



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

I/Dr.W/PK

14.09.2006

Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr.

Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

„Ausgleich für neue Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern vorziehen“

- Bundestags-Drucksache 16/670 -

I. Vorbemerkung

Das Arbeitszeitgesetz wurde aufgrund der Rechtsprechung des EuGH zum 1. Januar 2004 dahingehend modifiziert, dass Bereitschaftsdienst in vollem Umfang als Arbeitszeit anzusehen ist. Der Gesetzgeber hat mit dieser Änderung zugleich eine zweijährige Übergangsfrist eingeführt, um den Beteiligten Zeit für die notwendigen Umstellungen zu gewähren. Diese Übergangsfrist wurde bis zum 31. Dezember 2006 verlängert.

Die Umstellung auf eine der neuen Rechtslage angepasste Arbeitszeitorganisation bedeutet für die Krankenhäuser erhebliche finanzielle und personelle Belastungen. Mit dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Regelung in die Bundespflegesatzverordnung und in das Krankenhausentgeltgesetz aufgenommen worden, die den Krankenhäusern zusätzliche Beträge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in Aussicht stellt. Danach kann für die Jahre 2003 bis 2009 im Rahmen der Entgeltverhandlungen jährlich ein zusätzlicher Betrag in Höhe von 0,2 Prozent des Gesamtbudgets vereinbart werden. Dies entspricht 100 Millionen Euro jährlich bzw. 700 Millionen Euro kumuliert im Jahr 2009.

II. Refinanzierung alternativer Arbeitszeitmodelle vorziehen

Die in § 6 Abs. 5 der BPfIV und in § 4 Abs. 13 des KHEntgG vorgesehenen zeitlich gestaffelten Finanzmittel zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen kommen zu spät und sind im Volumen nicht ausreichend. Aus diesem Grund ist der im Jahr 2009 vorgesehene Höchstbetrag vorzuziehen. Der finanzielle Mehrbedarf für die gesetzlich vorgeschriebene Änderung der Arbeitszeitorganisation fällt bereits in 2006, spätestens jedoch nach Auslaufen der Übergangsregelung zum 1. Januar 2007 an. Eine Zurückhaltung der jetzt benötigten finanziellen Mittel macht daher sachlogisch keinen Sinn. Auf diesen Umstand hat auch das Deutsche Krankeninstitut e.V. (DKI) wiederholt hingewiesen; zuletzt in dem noch nicht veröffentlichten Krankenhaus-Barometer 2006.

Das DKI kommt in dieser jüngsten Studie zu dem Ergebnis, dass knapp 80 Prozent der Krankenhäuser den zusätzlichen Betrag im Rahmen der Entgeltverhandlungen für 2006 geltend gemacht haben (2005: 75,2 Prozent). Damit bleibt die Inanspruchnahme dieser Mittel im Vergleich zu den Vorjahren auf einem konstant hohen Niveau. Daten aus dem Ersatzkassenbereich bestätigen diese Einschätzung. 2004 lag die tatsächliche Ausschöpfung der Zusatzbeträge im Durchschnitt bei 79,7 Prozent. Dies zeigt, dass die Krankenhäuser die Finanzmittel benötigen und auch in Anspruch nehmen.

Dass der Bedarf an zusätzlichen Mitteln in den Krankenhäusern ausgesprochen hoch ist, wird noch durch einen anderen Umstand deutlich. Bis zu den Tarifabschlüssen im Sommer (Universitätskliniken, kommunale Krankenhäuser) gab es nur für einen geringen Teil der Krankenhäuser die erforderlichen mit dem Arbeitszeitgesetz kompatiblen Tarifverträge. Dies mag bei einigen Krankenhäusern dazu geführt haben, die Finanzmittel gemäß BPfIV/KHEntgG bisher nicht beantragt zu haben. Der

Prozentwert der Geltendmachung wird demnach über die 80 Prozent hinaus noch weiter ansteigen.

Hinsichtlich der Frage, was bei den Krankenhäusern von den gesetzlich vorgesehenen Mitteln ankommt und was damit bewerkstelligt werden kann, muss die Antwort vergleichsweise ernüchternd ausfallen. Zunächst ist festzustellen, dass von den Krankenhäusern, die in die Entgeltverhandlungen 2006 Forderungen eingebracht haben, im 2. Quartal des Jahres erst ein Viertel der Häuser eine entsprechende Vereinbarung mit den Kostenträgern abschließen konnten. Wenn überhaupt fließen die Mittel also mit einer zeitlichen Verzögerung. Und schließlich konnten die Krankenhäuser mit abgeschlossener Vereinbarung nach Angaben des DKI im Mittel lediglich 1,3 Vollkräfte zusätzlich einstellen.

Des Weiteren stellt das DKI fest, dass trotz der hohen Geltendmachung dieses Finanzierungsinstruments der tatsächliche Verbreitungsgrad neuer Arbeitszeitorganisation bei lediglich 23 Prozent liegt. Dies legt den Schluss nahe, dass die momentan zur Verfügung gestellten Finanzmittel bei weitem nicht zur flächendeckenden Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes ausreichen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt deshalb ausdrücklich den Antrag der FDP zum Vorziehen der finanziellen Mittel für neue Arbeitszeitmodelle auf das Jahr 2006. Die Krankenhäuser werden damit in ihrem nachweisbaren Bemühen zur Einführung neuer Arbeitszeitmodelle unterstützt.

III. Volumen der Refinanzierung nicht ausreichend

Ein Vorziehen der Mittel nach § 6 Abs. 5 BPfIV bzw. § 4 Abs. 13 KHEntgG wird von der DKG voll inhaltlich unterstützt. Eine solche Maßnahme ist notwendig, jedoch nicht hinreichend.

Sowohl die Krankenhaus Barometer 2005 und 2006 als auch eine Erhebung der DKG von Ende 2005 zeigen, dass die Krankenhäuser mit großem Engagement neue Formen der Arbeitszeitorganisation entwickeln, erproben und umsetzen. Der Anteil der Krankenhäuser, die neue Arbeitszeitmodelle eingeführt haben oder dies konkret planen, ist im Jahresvergleich nochmals um 13 Prozentpunkte gestiegen. Jedoch zeigt sich auch, dass von einer flächendeckenden Umsetzung nicht die Rede sein kann. Die Krankenhäuser mit positiver Angabe haben neue Arbeitszeitmodelle im Schnitt in drei Abteilungen und zwei Funktionsbereichen realisieren können. Somit liegt die flächendeckende Realisierung derzeit bei ca. 23 Prozent.

Als wesentliche Hinderungsgründe werden die mangelnde Akzeptanz der betroffenen Ärzte, Finanzierungsprobleme und Schwierigkeiten, den Mehrbedarf an Ärzten zu decken, von den Krankenhäusern genannt.

Die finanziellen Rahmenbedingungen haben sich für die Krankenhäuser in jüngerer Zeit dermaßen verschlechtert, dass die Umsetzung des neuen Arbeitszeitgesetzes zusätzlich gefährdet wird. Schon die abgesenkte Veränderungsrate nach § 71 SGB V

hat den Krankenhäusern mehr Mittel entzogen als zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen gemäß BPfIV/KHEntgG zusätzlich zur Verfügung standen.

