtshof Dr. Breunig und Wiegand sowie die ehrenamtlichen Richter Arbeiter Rohrbach und Leitender Ministerialrat Dr. Herrmann auf die Anhörung der Beteiligten

Am 27.09.2001 hat der Antragsteller beim Verwaltungsgericht Stuttgart beantragt festzustellen, dass dem Antragsteller bei der seit 01.01.2001 auferlegten Verpflichtung für alle Assistenzärztinnen und -ärzte im Bereich der Dienststelle des Beteiligten zur Verschlüsselung der Diagnosen nach ICD-10 und zusätzliche aller Prozeduren nach OPS 301 ein Mitbestimmungsrecht nach § 79 Abs. 1 Nr. 9 LPVG zustehe. Er hat im Wesentlichen geltend gemacht, dass unstreitig das Klinikum verpflichtet sei, die neuen Diagnose- und Prozedurschlüssel zu verwenden und die Daten an die Krankenkassen zu übermitteln. Gegen diese Verpflichtung und die durch die Leitlinien vorgegebene Art und Weise der Kodierung richte sich der Antrag nicht. Das Neuverfahren stelle aber im Vergleich zu der bisher gehandhabten Verschlüsselung eine erhebliche Mehrarbeit für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte dar. Nach Auskunft betroffener Mitarbeiter sei im Gegensatz zur vorherigen Verfahrensweise, die einen Zeitaufwand von zwei bis drei Minuten erfordert habe, nunmehr pro Patient ca. ein Zeitaufwand von 20 Minuten für die Verschlüsselung notwendig. Angesichts der Tatsache, dass die betroffenen Ärzte und Ärztinnen bereits in erheblichem Maße unbezahlte Überstunden leisteten und zum Teil massiv gegen das Arbeitszeitgesetz verstießen, stelle die angeordnete Verpflichtung eine weitere Steigerung der Arbeitsleistung dar. Diese sei auch unausweichlich. Bereits jetzt sei es schon nicht möglich, die zulässige Arbeitszeit nach dem Arbeitszeitgesetz einzuhalten. Bei der bestehenden Überlastung der betroffenen Ärztinnen und Ärzte bestehe auch keine Möglichkeit der Verschiebung. Gesetzlich vorgeschrieben sei die Maßnahme im Übrigen erst ab dem Jahre 2003. Es gebe auch keine Vorschrift, dass Ärzte die Kodierung vorzunehmen hätten. Insoweit bestehe auch bei einer gesetzlichen Regelung ein Gestaltungsspielraum, der durch die Beteiligung der Personalvertretung ausgefüllt werden könne und müsse. Die Maßnahme könne von Ärzten oder anderen Beschäftigten durchgeführt werden. Es könnten neue Ärzte eingestellt werden oder die vorhandenen damit beauftragt werden. Dies gelte auch dann, wenn die Maßnahme zu den betreffenden Dienstaufgaben der Ärzte gehöre. Zu den Dienstaufgaben der Ärzte zähle aber nur die Dokumentation in Klarschrift, d.h. es müssten in der Krankenakte Diagnosen erfasst werden und es müssten alle Maßnahmen, die am Patienten durchgeführt worden seien, dokumentiert sein. Dies geschehe auch bisher. Hiervon zu trennen

Ausnahme im Olgahospital, in dem hierfür Dokumentationsassistenten zur Verfügung stehen. Unter Berufung auf vermehrte Beschwerden von Assistenzärzten über die massive Zunahme von Verwaltungstätigkeiten im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Verschlüsselung machte der Antragsteller gegenüber dem Beteiligten mit Schreiben vom 31.01.2001 ein Mitbestimmungsrecht geltend und forderte die Einleitung eines Mitbestimmungsverfahrens. Mit Schreiben vom 23.02.2001 vertrat der Beteiligte die Auffassung, dass die gesetzlich vorgeschriebene Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren zu den Dienstaufgaben der Ärzte gehörten. Durch die erhöhten Anforderungen des Gesetzgebers sei eine zusätzliche Belastung der Mitarbeiter eingetreten, ohne dass hierfür über das externe Budget ein Ausgleich geschaffen worden sei. Man sei jedoch bemüht, im Rahmen des finanziell Machbaren die Erfassung der Diagnosen und Prozeduren organisatorisch zu optimieren und darüber hinaus zusätzliche Arbeitskapazität zur Verfügung zu stellen. Wegen der zwingenden gesetzlichen Vorgabe werde die Anordnung, bereits jetzt umfassend zu dokumentieren, aufrecht erhalten. Mit weiterem Schreiben vom 15.05.2001 teilte der Beteiligte dem Antragsteller mit, dass die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren eindeutig der ärztlichen Tätigkeit zuzuordnen und auch schon bisher durch den ärztlichen Dienst wahrgenommen worden sei. Auch wenn der Gesetzgeber einen Budgetausgleich für die erweiterten Diagnosen- und Prozedurenerfassungen nicht vorsehe, seien in allen Krankenhäusern des Klinikums erhebliche Mittel zur Entlastung des ärztlichen Dienstes eingesetzt worden. So seien die Budgets im ärztlichen Dienst beim Bürgerhospital um insgesamt 2,05 Vollkräfte, beim Krankenhaus Bad Cannstatt um rund 1,35 Vollkräfte und beim Katharinenhospital im Zusammenhang mit anderen Faktoren um drei Vollkräfte erhöht worden. Da im Olgahospital die Dokumentation durch Dokumentationsassistenten erfolge, seien dort zusätzlich zu einer bereits vorhandenen Stelle zwei weitere Stellen geschaffen worden, die dem Verwaltungsbereich Patientenmanagement zugeordnet seien. Darüber hinaus würden die Kliniken intensiv durch das Patientenmanagement unterstützt, wofür zusätzliche Fachkräfte eingestellt worden seien. Über diese Informationen hinausgehende Beteiligungsrechte des Antragstellers bestünden nicht.

- 6 -

verordnung unterliegenden Krankenhäusern eingesetzt werden. Um die gesetzlich vorgegebene leistungsgerechte Vergütung der Krankenhäuser zu ermöglichen, sei es unerlässlich, dass vergleichbare Krankenhaushäuser auch demselben DRG zugeordnet würden, wobei Kodierrichtlinien und -regeln diesen Prozess unterstützen. Aus diesem Grund hätten die Selbstverwaltungsparteien mit Wirkung ab 01.01.2002 die „Deutschen Kodierrichtlinien“ vereinbart, die ab diesem Zeitpunkt verbindlich seien. Die hausinternen Leitlinien seien ab diesem Zeitpunkt überholt. Aus alledem ergebe sich eindeutig, dass ein Mitbestimmungsrecht des Antragstellers bei der Verschlüsselungsanweisung nicht bestanden habe. Die Verpflichtung zur Anwendung der Schlüssel ergebe sich unmittelbar aus § 301 SGB V. Daran ändere der Umstand nichts, dass der Gesetzgeber die nähere Ausgestaltung des Schlüsselverfahrens und dessen Ablauf nicht unmittelbar selbst geregelt, sondern die Selbstverwaltungsparteien sowie das DIMDI damit beauftragt habe. Entgegen der Auffassung des Antragstellers handele es sich bei der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren nicht um die Übernahme von Verwaltungstätigkeiten durch die Ärzte, sondern vielmehr um deren Dienstaufgaben. Angesichts der deutlich gestiegenen Anforderungen an die Bestimmung der Diagnosen, insbesondere unter Einbeziehung von Nebendiagnosen sowie Prozeduren sei eine sachgerechte Verschlüsselung in aller Regel nur durch den jeweils untersuchenden bzw. operierenden Arzt erforderlich. Dies sei auch sachgerecht, weil dem behandelnden Arzt ohnehin die ärztliche Dokumentation der Behandlung obliege, so dass die Verschlüsselung insoweit nur einen weiteren, dokumentierenden Arbeitsschritt darstelle. Allenfalls die bloße Eingabe in den PC oder der Eintrag in ein Formular könne nach den Vorgaben des Arztes durch eine Hilfskraft erfolgen. Es sei auch denkbar, in den Verschlüsselungsprozess speziell geschulte medizinische Dokumentationsassistenten einzusetzen, wie dies im Olga-Hospital der Fall sei. Den anderen Krankenhäusern des Klinikums stünden solche Kräfte aber nicht zur Verfügung. Vielmehr seien dort zum Ausgleich für die gestiegenen Anforderungen zusätzliche Kräfte eingestellt worden, wie aus dem Schreiben vom 15.05.2001 an den Antragsteller hervorgehe. Der Mitbestimmungstatbestand „Hebung der Arbeitsleistung“ im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts werde von der streitigen Leitlinie nicht erfüllt. Un-

- 5 -

sei jedoch einerseits die Verschlüsselung dieser Diagnosen und Maßnahmen und andererseits die Eingruppierung gemäß DRG. Verschlüsselung sei die rein verwaltungstechnische Umsetzung der in Klarschrift vorhandenen Diagnosen. Eingruppierung sei die an ein spezielles abrechnungstechnisches Fachwissen gebundene Beurteilung der Wertigkeit von Diagnosen unter monetären Gesichtspunkten, also welche Diagnosen- und Maßnahmekonstellation zu den höchsten Einnahmen führe. Beides habe mit der ärztlichen Berufsausübung nichts zu tun. Wie sich aus den allgemeinen Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung ergebe, liege die Verantwortung für die Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren beim behandelnden Arzt, unabhängig davon, ob er selbst oder eine von ihm beauftragte Person die Verschlüsselung vornehme. Die Verschlüsselung könne also auch auf Hilfskräfte übertragen werden. Im Übrigen besitze die Anordnung eine Doppelfunktion: Sie sei nicht nur Konkretisierung der Dienstpflicht, sondern darüber hinaus zusätzlich eine Maßnahme in einer sozial-personellen Angelegenheit.

Der Beteiligte ist dem Antrag entgegengetreten und hat im Wesentlichen vortragen: Bei den zum Jahreswechsel 2000/2001 herausgegebenen Leitlinien handele es sich um ein Hilfsmittel für die ärztlichen Mitarbeiter des Klinikums zur Umsetzung und Anwendung der ab 01.01.2001 nach § 301 SGB V geltenden Verschlüsselungsregelung der Kataloge ICD-10 - SGB - V 2.0 und OPS 301 2.0. Die hier streitigen Prozedurenschlüssel seien vom Bundesministerium für Gesundheit unter dem 08.11.2000 im Bundesanzeiger bekannt gegeben worden. Die Bekanntgabe der neuen Schlüssel zur Angabe von Diagnosen und Operationen (Prozeduren) sei im Zusammenhang zu sehen mit der Neustrukturierung der Krankenhausfinanzierung. Der Gesetzgeber habe im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes vom 22.12.1999 die Einführung eines durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems für die Vergütung von Krankenhausleistungen in § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geregelt. Ab dem 01.01.2003 solle das neue Vergütungssystem erstmals flächendeckend an allen der Bundespflegegesetz-

streitig hätten die betroffenen Mitarbeiter schon vor deren Inkraftsetzung Verschlüsselungen von Diagnosen und Prozeduren vorgenommen. Der Antragsteller habe nicht schlüssig dargelegt, in welchem Umfang dies jeweils geschehen sei und nunmehr geschehe. Die Leitlinie ziele außerdem nicht darauf ab, die Verschlüsselung in kürzerer Zeit oder für eine größere Anzahl von Patienten zu erstellen. Sie solle vielmehr die praktische Arbeit all derer in den klinischen Bereichen unterstützen, die täglich Verschlüsselungen vorzunehmen hätten. Es handle sich mithin um eine Arbeitshilfe. Der Antragsteller übersehe auch, dass die Leitlinie zur Frage, wer die Verschlüsselung vorzunehmen habe, gegenüber dem bis dahin bestehenden Zustand keine Veränderung vorgenommen habe. Unstreitig sei auch vor dem 01.01.2001 Dienstaufgabe der Ärzte gewesen, die Verschlüsselung vorzunehmen. Soweit Änderungen durch Einführung der neuen Schlüssel erfolgt seien, sei dies nicht durch den Beteiligten geschehen, sondern sei Folge gesetzlicher Bestimmungen. Der Antragsteller könne mit Hilfe des Mitbestimmungstatbestandes auch nicht die Einstellung zusätzlicher Ärzte erzwingen. Die Entscheidung über die Personalausstattung sei wesentlicher Bestandteil der Regierungsgewalt im Sinne des § 104 Satz 3 BPersVG und damit der Mitbestimmung entzogen. Zur Delegation der Verschlüsselung auf andere Kräfte kämen nur medizinische Dokumentationsassistenten in Betracht, wobei auch hier stets ein enger Kontakt mit dem behandelnden Arzt notwendig sei. Zudem müssten auch insoweit alle Verschlüsselungen, die während des stationären Aufenthalts des Patienten erfolgen müssten, von den Ärzten selbst wahrgenommen werden.

Mit Beschluss vom 28.01.2002 hat das Verwaltungsgericht festgestellt, dass dem Antragsteller bei der seit 01.01.2001 auferlegten Verpflichtung für alle Assistenzärztinnen und -ärzte im Bereich der Dienststelle des Beteiligten zur Verschlüsselung der Diagnosen nach ICD-10 und zusätzlich aller Prozeduren nach OPS 301 ein Mitbestimmungsrecht nach § 79 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 LPVG zustehe. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Der Antrag sei zulässig und begründet. Nach § 79 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 LPVG habe der Personalrat, soweit eine gesetzliche oder tarifliche Regelung nicht bestehe, mitzubestimmen über Maßnahmen zur Hebung der Arbeitsleistung. Eine die Mitbestimmung ausschließende gesetzliche oder tarifliche Regelung liege nur