Die aktuellen Tarifabschlüsse führen zu weiteren Mehrbelastungen in Höhe von ca. 1,5 Mrd. Euro, die von den Krankenhäusern nicht zu schultern sind. Maßgeblicher Auslöser der außerordentlich harten Tarifaueinandersetzungen in den Krankenhäusern war das geänderte Arbeitszeitrecht, das durch den weitgehenden Wegfall von Bereitschaftsdiensten das Einkommen der Krankenhausärzte massiv beschneidet.

Mit dem weit über die EU-Vorgaben festgelegten Arbeitszeitgesetz und dem darin enthaltenen Tarifvorbehalt für Öffnungen wurde die ärztliche Arbeit knapp und teuer gemacht. Deutlich wird dies an den Tarifabschlüssen für die kommunalen Krankenhäuser und die Universitätskliniken. Neben massiv angehobenen Vergütungen werden auch die speziellen Personalkosten für Bereitschaftsdienste im ärztlichen Dienst aufgrund der neuen Tarifverträge um ca. 20 Prozent steigen.

Diese außerordentlichen und von den Krankenhäusern nicht zu verantwortenden tarifbedingten Mehrkosten belaufen sich auf 1,5 Mrd. Euro jährlich, entsprechend 3 Prozent des Gesamtbudgets. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert hierfür einen gesetzlichen Tatbestand zur Refinanzierung. Ferner ist eine Abkehr von den Kürzungsplänen im GKV-WSG dringend erforderlich. Willkürliche Vergütungsabschläge von 500 Mio. Euro und Anschubfinanzierungen, welche die Krankenhäuser in Höhe von 750 Mio. Euro leisten sollen, sind weder gerechtfertigt noch vermittelbar.

IV. Weitere Änderungen im Arbeitszeitgesetz notwendig

Die alleinige Überantwortung abweichender tariflichen Regelungen gemäß § 7 ArbZG auf die Tarifpartner hat sich insbesondere vor dem Hintergrund der jüngsten Tarifkonflikte nicht bewährt. Neue arbeitszeitrechtskonforme tarifliche Arbeitszeitregelungen mussten von den Krankenhäusern teuer bezahlt werden. Eine nachhaltige Lösung ist dringend erforderlich.

Deshalb sollte der deutsche Gesetzgeber die Spielräume der EU-Arbeitszeitrichtlinie bereits per Gesetz eröffnen. So schreibt die EU-Arbeitszeitrichtlinie keine tägliche Höchstarbeitszeit von acht Stunden vor, sondern bezieht sich lediglich auf die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden. Der im ArbZG vorgesehene Tarifvorbehalt im Opt-out (Verlängerung der wöchentlichen Arbeitszeit auf über 48 Stunden hinaus mit Einwilligung des Arbeitnehmers) wird ebenso wenig vom europäischen Recht verlangt.

Die DKG hat den Änderungsbedarf zum ArbZG in ihrem aktuellen Bericht zum Umsetzungsstand des Arbeitszeitgesetzes (**Anlage**) vom 18.08.2006 an das Bundesministerium für Gesundheit konkretisiert.

Anlage

Anlage

zur Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

„Ausgleich für neue Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern vorziehen“

- Bundestags-Drucksache 16/670 -



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

I/Dr.W/PK/pr

18.08.2006

Umsetzungsstand des Arbeitszeitgesetzes

Vorbemerkung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die DKG im Juni 2006 um aktualisierte Informationen angefragt, wie die Entwicklung bei der Umsetzung der neuen Arbeitszeitorganisation in den Krankenhäusern verlaufen ist.

Die DKG hatte im Januar 2006 dem BMG eine Zuarbeit übermittelt, die in den Bericht der Bundesregierung über die Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie in den Krankenhäusern (16(19)39 Bericht) eingeflossen ist.

Die vorliegende Ausarbeitung orientiert sich im wesentlichen an der Struktur der damaligen DKG-Ausarbeitung und aktualisiert diese.

- In Abschnitt 1 wird der jüngste Stand der Umsetzung des ArbZG durch die Tarifparteien dargelegt. Hier haben sich im vergangenen Halbjahr Weiterentwicklungen ergeben.
- Abschnitt 2 gibt Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2006 des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. wieder. Aufgrund der Zeitdringlichkeit wurde das DKI um eine Vorab-Auswertung des im Spätherbst erscheinenden Barometers gebeten. Die zugrunde liegenden Erhebungen fanden im 2. Quartal 2006 statt. Hier sind bemerkenswerte Resultate zu verzeichnen.
- In Abschnitt 3 wird ein kurzer Blick auf die aktuellen Rahmenbedingungen des Krankenhaussektors geworfen.
- Ein Resümee findet sich in Abschnitt 4.

Auf eine (Eil-)Erhebung bei den DKG-Mitgliedsverbänden, wie sie für den ersten Bericht durchgeführt wurde, musste angesichts der zur Verfügung stehenden Zeit diesmal verzichtet werden. Ferner konnte die am 17.08.2006 erzielte Tarifeinigung zwischen der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände und dem Marburger Bund nicht berücksichtigt werden.

1. Umsetzungsstand auf Ebene der Tarifparteien

1.1 Verbreitungsgrad

Die Tarifpolitik im Krankenhauswesen war im ersten Halbjahr 2006 durch die fortschreitende Zersplitterung der Tariflandschaft sowohl auf Arbeitgeber- als auch auf Arbeitnehmerseite geprägt. Dabei steht insbesondere der Tarifkonflikt mit dem Marburger Bund im Vordergrund, der bereits weite Teile der Krankenhäuser erreicht hat. In diesem Grundsatzstreit der Tarifpartner stehen neue Regelungen zur Arbeitszeit nur oberflächlich im Vordergrund; tatsächlich geht es um Gehaltserhöhungen für Krankenhausärzte. In den Bereichen mit neuen Arbeitszeitregelungen (z.B. Universitätsklinika) sind diese doppelt teuer erkaufte worden: einerseits durch die erheblichen Steigerungen bei den Grundvergütungen und andererseits durch deutlich höhere Bereitschaftsdienstvergütungen. Die Personalkostensteigerungen im Ärztlichen Dienst betragen hier rund 15 Prozent.

Tarifliche Regelungen gemäß § 7 ArbZG sind die erste und wichtigste Voraussetzung für neue Arbeitszeitmodelle. Aktuell stellt sich der Verbreitungsgrad neuer tariflicher Regelungen gemäß § 7 ArbZG wie folgt dar:

a) für kommunale Krankenhäuser

Die Tarifpartner haben sich im September 2005 auf den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) geeinigt, der abweichende tarifliche Regelungen gemäß § 7 ArbZG beinhaltet. Der TVöD gilt in allen tarifgebundenen kommunalen Krankenhäusern.

Rechtlich zweifelsfrei gilt der TVöD jedoch nur für die in der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di organisierten Beschäftigten sowie für die nicht-gewerkschaftlich organisierten Beschäftigten in den kommunalen Krankenhäusern. Der Marburger Bund lehnt bekanntlich den TVöD für seine Mitglieder ab und fordert einen eigenen arzt-spezifischen Tarifvertrag. Dabei geht es neben der Vergütung auch um neue tarifliche Regelungen zur Arbeitszeit gemäß § 7 ArbZG. Bis heute ist allerdings keine Einigung zwischen der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände und dem Marburger Bund zu verzeichnen.

b) für Universitätsklinika

Die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) hat sich im Mai 2006 mit ver.di auf den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) geeinigt. Am 16.06.2006 folgte eine Tarifeinigung mit dem Marburger Bund für die Ärzte, die weitgehend auf dem TV-L basiert. Die Abschlüsse gelten für alle Universitätsklinika, mit Ausnahme Hessens, Berlins und Schleswig-Holsteins.

Der endgültige Tarifvertragstext ist noch nicht ausgehandelt. Vor allem für die nicht-ärztlichen Beschäftigten ist auf den Abschluss der momentan stattfindenden Redaktionsverhandlungen abzustellen. Insofern beziehen sich die folgenden Informationen

über neue Arbeitszeitregelungen nach § 7 ArbZG für Ärzte auf die vereinbarten Eckpunkte:

- Verlängerung der täglichen Arbeitszeit im Schichtdienst auf bis 12 Stunden ausschließlich der Pausen zur Schaffung längerer Freizeitintervalle.
- Die tägliche Höchstarbeitszeit bei Bereitschaftsdienst kann auf bis zu 24 Stunden (8 Stunden Volldienst und 16 Stunden Bereitschaftsdienst) verlängert werden.
- Im Opt-out kann mit Zustimmung des Arbeitnehmers die wöchentliche Höchst-arbeitszeit auf maximal 58 Stunden (Bereitschaftsdienststufe I) bzw. 54 Stunden (Bereitschaftsdienststufe II) ohne Ausgleich verlängert werden, sofern in erheblichem Maße Bereitschaftsdienst anfällt. Durch Tarifvertrag auf Landesebene kann die wöchentliche Arbeitszeit auf bis zu 66 Stunden verlängert werden.

c) für konfessionelle Krankenhäuser

Diakonie:

Die Arbeitsrechtliche Kommission des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche Deutschlands (EKD) hat sich im November 2005 auf eine Änderung der Bereitschaftsdienstregelungen in den Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) geeinigt.

Diese Regelungen gelten jedoch grundsätzlich – mit Ausnahme der AVR-Direktanwender – nicht unmittelbar für die Gliedkirchen und Landesverbände der Diakonie. Die Arbeitsrechtlichen Kommissionen in den Regionen gestalten das kirchliche Arbeitsrecht ansonsten eigenständig und daher recht unterschiedlich.

Nach jetzigem Stand existieren in folgenden Regionen arbeitszeitrechtskonforme Regelungen: Nordelbien, Niedersachsen, Kurhessen-Waldeck, Hessen-Nassau, Baden, Saarland, Rheinland-Pfalz, Rheinland, Westfalen, Lippe und für das ganze Gebiet der neuen Bundesländer.

Caritas:

In der Arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes ist bisher keine Einigung über neue Arbeitszeitregelungen gemäß § 7 ArbZG zu verzeichnen.

d) für private Krankenhäuser

Bei den privaten Krankenhäusern stellt sich die tarifliche Lage sehr heterogen dar und ist vor allem durch Haus- und Konzerntarifverträge geprägt. Bislang existieren Tarifabschlüsse mit neuen Arbeitszeitregelungen gemäß § 7 ArbZG u.a. bei den Helios-Kliniken und der Allgemeinen Hospitalgesellschaft (AHG). Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) verhandelt weiterhin mit der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di über einen neuen Manteltarifvertrag, der auch arbeitszeitrechtskonforme Bereitschaftsdienstregelungen umfassen soll. Für seine Landesverbände Bayern und Niedersachsen existieren jedoch mittlerweile neue Tarifverträge.

1.2 Quantifizierung

Im Vergleich zum Jahresbeginn hat sich der Verbreitungsgrad tariflicher Vereinbarungen gemäß § 7 ArbZG leicht erhöht. Dies ist insbesondere auf den Tarifabschluss für die Universitätsklinika zurückzuführen. Die Universitätsklinika haben bezogen auf die Zahl der Krankenhäuser einen Marktanteil von ca. 2 Prozent. Bezogen auf die aufgestellten Krankenhausbetten liegt der Marktanteil bei ca. 8 Prozent. Ebenfalls gibt es bei den Krankenhäusern des Diakonischen Werkes in vielen Regionen entsprechende Regelungen. Zusammen mit den kommunalen Krankenhäusern (35% Marktanteil) dürfte daher geschätzt werden, dass inzwischen für etwa 60% der deutschen Krankenhäuser die erforderlichen Tarifvereinbarungen existieren.

Aufgrund des Tarifkonflikts mit dem Marburger Bund ist zumindest bei den kommunalen Krankenhäusern unklar, ob die neuen tariflichen Regelungen auch für Ärzte gelten, die Mitglied im Marburger Bund sind. Aufgrund des hohen Organisationsgrades des Marburger Bundes dürften zum jetzigen Zeitpunkt rechtlich zweifelsfrei tarifliche Regelungen nur für ca. 35% der Krankenhausärzte in Deutschland gelten.

2. Umsetzungsstand in den Krankenhäusern: Ergebnisse des Krankenhaus Barometers 2006 des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. (DKI)

Im Folgenden werden die Ergebnisse des aktuellen Krankenhaus Barometers des DKI dargestellt. Die Ausführungen basieren auf einer Vorab-Auswertung des Krankenhaus Barometers 2006, die der DKG vom Institut zur Verfügung gestellt wurde (Anlage 1).

a) Umsetzungsstand der neuen Arbeitszeitorganisation

Zur Jahresmitte 2006 haben 40,2 Prozent der Krankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle eingeführt. Gegenüber dem Vorjahreswert bedeutet dies lediglich eine Steigerung um 3 Prozentpunkte. Bei weiteren 32,0 Prozent sind neue Arbeitszeitmodelle konkret in Planung (2005: 19,7 Prozent). 18,9 Prozent hatten zur Jahresmitte 2006 keine konkreten Planungen zur Umsetzung des ArbZG (2005: 29,5 Prozent). Keine Angaben machten 8,9 Prozent der Krankenhäuser (2005: 13,6 Prozent).

Diese Ergebnisse zeigen, dass zwar der Anteil der Krankenhäuser mit konkreten Planungen zur Umsetzung des ArbZG gestiegen ist, die tatsächliche Einführung neuer Arbeitszeitmodelle allerdings seit einem Jahr stagniert.