vor, wenn der Sachverhalt vollständig, umfassend, erschöpfend und unmittelbar geregelt sei und es keiner Vollzugshandlung seitens der Dienststelle mehr bedürfe. Dies sei hier nicht der Fall, da nicht geregelt sei, wer die Verschlüsselung vorzunehmen habe. Es liege auch eine Maßnahme zur Hebung der Arbeitsleistung vor. Die Kodierung sei keine ärztliche Tätigkeit im eigentlichen Sinne. Der Antragsteller habe auch glaubhaft vorgetragen, dass die nunmehr vorgesehene Verschlüsselung zu einem gegenüber der bisherigen Verschlüsselung erhöhten Zeitaufwand führe. Dies werde selbst vom Beteiligten eingeräumt, auch wenn der behauptete Zeitaufwand von 20 Minuten pro Patient von ihm bestritten werde. Rechtlich unerheblich sei insoweit, dass die Ärztinnen und Ärzte des Klinikums Stuttgart bereits bislang Verschlüsselungen einfacher Art mit deutlich geringerem Zeitaufwand vorgenommen hätten. Denn die Frage, ob eine Maßnahme zur Hebung der Arbeitsleistung führe, sei grundsätzlich durch Vergleich der auf dem konkreten Arbeitsplatz oder Dienstposten vor und nach der Maßnahme anfallenden Arbeitsbelastung zu beurteilen. Dieses von den Ärztinnen und Ärzten geforderte erhöhte Arbeitsergebnis und die damit verbundene erhöhte Arbeitsbelastung seien auch unauweichlich im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts. Der mit der Vermehrung der zu verrichtenden Tätigkeiten (Kodierung) verbundenen erhöhten Arbeitsbelastung könnten die Ärztinnen und Ärzte nicht durch eine entsprechende Tätigkeitseinschränkung begegnen. Der Antragsteller habe in der mündlichen Verhandlung glaubhaft dargelegt, dass der in den Kliniken vorgezeichnete Arbeitsablauf und die konkreten ärztlichen Tätigkeiten dazu keinen Raum ließen. Die durch die Verpflichtung zur Kodierung eintretende Mehrbelastung könne danach nicht mehr quantitativ durch eine Verringerung oder qualitativ durch eine verminderte Intensität der Betreuung kompensiert werden. Soweit der Beteiligte geltend mache, dass die Ärzte etwaige Mehrbelastungen gegebenenfalls durch Verringerungen oder Verschiebung anderer Tätigkeiten ausgleichen könnten, sei dies nicht substantiiert dargelegt.

Gegen den ihm am 08.02.2002 zugestellten Beschluss hat der Beteiligte am 06.03.2002 Beschwerde eingelegt und diese am 04.04.2002 begründet. Der Beteiligte beantragt,

schlüsselung. Die Dokumentationspflicht sei aber, wie sich aus verschiedenen spezialgesetzlichen Regelungen ergebe, unbestritten Dienstaufgabe des Arztes. Daraus ergebe sich für den Arzt als Dienstaufgabe, dass er seine Dokumentationen so zu fertigen habe, dass sie den Anforderungen der extern vorgegebenen Diagnose- und Prozedurenschlüssel entsprechen. Sie müssten so ausdifferenziert sein, dass sie ohne Weiteres in den Diagnoseschlüssel übertragen werden könnten. Dies setze beim Arzt die Kenntnis des ICD-Katalogs und des damit kombinierten Diagnoseschlüssels voraus. Während in der Vergangenheit die ärztlichen Dokumentationen, die auch schon damals Nebendiagnosen hätten erfassen müssen, häufig in allgemeinen Beschreibungen verharret seien, sei nun eine stärkere Differenzierung hinsichtlich der Untergliederungen der einzelnen Diagnosen erforderlich. Wenn aber der Arzt - bildhaft gesprochen - die Dokumentation bereits im Kopf vor dem Hintergrund der Schlüsselstruktur fertigen müsse, so liege es nahe, dass der Arzt das Ergebnis seiner Diagnosedokumentation gleich in den auszufüllenden Behandlungsverlaufsbogen in verschlüsselter Form eintrage und diesen an die stationäre Abrechnung übersende. Die stationäre Abrechnung übernehme dort die EDV-Eingabe und leite die Angaben an den Kostenträger weiter. Dieser letzte gedankliche Schritt, nämlich die Umsetzung der ICD-10-gerechten Ausdifferenzierung erforderliche im Regelfall keinen Mehraufwand gegenüber der vollständig ausdifferenzierten Klerschriftdokumentation. Noch einfacher werde es für den Arzt bei der Benutzung der in allen Kliniken der Dienststelle zur Verfügung stehenden, EDV-gestützten Kodierhilfe „DIACOS“. Hiermit werde dem Arzt ein bequemes und komfortables Hilfsmittel an die Hand gegeben, das den Arzt sicher durch die Strukturen des ICD-10 führe und ihm die Möglichkeit gebe, die Feststellung der Diagnosen ohne Mehraufwand mit der erforderlichen Verschlüsselung zu verbinden. Entsprechendes gelte für die Prozedurenverschlüsselung. In einigen Fachabteilungen werde von dieser Möglichkeit dagegen keinen Gebrauch gemacht. Dort würden die Verschlüsselungen entweder auf Blankoformularen oder auf Vordrucken vorgenommen, welche die in der jeweiligen Fachabteilung im Wesentlichen vorkommenden Diagnosen und Prozeduren bereits enthielten. Aus alledem ergebe sich, dass die unzweifelhaft entstehenden zusätzlichen Belastungen für die ärztlichen Mitarbeiter nicht durch die Verschlüsselung als solche hervorgerufen würden,

den Beschluss des Verwaltungsgerichts Stuttgart - Fachkammer für Personalvertretungssachen - vom 28.01.2002 - PL 21 K 25/01 - zu ändern und den Antrag abzulehnen.

Zur Begründung verweist er auf sein bisheriges Vorbringen und trägt im Wesentlichen noch vor: Der angefochtene Beschluss lasse unberücksichtigt, worauf konkret die Mehrbelastungen der Ärzte zurückzuführen seien. Unstreitig sei, dass die Dokumentationspflicht bei den Ärzten liege und schon vor dem Jahre 2001 seit Beginn der 90er Jahre die Verpflichtung bestanden habe, Diagnosen und sonstige Prozeduren verschlüsselt den Krankenkassen zu melden, was bislang von den ärztlichen Mitarbeitern, in der Regel den Assistenzärzten, erledigt worden sei. Unstreitig sei auch, dass das Klinikum verpflichtet sei, die neuen Diagnose- und Prozedurenschlüssel zu verwenden und die gesetzlich vorgegebenen Daten an die Krankenkasse zu übermitteln. Was die quantitativen Veränderungen des ICD und OPS angehe, so habe sich der OPS von der Version 1.3 (gültig bis Ende 2000) zur Version 2.0 (gültig ab 01.01.2001) ungefähr verdoppelt, d.h. aus ursprünglich ca. 13000 bis 14000 Codes seien ca. 28000 geworden. Der ICD habe seine größte quantitative Veränderung erfahren beim Sprung vom ICD 9 nach ICD 10. Aus 8000 Schlüssel seien ca. 14000 geworden. Die seit dem 01.01.2001 gültige Version 2.0 des ICD 10 habe sich zur Version 1.3 (gültig seit 01.01.2000) dagegen quantitativ nur wenig verändert. Es habe zwar eine Erhöhung der Anzahl der Schlüssel stattgefunden, jedoch sei aufgrund des Umfangs der Schlüssel schon vor dem 01.01.2001 eine sachgerechte Verschlüsselung nur unter Verwendung von Codierhilfen möglich gewesen. Vor diesem Hintergrund stelle sich nun die Frage, ob überhaupt eine Maßnahme des beteiligten Dienststellenleiters im landespersonalvertretungsrechtlichen Sinne gegeben sei. Der schon vor 2001 bestehende Zustand, dass es Dienstaufgabe der Ärzte gewesen sei, Diagnosen und Prozeduren zu erfassen und zu verschlüsseln, sei nicht durch eine Maßnahme des Dienststellenleiters, sondern durch die Einführung der erweiterten Schlüssel verändert worden. Die Aufrechterhaltung eines bereits bestehenden Zustandes, nämlich die Verschlüsselung nach dem jeweils gültigen Schlüssel durch ärztliche Mitarbeiter, stelle aber keine Maßnahme des Dienststellenleiters im personalvertretungsrechtlichen Sinne dar. Auch in den Leitlinien sei nur die Rede von Dokumentation und nicht von Ver-

sei ferner nicht Aufgabe des Arztes zu bewerten, welche Kombination von Haupt- und Nebendiagnosen und Prozeduren den höchsten Fallwert und damit auch die beste Vergütung für das Krankenhaus ergebe.