Noch eklatanter ist das folgende Ergebnis: Das DKI hat im diesjährigen Krankenhaus Barometer die Krankenhäuser auch nach dem Durchdringungsgrad neuer Arbeitszeitmodelle im einzelnen Krankenhaus befragt. Ergebnis dieser Fragestellung ist, dass sich die Einführung in den Häusern mit neuer Arbeitszeitorganisation lediglich auf ausgewählte Bereiche mit Modell- oder Pilotcharakter beschränkt. Im Durchschnitt haben diese Häuser neue Arbeitszeitmodelle in jeweils drei bettenführenden Fachabteilungen und zwei Funktionsbereichen umgesetzt. Wird diese Tatsache berücksichtigt, sinkt der effektive Verbreitungsgrad neuer Arbeitszeitmodelle von 40,2 Prozent der Krankenhäuser auf gerade einmal 23 Prozent der bettenführenden Fachabteilungen. Von einer flächendeckenden oder erfolgreichen Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes kann also keine Rede sein. Tatsächlich sind neue Arbeitszeitmodelle in weniger als einem Viertel aller relevanten Krankenhausbereiche eingeführt.

b) Hinderungsgründe einer Umsetzung des ArbZG

Mindestens 80 Prozent der Krankenhäuser sehen laut Krankenhaus Barometer relevante Hinderungsgründe für eine weit reichende Umsetzung einer neuen Arbeitszeitorganisation. Lediglich 10 Prozent sehen keine Hinderungsgründe, weitere 10 Prozent machten keine Angabe.

Folgende relevante Hinderungsgründe werden dabei von den Krankenhäusern am häufigsten genannt:

- Mangelnde Akzeptanz der betroffenen Ärzte (38,8 Prozent).
- Neue Arbeitszeitmodelle intern noch nicht ausreichend entwickelt (34,2 Prozent).
- Finanzierungsprobleme wegen zeitlicher Staffelung des Zusatzbetrages (32,9 Prozent).
- Schwierigkeiten, den Mehrbedarf an Ärzten zu decken (25,9 Prozent).
- Fehlende tarifliche Grundlagen/Betriebsvereinbarungen (20,3 Prozent).

Bei näherer Betrachtung der Umsetzung des ArbZG durch tarifliche Grundlagen bzw. Betriebsvereinbarungen zeigt sich, dass selbst Krankenhäuser mit neuem Tarifvertrag erhebliche Schwierigkeiten bei der betrieblichen Umsetzung des ArbZG haben. Für tarifgebundene kommunale Krankenhäuser gilt bekanntlich der TVöD. Dort sind tarifliche Regelungen zur Arbeitszeit gemäß § 7 ArbZG enthalten. Für die Umsetzung dieser abweichenden Regelungen ist allerdings der Abschluss einer Betriebsvereinbarung notwendig. Lediglich 20,9 Prozent der befragten kommunalen Krankenhäuser gaben an, bereits eine solche Betriebs- oder Dienstvereinbarung zur Jahresmitte 2006 abgeschlossen zu haben.

Damit wird deutlich, dass abweichende tarifvertragliche Regelungen nach § 7 ArbZG keine Lösung des Problems darstellen, wenn

- die Refinanzierung der arbeitszeitbedingten Mehrkosten aufgrund der zeitlichen Staffelung zu spät kommt und im Volumen unzureichend ist,
- der Personalmehrbedarf am Arbeitsmarkt nicht gedeckt werden kann und
- die betroffenen Arbeitnehmer selbst sich gegen eine Neuorganisation der Arbeitszeit wenden.

3. Verschlechterung der übrigen Rahmenbedingungen

Aufgrund des vorgegebenen engen Zeitfensters zur Aktualisierung des DKG-Berichtes musste auf eine erneute Umfrage bei den Landeskrankenhausgesellschaften und bei den einzelnen Krankenhäusern verzichtet werden. Im ersten Bericht (Januar 2006) wurde in den diesbezüglichen Rückmeldungen unisono verdeutlicht, dass der finanzielle Mehrbedarf zur Umsetzung des ArbZG nicht abgedeckt ist, das erforderliche zusätzliche Personal nicht zur Verfügung steht und die vorhandene Mitarbeiterschaft neue gesetzeskonforme Arbeitszeitregelungen aufgrund der Einkommenseinbußen (Wegfall von Bereitschaftsdiensten) nicht akzeptiert.

Aus der Vorab-Auswertung des Krankenhaus Barometers 2006 geht hervor, dass sich der generelle Ärztemangel verschärft hat. Mehr als 28 Prozent der Krankenhäuser konnten offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen. Der Anteil der Häuser mit entsprechenden Problemen hat sich damit gegenüber dem Vorjahr um 6 Prozent, relativ gesehen sogar um ein Viertel, erhöht.

Infolge der Tarifauseinandersetzungen im Jahr 2006 sehen sich etliche Krankenhäuser mit streikbedingten massiven Erlösausfällen und/oder erheblichen Personalkostensteigerungen infolge neuer Tarifabschlüsse konfrontiert. Allein die letztgenannten Kostensteigerungen werden sich bis Ende des Jahres auf bis zu 3 Prozent des Gesamtbudgets (1,5 Mrd. Euro) belaufen.

Die Grundlohnrate wurde nachträglich zu Lasten der Krankenhäuser auf 0,63 Prozent gesenkt.

Die Regierungskoalition hat – unter Ausblendung dieser noch nie dagewesenen dramatischen Streikfolgen – den Krankenhaussektor als Lieferant eines Sanierungsbeitrages von 500 Mio. Euro identifiziert. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2006 sollen weitere 750 Mio. Euro zur Anschubfinanzierung Integrierte Versorgung / Hochspezialisierte Leistungen des Krankenhäusern entzogen werden.

4. Resümee und gesetzgeberischer Handlungsbedarf

- I. *Der Gesetzgeber hat es den Tarifpartnern überlassen, gemäß § 7 ArbZG abweichende tarifliche Regelungen zu den strikten gesetzlichen Limitierungen der Arbeitszeit zu vereinbaren. Ohne diese Tarifregelungen sind neue Arbeitszeitmodelle nicht möglich.*

Zwar gibt es für mehr als die Hälfte der Krankenhäuser nun solche tariflichen Grundlagen. Für die am meisten betroffene Berufsgruppe, die Ärzte, stellt sich die Situation jedoch vollkommen anders dar. Aufgrund des Ausstiegs des Marburger Bundes aus der Verhandlungsgemeinschaft mit ver.di im September 2005 und dem immer noch schwelenden Tarifkonflikt sind für höchstens 35 Prozent der Krankenhausärzte rechtlich zweifelsfreie tarifliche Grundlagen vorhanden.

- II. *Bei der tatsächlichen Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle auf betrieblicher Ebene zeigt die jüngste Auswertung des Krankenhaus Barometers ein dramatisches Bild. Zum einen stagniert der Anteil der Krankenhäuser, die neue Arbeitszeitmodelle eingeführt haben. Bei näherer Betrachtung – erstmals wurde im Barometer abgefragt, in welchen Abteilungen/Funktionsbereichen die Einführung erfolgte – ist zum anderen zu konstatieren: Die Einführung erfolgt überwiegend in Modell- oder Pilotprojekten. Der tatsächliche Verbreitungsgrad neuer Arbeitszeitmodelle liegt bei 23 Prozent und damit weitaus niedriger als bisher angenommen.*

Diese Befunde verdeutlichen, dass die Krankenhäuser zwar willens sind, alternative Arbeitszeitmodelle einzuführen. Eine flächendeckende Umsetzung scheitert jedoch an der unzureichenden Refinanzierung, dem personellen Mehrbedarf und dem Widerstand der Belegschaft.