Der Antragsteller beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Er verteidigt den angefochtenen Beschluss und führt im Wesentlichen noch aus: Unstreitige Aufgabe eines jeden Arztes sei die Dokumentation seiner Verrichtungen am Patienten. Diese Dokumentation finde in den Patientenakten in unterschiedlicher Form statt. Zum Teil werde in der Fieberkurve dokumentiert, zum Teil im Anamneseblatt, zum Teil im Patientenverlauf, zum Teil auf gesonderten Befundberichten. Die wesentlichen Diagnosen und Befunde würden am Ende des Krankenhausaufenthalts vom behandelnden Arzt im Abschlussbericht (Arztbrief) zusammengefasst. Damit habe der Arzt seine Dokumentationspflichten abschließend erfüllt. Durch die Krankenhausgesetzgebung sei den Krankenhäusern Mitte der 90er Jahre die Aufgabe zugewiesen worden, aus diesen bereits dokumentierten Diagnosen und Prozeduren die jeweilige Hauptdiagnose und die Hauptprozedur herauszusuchen, zu veranschaulichen und den Krankenkassen zu übermitteln. Die Schlüssel, die hierzu verwandt worden seien, seien wesentlich weniger umfangreich als die Schlüsselverzeichnisse, die jetzt im Zusammenhang mit den DRG's verwendet würden. Durch die DRG's kämen jetzt noch weitere folgende Verfahrensschritte zum bisherigen Ablauf dazu: Es müssten alle Haupt- und Nebendiagnosen sowie alle relevanten Prozeduren (also nicht nur eine Operation, sondern viele weitere Untersuchungen, wie Ultraschall, Röntgen, Spiegelung usw.) aus den Krankenpapieren herausgesucht und zusammengestellt werden. Anschließend müssen alle diese Haupt- und Nebendiagnosen sowie alle relevanten Prozeduren verschlüsselt werden, und zwar nach noch wesentlich differenzierteren Schlüsselverzeichnissen als früher. In einem weiteren Schritt müssten dann diese Prozeduren zu sog. Fallgruppen zusammengefasst werden. Hierbei müsse eine Bewertung danach stattfinden, welche Kombination von Haupt- und Nebendiagnosen und Prozeduren den höchsten Fallwert und

sondern durch das Erfordernis der schlüsselkompatiblen Dokumentation der einzelnen Diagnosearten und Prozeduren, die durch das Krankenhaushausfinanzierungsrecht vorgegeben würden. Eine lediglich marginale und völlig untergeordnete Bedeutung habe es demgegenüber, wenn die Einsetzung der Schlüsselnummern in das Formular bzw. die Eingabe in die EDV-Maske nicht durch den Arzt, sondern durch dritte Personen erfolge, wie dies im Olgahospital der Fall sei. Dies werde in der Regel umständlicher und zeitaufwendiger sein und provoziere vielfach Rückfragen an den behandelnden Arzt, wenn dieser die Dokumentation nicht exakt nach der vorgegebenen Schlüsselstruktur bzw. -rasterung vorgenommen habe. Soweit der Antragsteller in diesem Zusammenhang die Funktion von sogenannten „Groupers“ anspreche, so handele es sich hierbei nicht um ein in Australien entstandenes Berufsbild, sondern um die Bezeichnung einer Software, die die Einordnung des Falles anhand der dokumentierten Falldaten (Diagnosen, Prozeduren und ggf. weiterer Falldaten) in die entsprechende Fallpauschale vornehme. Gehe man zu Gunsten des Antragstellers davon aus, dass auch in der Beibehaltung der Verschlüsselung durch die Ärzte eine personalvertretungsrechtlich relevante Maßnahme zu erblicken sei, so liege dennoch hierin keine ins Gewicht fallende und ein Mitbestimmungsrecht auslösende Belastung der Ärzte. Richtig sei, dass die eigentliche Eingruppierung nach den DRG's einen weiteren Folgearbeitsschritt darstelle, der jedoch hier mit den in Streit stehenden Vorgängen nichts unmittelbar zu tun habe. Die schlüsselgerechte Erfassung aller Diagnosen und Prozeduren diene vielmehr der vollständigen und genauen Erfassung aller Leistungsmerkmale, die Grundlage für das nach § 17 b KHG zu erstellende pauschalierende Vergütungssystem seien. Hierzu sei der Arzt bereits per se aufgrund seines Berufs- und Standesrechts sowie nach Arbeitsrecht verpflichtet. Eine unvollständige oder falsche Dokumentation/Verschlüsselung könne im Einzelfall nicht nur zu falschen Gruppenergebnissen mit der Konsequenz einer falschen Leistungsbewertung führen, sondern könne insbesondere bei systematischen Mängeln erhebliche finanzielle Folgen für das Krankenhaus haben. Die Ermittlung des eigentlichen Fallgruppenwerts werde dabei aber weder durch den Arzt noch durch einen sonstigen Mitarbeiter des Krankenhauses vorgenommen. Vielmehr werde der Fallgruppenwert durch ein umfangreiches und kompliziertes Datenverarbeitungsprogramm ermittelt. Es

ser in Deutschland. Sowohl die Auferlegung der Verschlüsselungspflicht auf die Ärzte Mitte der 90er Jahre als auch die jetzige sei eindeutig vom Dienstleister getroffen worden und ergebe sich nicht folgerichtig aus den gesetzlichen Vorschriften. Sie möge Praktikabilitätserwägungen entsprechen, ließe sich aber auch anders organisieren. Alle gesetzlichen Vorschriften im Zusammenhang mit der Verschlüsselung würden nur das Krankenhaus binden und nicht die Ärzte. Wie das Krankenhaus diese zusätzlichen gesetzlichen Aufgaben organisiere, insbesondere wem sie die Tätigkeiten zuordne, werde gesetzlich nicht festgelegt. Insofern bestehe der notwendige Gestaltungsspielraum der Dienststelle, der durch die Mitbestimmung ausgefüllt werden könne und müsse. Bei Benutzung dieses Spielraums müsse darauf geachtet werden, dass die Ärzte, deren gesamte Arbeitsbelastung außer Zweifel stehe, nicht noch mehr überlastet würden. Es gebe neben der vom Beteiligten genannten Arbeitsteilung noch verschiedene andere Möglichkeiten, die Arbeit zu teilen und zu organisieren. Welche Möglichkeit letztlich wahrgenommen werde, sei eine Frage der Praktikabilität, der sich die Personalvertretungen nicht verschließen würden, wenn ihr Mitbestimmungsrecht respektiert werde und sie an der Lösung dieser Probleme beteiligt würden. Nicht richtig sei, dass der Zuwachs an Arbeitsbelastung unerheblich sei. Dies drücke sich auch darin aus, dass für die Einführung der DRG's 11,2 Stellen (im Wesentlichen Arztstellen) geschaffen worden seien. Angesichts der Finanzlage der Krankenhäuser sei unwahrscheinlich, dass 11,2 Stellen für eine marginale Zusatzleistung geschaffen worden seien. Im Hinblick auf die in der Öffentlichkeit breit diskutierte Arbeitsbelastung der Ärzte sei eine Mehrbelastung in diesem Ausmaß auch nicht kompensierbar, sondern zwangsläufig und damit unausweichlich. Das Beteiligungsverfahren sei deshalb nachzuziehen.

Dem Senat liegen die Akten des Verwaltungsgerichts vor. Hierauf sowie auf die gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen wird ergänzend Bezug genommen.

II.

Die Beschwerde des Beteiligten ist zulässig. Sie ist nach § 86 Abs. 2 des Personalvertretungsgesetzes für das Land Baden-Württemberg (Landesper-

damit auch die beste Vergütung für das Krankenhaus ergebe. Die EDV-gestützte Kodierhilfe gebe es nach dem eigenen Vortrag des Beteiligten nicht an allen Kliniken der Dienststelle. Außerdem bleibe auch bei der Benutzung von EDV-Hilfsmitteln ein erheblicher Mehraufwand für die beteiligten Ärzte. Die Festlegung der Hauptdiagnose und Hauptprozedur sei ohne Zweifel noch ärztliche Aufgabe und sei auch schon im Rahmen der Arztbriefschreibung erledigt worden. Bereits die Verschlüsselung sowohl der Hauptdiagnose als auch der Hauptprozedur gehöre jedoch nicht mehr zu dem eigentlichen Aufgabenbereich, sondern könne von anderen Kräften übernommen werden. Dass diese Verschlüsselung bereits vor Jahren eingeführt worden sei und die Personalvertretungen bei der Übertragung dieser Aufgaben keine Beteiligungsrechte geltend gemacht hätten, rechtfertige nicht, in Bezug auf die jetzt wesentlich erweiterte Verschlüsselungspflicht von einem beteiligungsfreien Tatbestand auszugehen. Auch die Ärzte hätten damals nicht so konsequent wie jetzt protestiert, weil ihr Umfang im Vergleich zu den jetzigen Anforderungen und zeitlichen Belastungen verschwindend gering gewesen sei. Letztlich seien den Ärzten die Schritte 2 bis 6 in dem oben genannten Ablaufschema übertragen worden. Besonders die letzte Tätigkeit habe in keiner Weise etwas mit ärztlicher Dokumentation zu tun, sondern müsse unter kaufmännischen Gesichtspunkten betrachtet und durchgeführt werden. Die Unrichtigkeit der Behauptung, alle Tätigkeiten im Zusammenhang mit den DRG's seien ärztliche Aufgaben, werde auch dadurch belegt, dass im Olgahospital zum Teil DRG's ausführen und auch viele andere Krankenhäuser sog. Dokumentationsassistenten ausgebildet oder einstellten und sie in eine Dokumentationsabteilung zusammenfassten. Diese hätten zwar eine medizinische Vorbildung, seien aber nicht unbedingt approbierte Ärzte. Nicht umsonst gebe es in Australien, wo die DRG's entwickelt worden seien, das Berufsbild eines Groupers. Auch in Deutschland entstehe dieser Beruf gerade. Aber auch wenn die Verschlüsselungsaufgaben im Zusammenhang mit DRG's ärztliche Aufgabe wäre, bliebe der organisatorische Spielraum, entweder allen Ärzten die Verschlüsselung der Daten „ihrer Patienten“ zuzuweisen oder aber eine gesonderte Gruppe von Ärzten zu bilden, die die Verschlüsselungsaufgaben für alle Patienten durchführten. Genau diesen Weg gingen viele andere Krankenhäuser

sonalvertretungsgesetz - LPVG -) in der hier anzuwendenden Fassung vom 01.02.1996 (GBl. S. 205) mit nachfolgenden Änderungen i.V.m. § 87 Abs. 1 ArbGG statthaft und auch sonst zulässig. Sie ist insbesondere in der nach § 89 Abs. 1 und 2 ArbGG vorgeschriebenen Form und nach § 87 Abs. 2 Satz 1, § 66 Abs. 1 Satz 1 ArbGG fristgerecht erhoben und begründet worden.

Die Beschwerde des Beteiligten ist auch begründet. Das Verwaltungsgericht hat die vom Antragsteller beantragte Feststellung zu Unrecht getroffen.

Der Antrag des Antragstellers ist nach wie vor zulässig, auch wenn die „Leitlinien zur Codierung von Diagnosen und Prozeduren im Klinikum Stuttgart“ in- zwischen gegenstandslos geworden sind und nunmehr nach den „Deutschen Kodierrichtlinien“ zu verfahren ist. Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist nicht die Einführung dieser Richtlinien, sondern die nach wie vor bestehende Anweisung des Beteiligten, dass die in beiden Richtlinien erläuterte Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren von den ärztlichen Mitarbeitern, in der Regel den Assistenzärztinnen und -ärzten, vorzunehmen ist. Der Antrag ist jedoch entgegen der Ansicht des Verwaltungsgerichts nicht be- gründet.

Nach § 79 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 LPVG hat der Personalrat, soweit eine gesetz- liche oder tarifliche Regelung nicht besteht, mitzubestimmen über Maßnah- men zur Hebung der Arbeitsleistung und Erleichterung des Arbeitsablaufs. Ein Mitbestimmungsrecht des Antragstellers nach dieser Vorschrift besteht nicht.

Das Verwaltungsgericht ist zwar zutreffend davon ausgegangen, dass eine die beantragte Mitbestimmung ausschließende tarifliche oder gesetzliche Re- gelung nicht besteht. Weder § 301 SGB V noch § 17 b KHG regeln ausdrück- lich die Frage, wer für die nach § 301 Abs. 2 SGB V gesetzlich vorgeschrie- bene Verschlüsselung nach den Schlüsseln zur Angabe von Diagnosen (ICD- 10-SGB-V, Version 2.0) und zur Angabe von Operationen und sonstigen Pro- zeduren (OPS-301) innerhalb eines Krankenhauses zuständig ist. Die Ver- schlüsselung als solche ist nach Auffassung des Senats auch nicht von vor- neherein Bestandteil der Dienstaufgaben eines angestellten Arztes im Rah-