- III. *Die Rahmenbedingungen des Krankenhaussektors verschlechtern sich immer weiter. Das Krankenhaus Barometer 2006 zeigt eine Verschärfung des bestehenden Ärztemangels an. Die harten Tarifaueinandersetzungen führen zu zweistelligen Gehaltszuwächsen der Ärzte und inzwischen auch schon zu Ausstrahlungen beim Gehalt der übrigen Beschäftigten im Krankenhaus (vgl. jüngster Abschluss zwischen VKA und ver.di/dbb). Diese Zuwächse gehen voll zu Lasten der Krankenhäuser. Die Grundlohnrate wurde bereits zum Nachteil der Krankenhäuser auf 0,63 Prozent abgesenkt. Die geplante Gesundheitsreform soll die Krankenhäuser mit weiteren Abzügen in Höhe von 2,5 Prozent belasten.*

Es bedarf angesichts dieser Zahlen keiner Rechenkünste um festzustellen, dass die vorgenannten Mittelabzüge die zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen gemäß § 4 Abs. 13 KHEntgG eingeräumten Mittelzuwächse in Höhe von jährlich 0,2 Prozent um ein Mehrfaches übersteigen.

IV. *Unter diesen dramatisch verschlechterten Bedingungen dürfte eine flächendeckende Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes zum Erliegen kommen. Die DKG appelliert an die Politik, vor diesen Tatsachen nicht die Augen zu verschließen. Es besteht dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf in zweierlei Hinsicht.*

1. *Reform des Arbeitszeitgesetzes*

Die alleinige Überantwortung abweichender Regelungen gemäß § 7 ArbZG auf die Tarifpartner hat sich insbesondere vor dem Hintergrund des Konflikts mit dem Marburger Bund nicht bewährt. Die Krankenhäuser werden hier in tarifpolitische Geiselhaft genommen und müssen neue arbeitszeitrechtskonforme Regelungen zu Bereitschaftsdiensten mit teuren Anhebungen der Tarifgehälter für Ärzte bezahlen.

Deshalb sollte der deutsche Gesetzgeber die Spielräume der EU-Arbeitszeitrichtlinie bereits per Gesetz eröffnen. So schreibt die EU-Arbeitszeitrichtlinie keine tägliche Höchstarbeitszeit von acht Stunden vor, sondern bezieht sich lediglich auf die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden. Der im ArbZG vorgesehene Tarifvorbehalt im Opt-out wird ebenso wenig vom europäischen Recht verlangt.

*Die DKG hat den Änderungsbedarf zum ArbZG in der **Anlage 2** konkretisiert. Um jedem Missverständnis vorzubeugen: Die DKG fordert keine nochmalige Verlängerung der Übergangsregelung gemäß § 25 ArbZG. Gefordert wird der Abbau von Starrheiten, die über das EU-Recht hinausgehen.*

2. *Verbesserte Refinanzierung*

Die zeitlich gestaffelten Finanzmittel zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen gemäß KHEntgG kommen zu spät und sind im Volumen nicht ausreichend. Aus diesem Grund ist der im Jahr 2009 vorgesehene Höchstbetrag bereits auf spätestens 2007 vorzuziehen. Der finanzielle Mehrbedarf fällt bereits in 2006, spätestens zum 01.01.2007 an. Eine Zurückhaltung der jetzt benötigten finanziellen Mittel macht daher sachlogisch keinen Sinn. Auf diesen Umstand hat auch das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. erneut hingewiesen.

Ein Vorziehen dieser Mittel allein ist jedoch nicht ausreichend. Die Tarifabschlüsse der jüngsten Zeit führen die Krankenhäuser in jene Kostenkrise, vor der die DKG immer gewarnt hat. Maßgeblicher Auslöser der außerordentlich harten Tarifaueinandersetzungen war das geänderte Arbeitszeitrecht, das durch den weitgehenden Wegfall von Bereitschaftsdiensten das Einkommen der Krankenhausärzte massiv beschneidet. Nimmt man die bislang erstreikten Gehaltserhöhungen zur Basis, so werden die Kliniken Ende des Jahres Kostensteigerungen von 1,5 Mrd. Euro verzeichnen. Dies ist nicht zu schultern. Die außer-

ordentlichen und von den Krankenhäusern nicht zu verantwortenden Mehrkosten müssen über einen gesetzlichen Tatbestand in Höhe von 3 Prozent des Budgets refinanziert werden. Zugleich sind die mit der Gesundheitsreform geplanten Kürzungen des Krankenhausbudgets in Höhe von 750 Mio. Euro zurückzunehmen.

2 Anlagen



**Krankenhaus
Barometer**

Krankenhaus Barometer **Umfrage 2006**

Umsetzung des Arbeitszeitrechts

Vorabauswertung für die DKG

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf

Juli 2006

Vorbemerkung

Die nachfolgende Auswertung basiert auf den Angaben von 341 Stichprobenkrankenhäusern. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Grundgesamtheit der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland. Die Erhebung des diesjährigen *Krankenhaus Barometers* wurde von April bis Juni 2006 durchgeführt.

Nicht besetzte Stellen im Ärztlichen Dienst

Gut 28% der Krankenhäuser gaben an, derzeit offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen zu können. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einer Steigerung um ca. 6%-Punkte. Legt man den Vorjahreswert von 22% als Basis zugrunde, hat sich der Anteil der Häuser mit entsprechenden Problemen, relativ gesehen, sogar um ein Viertel erhöht.

Beim Problem der Stellenbesetzung im Ärztlichen Dienst gibt es ein deutliches Ost-West-Gefälle. Während in den neuen Bundesländern ca. 55% der Krankenhäuser Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen konnten, fiel der entsprechende Anteil im alten Bundesgebiet mit rund 24% merklich niedriger aus. Im Westen wie im Osten ist gegenüber dem Vorjahr hingegen ein gleichmäßiger Anstieg der entsprechenden Anteilswerte festzustellen.

Häuser mit entsprechenden Problemen konnten im arithmetischen Mittel 2,5 Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen. Auch diesbezüglich resultiert abermals ein deutliches Ost-West-Gefälle. In den neuen Bundesländern waren durchschnittlich 3,5 ärztliche Stellen nicht besetzt, in den alten Bundesländern 2 Stellen.

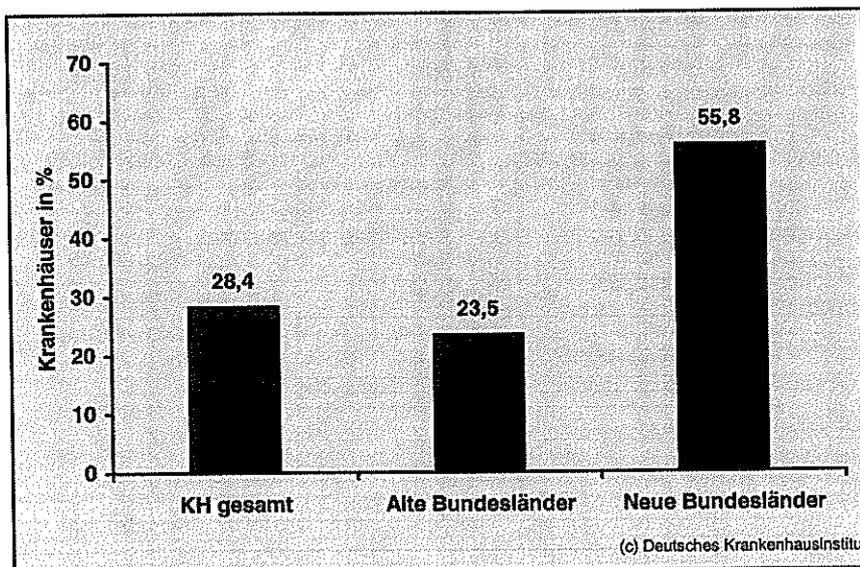


Abb. 1: Krankenhäuser mit nicht besetzten offenen Stellen im Ärztlichen Dienst

Rechnet man die Stichprobenergebnisse auf die Grundgesamtheit der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser hoch, konnten bundesweit rund 1.300 offene Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzt werden. Erwartungsgemäß entfallen dabei rund 60% auf die „großen“ Fachgebiete der Chirurgie, Inneren Medizin und Gynäkologie. Mit rund 20% der offenen Stellen ist dagegen das

Fachgebiet der Anästhesie hier merklich überrepräsentiert. Die übrigen offenen Stellen verteilen sich auf kleinere Fachbereiche.

Umsetzungsstand der neuen Arbeitszeitorganisation

Von Anfang 2004 bis zur Jahresmitte 2006 haben 40% der Krankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle eingeführt. Gegenüber dem entsprechenden Vergleichswert des Vorjahres bedeutet dies nur eine leichte Steigerung von ca. 3%-Punkten. Die erheblichen rechtlichen, tariflichen und finanziellen Unsicherheiten haben offensichtlich viele Krankenhäuser von der (weiteren) Umsetzung einer neuen Arbeitszeitorganisation abgehalten und zu einer eher abwartenden Haltung geführt.

Bei einem Drittel der Häuser ist eine neue Arbeitszeitorganisation konkret in Planung. Hier ist gegenüber dem Vorjahr eine etwas größere Steigerung um gut 10%-Punkte zu verzeichnen. Knapp 20% der Krankenhäuser hatten zur Jahresmitte 2006 allerdings noch keine konkreten Pläne, wie sie das neue Arbeitszeitgesetz hausintern umsetzen würden.

Bislang sind vor allem in kleineren Häusern unter 100 Betten neue Arbeitszeitmodelle vergleichsweise selten eingeführt bzw. konkret geplant worden. Relativ weit fortgeschritten ist die Arbeitszeitorganisation in größeren Häusern ab 600 Betten. In den übrigen Bettengrößenklassen entsprechen die Ergebnisse näherungsweise dem Bundesdurchschnitt. Im Ost-West-Vergleich gibt es nur geringfügige Unterschiede.

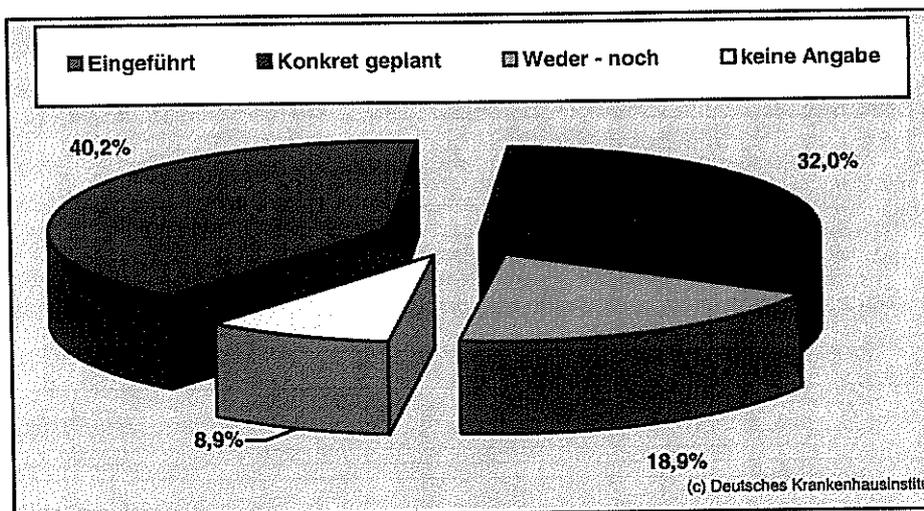


Abb. 2: Umsetzungsstand – Neue Arbeitszeitorganisation/Arbeitszeitmodelle in 2004/2006

In den Häusern mit neuer Arbeitszeitorganisation beschränkt sich die Umsetzung nach wie vor auf ausgewählte Bereiche (mutmaßlich mit Modell- oder Erprobungscharakter). Im Mittel haben diese Häuser in jeweils drei bettenführenden Fachabteilungen und zwei Funktionsbereichen neue Arbeitszeitmodelle eingeführt. Insofern kann von einer flächendeckenden neuen Arbeitszeitorganisation nicht die Rede sein. Im Gegenteil: Wird der Durchdringungsgrad nach Fachabteilungen berücksichtigt, so wird der Umsetzungsstand der neuen Arbeitszeitorganisation weiter relativiert. Demzufolge sind bislang lediglich in 23% der bettenführenden Fachabteilungen

der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle eingeführt worden.

Hinderungsgründe einer neuen Arbeitszeitorganisation

In einer weitergehenden Frage sollten sich die Krankenhäuser zu den Hinderungsgründen für eine weitreichende Umsetzung der neuen Arbeitszeitorganisation speziell im Ärztlichen Dienst äußern. Gut 10 % machten hierzu keine Angaben. Lediglich ca. 10 % sahen keine relevanten Hinderungsgründe.¹ Umgekehrt heißt dies, dass mindestens 80% der Krankenhäuser mehr oder weniger große Probleme bei der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle im Ärztlichen Dienst einräumen.

Fast 40% der Befragten sehen ein Hauptproblem in der mangelnden Akzeptanz der betroffenen Ärzte. In der Regel können Änderungen in der Arbeitszeitorganisation nur gelingen, wenn die Mitarbeiter in den Prozess integriert sind und ihn aktiv mitgestalten können. Dies ist gerade im Ärztlichen Dienst schwierig, weil flexible Arbeitszeitmodelle - wie auch eine Repräsentativerhebung des Deutschen Krankenhausinstituts unter Krankenhausärzten ergab - hier auf eine geteilte Akzeptanz treffen bzw. teilweise sogar mehrheitlich abgelehnt werden.² Erschwerend kommt hinzu, dass in einem Drittel der Krankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle krankenhausintern noch nicht ausreichend entwickelt sind.

Ein weiteres Drittel sieht in der zeitlichen Staffelung des zusätzlichen Betrages nach § 4 Abs. 13 KHEntgG für arbeitszeitbedingte Mehrkosten bis 2009 einen wesentlichen Hinderungsgrund. Demnach können die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen für die Jahre 2003-2009 zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen jeweils einen zusätzlichen Betrag von bis zu 0,2% des Gesamtbetrages (Budget) vereinbaren. Nach jetzigem Stand dürfte der finanzielle Mehrbedarf infolge des neuen Arbeitszeitrechts maßgeblich 2006/2007 entstehen. Eine Zurückhaltung der in Aussicht gestellten Mittel für die Folgejahre macht daher aus Krankenhaussicht sachlogisch wenig Sinn.