men seiner unstreitig bestehenden Dokumentationspflichten mit der Folge, dass auch insoweit bereits eine die Mitbestimmung ausschließende gesetzli- che Modifizierung von Art und Umfang Dokumentationspflichten vorläge. Die Beschäftigten des Krankenhauses sind zwar arbeitsvertraglich verpflichtet, die den Patienten vom Krankenhaus aufgrund der Behandlungsverträge ge- schuldeten Krankenhausbehandlung vorschriftsmäßig vorzunehmen, wozu auch die ordnungsgemäße ärztliche Dokumentation gehört (vgl. Beschluss des Senats vom 02.07.2002 – PL 15 S 2777/01 -, PersR 2002, 519). Dies schließt die Pflicht ein, die ärztliche Dokumentation so zu gestalten und zu gliedern, dass das Krankenhaus seine ihm durch §§ 301 SGB V und 17 b KHG gesetzlich auferlegten Aufgaben erfüllen kann. Insoweit beschreiben die jeweiligen Dokumentationsrichtlinien lediglich den aufgrund gesetzlicher Vor- schriften, des ärztlichen Standesrechts, der Rechtsprechung und der Erfor- dernisse der Kostendämpfung und Kostenkontrolle im Gesundheitswesen vor- gegebenen Sollzustand oder den den jetzigen Anforderungen entsprechenden Standard der ärztlichen Dokumentation (vgl. Beschluss des Senats vom 02.07.2002, a.a.O.). Nicht zu den Dienstaufgaben eines zur Patienten- versorgung angestellten Arztes gehören jedoch von vorneherein darüber hi- nausgehende Verwaltungstätigkeiten im Rahmen abrechnungstechnischer Pflichten, die zwischen Krankenhaus und Krankenkassen im Hinblick auf ein gesetzlich festgelegtes Vergütungssystem bestehen. Hierzu ist jedoch die von den ärztlichen Mitarbeitern geforderte Verschlüsselung zu zählen. Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind nach § 301 Abs. 1 SGB V verpflich- tet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung die in § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr.1 bis 9 SGB V genannten Angaben maschinenlesbar zu übermitteln, wo- bei die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 nach dem der Internatio- nalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesmi- nisteriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu ver- schlüsseln sind. Die Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Doku- mentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln; der Schlüssel hat die sonsti- gen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17b des Krankenhausfinanzierungs-

sprunahme des oder der betroffenen Beschäftigten, zu der solche Maßnahmen typischerweise führen (vgl. Beschlüsse vom 30.08.1985, BVerwGE 72, 94, 102, und vom 28.12.1998, a.a.O.). Diese mag in gesteigerten körperlichen Anforderungen oder in einer vermehrten geistig-psychischen Belastung als Folge eines schnelleren Arbeitstaktes oder eines geänderten Arbeitsablaufs bestehen. Denn der Begriff „Arbeitsleistung“ bezeichnet weder die Menge der während der festgelegten Arbeitszeit geleisteten Arbeit noch ihren sachlichen Ertrag, das Arbeitsprodukt. Er meint vielmehr den körperlichen Einsatz und den geistigen Aufwand, den der Beschäftigte erbringen muss, um das ihm abverlangte Arbeitsergebnis in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu erzielen (vgl. Beschlüsse vom 30.08.1985, a.a.O., und vom 28.12.1998, a.a.O.). Der Zweck des Tatbestandes besteht darin, den oder die betroffenen Beschäftigten vor einer unnötigen oder unzumutbaren Belastung zu bewahren (Beschlüsse vom 13.06.1997 - BVerwG 6 P 1.95 -, a.a.O., S. 14, und vom 28.12.1998, a.a.O.). Für diesen Regelfall des Mitbestimmungstatbestandes „Maßnahmen zur Hebung der Arbeitsleistung“ kommt es mithin nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts auf die Zielgerichtetheit der Maßnahme an. Nicht hingegen ist erforderlich, dass sich die wöchentlicher oder tägliche Arbeitszeit erhöht. Kommt es dem Arbeitgeber auf eine Hebung der Arbeitsleistung an und soll dabei die Qualität der Arbeit unverändert bleiben, so ist es unerheblich, ob die Beschäftigten die möglicherweise nur in einem Teilbereich ihrer Arbeit erhöhte Inanspruchnahme durch eine Minderheit in einem anderen Bereich kompensieren können (vgl. Beschluss vom 28.12.1998, a.a.O., S. 237).

Nur ausnahmsweise erfasst die Mitbestimmung auch an sich nicht auf Hebung der Arbeitsleistung „abzielende“ Maßnahmen, d.h. solche, bei denen eine derartige Zielrichtung mangels entsprechender Absichtserklärung nicht ohne Weiteres feststellbar ist. Der Mitbestimmungstatbestand liegt nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts nämlich auch dann vor, wenn unbeschadet sonstiger Absichten die Hebung zwangsläufig und für die Betroffenen unausweichlich (mittelbar) damit verbunden ist, das Arbeitsergebnis zu erhöhen, etwa weil bestimmte Tätigkeiten in unverminderter Menge und Güte in verringerter minutengenaue Zeit verrichtet werden können. Ebenso ist dies

gesetzes abgerechnet werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedureschlüssels nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt; es kann das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen. Hiernach obliegt die Verschlüsselung den Krankenhäusern im Rahmen ihrer Übermittlungspflicht nach § 301 Abs. 1 SGB V. Welche Mitarbeiter des Krankenhauses die Verschlüsselung durchzuführen haben, ist ihnen im Rahmen ihrer Organisationsbefugnis überlassen, ohne dass es hier auf arbeitsrechtliche Fragen der zulässigen Übertragung auf bestimmte Mitarbeiter ankäme. Unerheblich ist danach in diesem Zusammenhang auch, dass die auch bisher schon - wenn auch in wohl wesentlich geringerem Umfang - erforderliche Verschlüsselung insoweit von den ärztlichen Mitarbeitern wahrgenommen wurde.

Das Verwaltungsgericht dürfte ferner wohl zutreffend davon ausgegangen sein, dass die Übertragung der Verschlüsselungsaufgabe auf die ärztlichen Mitarbeiter eine Maßnahme zur Hebung von deren Arbeitsleistung darstellt.

Nach gefestigter Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts fallen unter den Mitbestimmungstatbestand des § 79 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 LPVG (Hebung der Arbeitsleistung) Maßnahmen, die darauf abzielen, die Effektivität der Arbeit in der vorgegebenen Zeit qualitativ und/oder quantitativ zu fördern, d.h., die Güte und/oder Menge der zu leistenden Arbeit zu steigern (vgl. Beschluss vom 23.01.1996 - BVerwG 6 P 54.93 - Buchholz 205 § 76 BPersVG Nr. 35 m.w.N. zur st. Rspr., Beschluss vom 13.06.1997 - BVerwG 6 P 1.95 - Buchholz, a.a.O., Nr. 36, und zuletzt Beschluss vom 28.12.1998, BVerwGE 108, 233, 236). Entscheidend ist, ob die beabsichtigte Maßnahme darauf angelegt ist, auf einem oder mehreren Arbeitsplätzen einen höheren mengenmäßigen Arbeitsertrag zu erzielen oder die Qualität des Arbeitsprodukts zu verbessern. Dabei ist als Hebung der Arbeitsleistung nicht die Steigerung der Menge oder Qualität des Arbeitsertrages anzusehen, sondern vielmehr die erhöhte Inan-