Zudem wurden in einer offenen Frage zur Antwortkategorie „Sonstiges“ von einem Teil der Häuser darüber hinausgehende Finanzierungsprobleme aufgrund des neuen Arbeitszeitrechts geltend gemacht.

Weitere Hinderungsgründe für die Umsetzung einer neuen Arbeitszeitorganisation sehen die Krankenhäuser in fehlenden tariflichen Grundlagen bzw. Betriebsvereinbarungen (20%) und in Schwierigkeiten, den Mehrbedarf an Ärzten am Markt zu decken (26%).

¹ Darunter haben ca. 80% neue Arbeitszeitmodelle eingeführt.

² Vgl. Blum, K./Müller, U./Offemanns, M.: Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle. Düsseldorf/Bonn 2004 (Forschungsbericht 313 der Reihe Gesundheitsforschung des Bundesministeriums für Gesundheit)

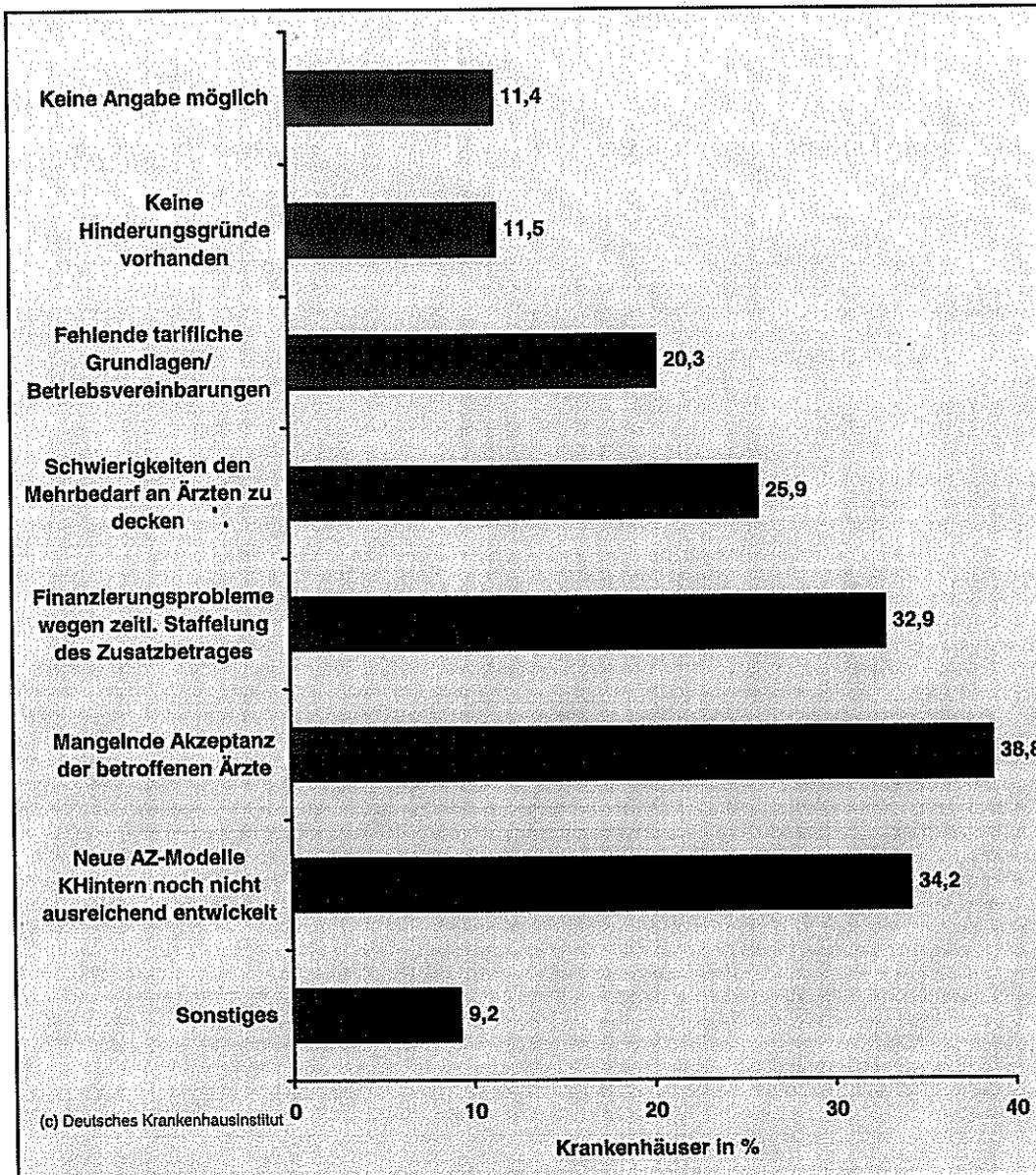


Abb. 3: Hinderungsgründe einer neuen Arbeitszeitorganisation im Ärztlichen Dienst

Tarifliche Grundlagen für Betriebs-/Dienstvereinbarungen

Nach § 7 des Arbeitszeitgesetzes sind Abweichungen von der täglichen bzw. wöchentlichen Höchst Arbeitszeit gemäß Arbeitszeitgesetz möglich, wenn sie in einem Tarifvertrag oder aufgrund eines Tarifvertrages in einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung zugelassen wurden. Vor diesem Hintergrund sollten die Krankenhäuser angeben, ob für ihr Haus die entsprechenden Grundlagen für den Ärztlichen Dienst bzw. sonstige Berufsgruppen vorliegen.

Ein grundsätzliches Problem bei dieser Frage besteht darin, dass unter den Tarifparteien bzw. den Vertragsparteien vor Ort teilweise strittig ist, inwieweit tarifliche Grundlagen vorliegen bzw. für welche Berufsgruppen sie gelten. Auch deswegen dürfte ein vergleichsweise großer Anteil der Befragten (ca. 25%) hier

keine Angaben gemacht haben. Bei den übrigen dürften sich teilweise unterschiedliche Rechtsauffassungen in den Daten widerspiegeln.

Auch deswegen bzw. weil mit dem TVöD bereits ein Tarifvertrag vorliegt, beschränkt sich die folgende Auswertung auf die kommunalen Krankenhäuser. Zwar wenden nicht alle kommunalen Häuser den TVöD an. Näherungsweise können die Ergebnisse aber als Umsetzungsstand des TVöD im Ärztlichen Dienst etwa zur Jahresmitte 2006 betrachtet werden. Unter den kommunalen Krankenhäusern sahen 12% eine tarifliche Grundlage für eine Betriebsvereinbarung im Ärztlichen Dienst noch nicht gegeben. Bei der Hälfte der Einrichtungen lag sie zwar vor, jedoch war (noch) keine Betriebs-/Dienstvereinbarung abgeschlossen. Lediglich in rund 21% der kommunalen Krankenhäuser war zur Jahresmitte 2006 eine Betriebs-/Dienstvereinbarung für den Ärztlichen Dienst abgeschlossen worden. Die übrigen machten hier keine Angaben.