mit einer Mitbestimmung des Antragstellers entzogenen Anforderungen an Art und Weise der zu erstellenden Dokumentationen hervorgerufen wird, während die Verschlüsselung der entsprechend diesen Anforderungen dokumentierten Diagnosen und Prozeduren als weiter Arbeitsschritt nur noch deren schlüssigere Umsetzung erfordert. Gleichwohl ist nach dem vom Beteiligten im Beschwerdeverfahren dargestellten Beispiel davon auszugehen, dass die Verschlüsselung nach den neuen, insgesamt ganz erheblich vermehrten Schlüsseln in vielen Fällen selbst einen durchaus umfangreichen und komplizierten Arbeitsvorgang darstellen kann, der nicht nur ganz geringfügige und deshalb vernachlässigbare zusätzliche Anforderungen an den körperlichen Einsatz und insbesondere geistigen Aufwand der betroffenen Beschäftigten stellt (vgl. zu diesem Gesichtspunkt: BVerwG, Beschluss vom 30.01.1986, PersR 1986, 132; Beschluss vom 02.10.1990, Buchholz 251.2 § 85 Nr. 3; Beschluss des Senats vom 21.01.1997- PL 15 S 2110/95 -, PersR 1997, 217). Dies zeigt sich nicht zuletzt daran, dass für diese Aufgaben auch speziell ausgebildete (nichtärztliche) Fachkräfte verwendet werden, wie etwa im Olghospital die Dokumentationsassistenten. Auch wenn der Beteiligte eine Hebung der Arbeitsleistung durch die Maßnahme nicht zielerichtet in obigem Sinne herbeigeführt haben sollte, so dürfte die erhöhte Arbeitsbelastung für die betroffenen ärztlichen Mitarbeiter angesichts deren unstreitig bereits ohne diese Zusatzaufgaben bestehenden erheblichen und keine Freiräume bietenden Arbeitsbelastung jedenfalls unausweichlich in obigem Sinne sein, wie bereits das Verwaltungsgericht zutreffend ausgeführt hat (vgl. auch Beschluss des Senats vom 21.01.1997, a.a.O.). Auch die zur Verfügung gestellte Verschlüsselungshilfe in Form des Computerprogramms „DIACOS“ oder die Verwendung von Codierungsformularen dürften eine andere Beurteilung nicht rechtfertigen, da sie den zusätzlichen Arbeitsaufwand nicht vollständig beseitigen und im Übrigen die einvernehmliche Auslotung entlastender Maßnahmen gerade einem Mitbestimmungsverfahren vorbehalten wäre.

Letztlich bedarf es aber keiner abschließenden Entscheidung, ob die Übertragung der gesetzlich angeordneten Verschlüsselung auf die ärztlichen Mitarbeiter eine Maßnahme im Sinne des § 79 Abs. 1 S. 1 Nr. 9 LPVG darstellt. Denn eine derartige Maßnahme verlässt den der Personalvertretung zugewie-

dann anzunehmen, wenn Tätigkeiten in größerer Zahl bei unverminderter Güte in gleichbleibender, exakt festgelegter Zeit verrichtet werden müssen. Die Zwangsläufigkeit der erhöhten Inanspruchnahme allein reicht indessen in beiden Fällen für die Annahme einer Maßnahme „zur“ Hebung der Arbeitsleistung nicht aus. Wesentlich für den Schluss von den objektiven Gegebenheiten auf den Zweck der Hebung ist die Unausweichlichkeit der mit der zwangsläufigen Beschleunigung oder Vermehrung der zu verrichtenden Tätigkeiten verbundenen erhöhten Arbeitsbelastung im Ganzen (vgl. zu allem Beschluss vom 17.05.1995 - BVerwG 6 P 47.93 - Buchholz 251.2 § 85 BlnPersVG Nr. 8, S. 9, m.w.N. zur st. Rspr., und Beschluss vom 28.12.1998, a.a.O., S. 237). Von einer solchen Unausweichlichkeit ist dann nicht auszugehen, wenn eine Kompensation an anderer Stelle etwa in der Weise in Betracht kommt, dass eine Verringerung anderer Tätigkeiten oder eine Verminderung der Arbeitsgüte anheim gestellt wird (vgl. Beschluss vom 17.05.1995 - BVerwG 6 P 47.93 - a.a.O.; zusammenfassend Beschluss vom 11.11.1993 - BVerwG 6 PB 4.93 - Buchholz 251.3 § 63 BrPersVG Nr. 1, und Beschluss vom 28.12.1998, a.a.O., S. 237). Somit kommt es nur und ausschließlich in derartigen Ausnahmefällen darauf an, ob den Bediensteten eine Kompensation bei anderen Verrichtungen anheim gestellt ist, so dass der erforderliche zwangsläufige Effekt für die Beschäftigten nicht „unausweichlich“ mit der Maßnahme verbunden ist (vgl. Beschluss vom 28.12.1998, a.a.O., S. 237).

Der Beteiligte stellt letztlich nicht in Abrede, dass mit der abverlangten Verschlüsselung nach den neuen gesetzlichen Vorgaben die ärztlichen Mitarbeiter neben ihren unverändert bleibenden sonstigen Aufgaben zusätzliche Leistungen in quantitativer und qualitativer Hinsicht erbringen müssen, die zu einem gewissen erhöhten Arbeitsaufwand auch in zeitlicher Hinsicht gegenüber dem früheren Zustand führen, auch wenn dessen konkreter Umfang streitig ist und in den einzelnen Krankenhäusern der Dienststelle im Zusammenhang mit der Einführung der DRG's einige wenige zusätzliche Stellen geschaffen wurden und den neuen Gegebenheiten angepasste sächliche Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Zwar dürfte mit dem Beteiligten davon auszugehen sein, dass ein erhöhter Arbeitsaufwand insbesondere durch die im Hinblick auf die Einführung eines DRG-Entgeltsystems gesetzlich geänderten und da-

den Dienstkraften und ihren Wirkungsbereich nach außen gegenüber den „Kunden“ nicht möglich ist und die Aufgabenerfüllung durch die Maßnahme mehr als nur unerheblich beeinflusst wird, muss aber eine Mitbestimmung entfallen (vgl. zuletzt BVerwG, Beschluss vom 29.01.1996, a.a.O., m.w.N.). Dieser Ausschluss der Personalvertretung von Entscheidungen mit Außenwirkung lässt sich wie der Ausschluss von Entscheidungen im Sinne von § 104 Satz 3 BPersVG darauf zurückführen, dass das Demokratie- und Rechtsstaatsprinzip verlangen, dass Entscheidungen, die letztlich die Bürger in ihrer Gesamtheit betreffen, auch von Stellen getroffen werden, die den Bürgern in ihrer Gesamtheit verantwortlich sind. Darüber hinaus betrifft die Regelung des § 104 Satz 3 BPersVG nicht nur Entscheidungen mit erheblicher Außenwirkung, sondern alle staatlichen Entscheidungen, die wesentlicher Bestandteil der Regierungsgewalt sind und deshalb nicht generell der Regierungsverantwortung entzogen werden dürfen. Zu den letzteren gehören nach § 104 Satz 3 BPersVG insbesondere Entscheidungen „in organisatorischen Angelegenheiten“, worunter nicht nur Angelegenheiten zu verstehen sind, die sich auf die Errichtung und Gliederung von Dienststellen beziehen, sondern auch arbeitsorganisatorische Maßnahmen, die für den Ablauf des Dienstbetriebs und für die Art und Weise der Erledigung der Dienststelle übertragenen Aufgaben von erheblicher Bedeutung sind und über den dienstlichen Bereich hinaus Außenwirkung haben (vgl. zuletzt BVerwG, Beschluss vom 29.01.1996, a.a.O., m.w.N.; vgl. zu allem auch Senatsbeschluss vom 23.06.1998 - PL 15 S 40/98 -, VGHBW RSprDienst 1998, Beilage 8, B 5 = PersR 1999, 31 f. = ZBR 1998, 434, Senatsbeschluss vom 19.10.1999 - PL 15 S 326/99 -, PersR 2000, 25,26 = BWGZ 2000,209, und Senatsbeschluss vom 18.12.2001 - PL 15 S 612/01 -). Dazu gehören nach der Rechtsprechung des Senats auch Dienstabweisungen von Dienststellenleitern zur Dokumentation der Krankenhausbehandlung, da diese der Gewährleistung der vorschriftsmäßigen Erfüllung der Aufgaben eines Krankenhauses dienen, nämlich die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz), in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen

senen innerdienstlichen Bereich und unterliegt jedenfalls aus diesem Grunde nicht der Mitbestimmung. Es entspricht der ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts und des Senats, dass die Personalvertretung auf den innerdienstlichen Bereich, d.h. auf die Beteiligung an den sie betreffenden Angelegenheiten, beschränkt ist und keinesfalls in nicht unerheblicher Weise auf die Erfüllung der der Dienststelle nach außen obliegenden Aufgaben einwirken darf (vgl. BVerwG, Beschluss vom 2.10.1995, BVerwGE 99, 295 = ZIPR 1996, 79, m.w.N.; Beschluss des Senats vom 21.01.1997, a.a.O.).

Aus der verbindlichen rahmenrechtlichen Vorschrift des § 104 Satz 3 BPersVG, wonach Entscheidungen, insbesondere solche in organisatorischen Angelegenheiten, die wegen ihrer Auswirkungen auf das Gemeinwesen wesentlichlicher Bestandteil der Regierungsgewalt sind, nicht den Stellen entzogen werden dürfen, die der Volksvertretung verantwortlich sind, folgt nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts die Beschränkung der Mitbestimmungsbefugnisse der Personalvertretung auf den innerdienstlichen Bereich, d.h. auf die Beteiligung an den sie betreffenden Angelegenheiten mit der Folge, dass die Personalvertretung nicht auf die Erfüllung der der Dienststelle nach außen obliegenden Aufgaben einwirken darf (vgl. BVerwG, Beschlüsse vom 23.12.1982, ZBR 1983, 307, vom 07.03.1983, DVBl. 1983, 808, vom 24.09.1991, BVerwGE 89, 65, 67, vom 02.10.1995, BVerwGE 99, 295, 298, 299, und vom 29.01.1996, PersR 1996, 280 = PersV 1996, 460). Maßgebend für diese Begrenzung der Mitbestimmung ist danach, dass die Aufgaben der Dienststelle durch den Gesetzgeber und den von diesem ermächtigten Verordnungsgeber festgelegt sind und auch hinsichtlich ihrer Art und Erledigung nicht zur Disposition von Stellen stehen, die nicht der Volksvertretung verantwortlich sind. Mit dieser Zweckbestimmung mag zwar im Einzelfall die durch den Wortlaut des § 104 Satz 3 BPersVG nicht ausgeschlossene eingeschränkte Mitbestimmung der Personalvertretung ohne Letztentscheidungsrecht der Einigungsstelle in organisatorischen Angelegenheiten vereinbar sein; was hier aber bei einer vorgesehenen Mitbestimmung nach einem der Mitbestimmungstatbestände des § 79 Abs. 1 LPVG nach § 69 Abs. 4 Satz 3 LPVG ohnehin nicht gegeben wäre. In Fällen, in denen eine Trennung der Maßnahme in Bezug auf ihren innerdienstlichen Wirkungsbereich gegenüber

Rechtsmittelbelehrung

Die Nichtzulassung der Rechtsbeschwerde kann innerhalb einer Notfrist von einem Monat nach Zustellung dieses Beschlusses selbstständig durch Beschwerde angefochten werden. Die Beschwerde ist beim Bundesverwaltungsgericht, Simsonplatz 1, 04107 Leipzig, schriftlich einzulegen und innerhalb einer Notfrist von zwei Monaten nach Zustellung dieses Beschlusses schriftlich zu begründen.

Die Beschwerde und die Beschwerdebegründung müssen von einem bei einem deutschen Gericht zugelassenen Rechtsanwalt unterzeichnet sein.

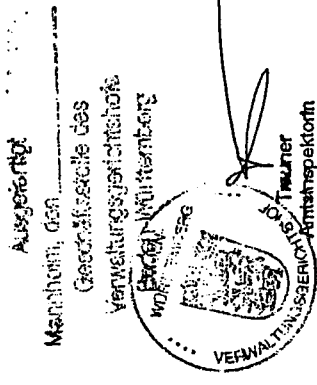
Riedinger

Dr. Breunig

Wiegand

Rohrbach

Dr. Hermann



und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden (§ 2 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz), bzw. seine Aufnahme- und Dienstbereitschaft, insbesondere rechtzeitige ärztliche Hilfe, zu gewährleisten (§ 29 Abs. 1 Landeskrankenhausgesetz vom 15.12.1986 <GBl. S. 425>) und die Ansprüche der Patienten auf die Versorgung, deren er nach Art und Schwere seiner Erkrankung bedarf (§ 30 Abs. 1 Satz 1 Landeskrankenhausgesetz), bzw. deren Ansprüche auf zweckmäßige und ausreichende ärztliche Leistungen, Pflege, Versorgung mit Arzneimitteln, Unterkunft und Verpflegung (§ 30 Abs. 1 Satz 2 Landeskrankenhausgesetz) zu erfüllen, und ihr Erlaubnis deshalb der Mitbestimmung des Personalvertretung entzogen ist (vgl. Beschluss vom 02.07.2002, a.a.O.). Diese Erwägungen gelten gleichermaßen für die organisatorische Umsetzung der den Krankenhäusern zur Förderung dieser Aufgaben im Rahmen der nach außen gerichteten Abrechnung mit den Krankenkassen als Leistungsvoraussetzung gesetzlich auferlegten Verschließung der jeweiligen Diagnosen und Prozeduren nach den neuen Standards, die danach der Mitbestimmung der Personalvertretung, hier des Antragstellers, ebenfalls entzogen ist. Denn ohne die Vornahme der gesetzlich vorgeschriebenen Verschließung wäre dem Krankenhaus die Erfüllung seiner nach außen obliegenden Aufgaben nicht möglich. Sollte sich nach einer gewissen Einarbeitungsphase zeigen, dass trotz der vom Beteiligten bereits vorgenommenen Entlastungsmaßnahmen durch diese zusätzlichen Aufgaben ungeachtet ihrer im Einzelfall arbeitsrechtlichen Zulässigkeit eine auf Dauer unzumutbare Belastung der damit befassten ärztlichen Mitarbeiter eintreten sollte, ist auf anderen Wegen eine sachgerechte Lösung herbeizuführen (vgl. BVerwG, Beschluss vom 29.01.1996, a.a.O.). Ob dem Antragsteller im vorliegenden Zusammenhang ein Mitwirkungsrecht nach § 80 Abs. 1 Nr. 11 LPVG zusteht, war hier nicht zu entscheiden.

Die Rechtsbeschwerde an das Bundesverwaltungsgericht wird nicht zugelassen, da die Voraussetzungen hierfür nicht vorliegen (§ 86 Abs. 2 LPVG i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 und § 72 ArbGG).