In einer weitergehenden Frage gaben fast 75% der Häuser mit Betriebs-/Dienstvereinbarung an, dass ihre Betriebs-/Dienstvereinbarung für den Ärztlichen Dienst Regelungen zur Verlängerung der täglichen Arbeitszeit respektive einer Opt-Out-Regelung für die Wochenarbeitszeit beinhalte. Demnach liegt die wöchentliche Höchstarbeitszeit im Bereitschaftsdienst der Stufe D laut Vereinbarung überwiegend bei 54 Stunden; sie entspricht damit der entsprechenden Höchstarbeitszeit gemäß TVöD. Mit Blick auf die tägliche Arbeitszeit sehen die Vereinbarungen Höchstarbeitszeiten von 10-12 Stunden Vollarbeit bzw. 24 Stunden vor (wenn überwiegend Bereitschaftsdienst anfällt).

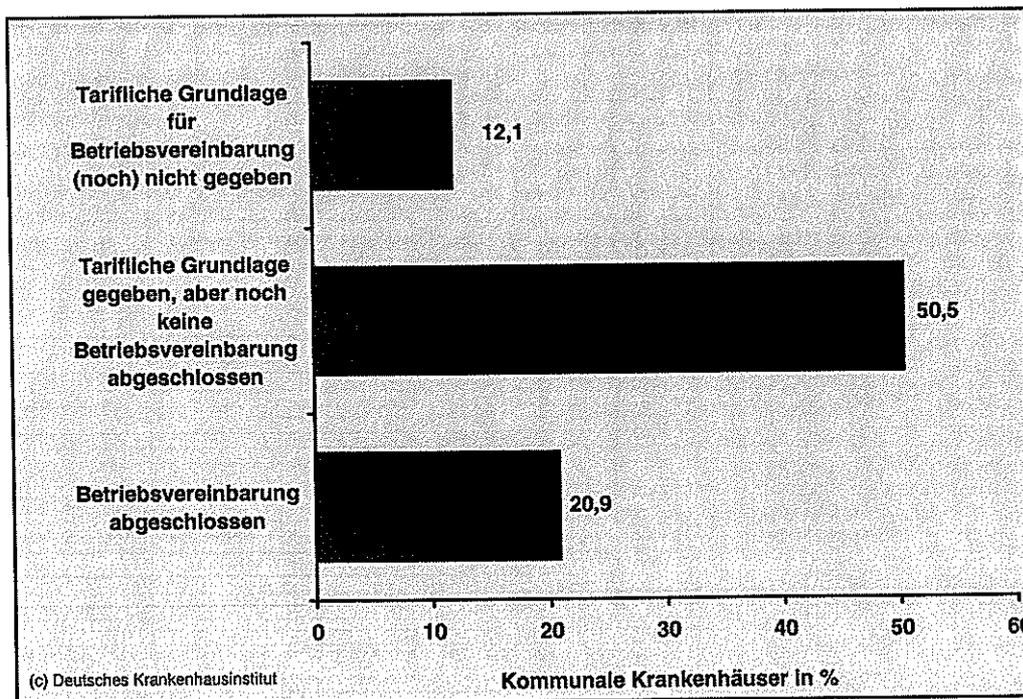


Abb. 4: Tarifliche Grundlagen für Betriebsvereinbarungen im Ärztlichen Dienst - Kommunale Krankenhäuser -

Reformbedarf zum Arbeitszeitgesetz aus Sicht der DKG

Das aufgrund der EuGH-Rechtsprechung zum 01.01.2004 geänderte Arbeitszeitgesetz stellt die Krankenhäuser vor enorme Schwierigkeiten. Bereitschaftsdienste werden demnach zukünftig voll als Arbeitszeit bewertet, unabhängig von der tatsächlich erbrachten Arbeitsleistung.

Von der EuGH-Rechtsprechung sind alle Mitgliedstaaten betroffen. Die finanziellen und personellen Auswirkungen sind enorm. Sie treffen insbesondere das Gesundheitswesen, den Rettungsdienst und sicherheitsrelevante Branchen, in denen eine Personalvorhaltung rund um die Uhr für den Bedarfsfall unabdingbar ist. Aus diesem Grund läuft auf europäischer Ebene seit 2004 ein Verfahren zur Novellierung der Arbeitszeitrichtlinie. Wann die dringend notwendige Änderung der EU-Arbeitszeitrichtlinie (2003/88/EG) abgeschlossen sein wird, ist jedoch zum jetzigen Zeitpunkt nicht abzusehen. Auch nach der jüngsten Sitzung des Europäischen Rates ist kein Vorankommen in Sicht, so dass der Abschluss des Novellierungsprozesses in 2006 immer unwahrscheinlicher wird.

Der deutsche Gesetzgeber ist über die Anforderungen der EU-Richtlinie hinausgegangen und hat im Arbeitszeitgesetz (ArbZG) weitere Einschränkungen vorgenommen. Das Arbeitszeitgesetz vereint damit die Einschränkungen der Arbeitszeitrichtlinie zur wöchentlichen Höchstarbeitszeit mit weiteren unnötigen restriktiven Elementen, ohne aber die Freiräume der Richtlinie zu nutzen. So verlangt die Arbeitszeitrichtlinie weder die Begrenzung der täglichen Arbeitszeit noch den Tarifvorbehalt im Opt-out.

Zudem ist es ein schwerwiegender Konstruktionsfehler des ArbZG, abweichende Regelungen ausschließlich den Tarifpartner zu überantworten. Dies wird spätestens durch die aktuellen Tarifaueinandersetzungen im öffentlichen Dienst und den Forderungen des Marburger Bundes deutlich. Sachgerechte tarifliche Lösungen zum Bereitschaftsdienst für den ärztlichen Dienst werden zugunsten utopischer Lohnforderungen blockiert.

Die Krankenhäuser befinden sich bei der Umsetzung des ArbZG in dreifacher Hinsicht in einem Dilemma. Sie sind mit einem nationalen Arbeitszeitgesetz konfrontiert, das wesentlich einschränkender ist als die Europäische Arbeitszeitrichtlinie. Flexibilisierungen sind weitestgehend erst dann möglich, wenn sich die Tarifparteien darauf verständigen – dies geschieht nicht ohne „Gegenleistungen“ an anderer Stelle. Und die für eine Umsetzung des jetzigen ArbZG erforderlichen Mittel sowie das zusätzliche Personal stehen nicht zur Verfügung.

Angesichts dieser Situation müssen Konsequenzen gezogen werden. Eine Reform des restriktiven und komplizierten deutschen Arbeitszeitrechts ist erforderlich. Dabei legt die DKG großen Wert auf die Feststellung, dass es nicht um einen Abbau von arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen geht. Es geht darum, im deutschen Arbeitszeitgesetz Einschränkungen abzubauen, die in der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie nicht gefordert werden. Des Weiteren muss Flexibilisierungsspielraum in den Gesetzesregeln selbst realisiert werden, anstatt ihn ausschließlich auf die Tarifpartner zu verlagern.

I. Wegfall der Begrenzung der täglichen Höchstarbeitszeit (§ 3 ArbZG)

§ 3 ArbZG begrenzt die tägliche Höchstarbeitszeit auf 8 bzw. 10 Stunden. Abweichungen sind nur aufgrund eines Tarifvertrages oder einer Ausnahmegenehmigung der Aufsichtsbehörde zulässig. Damit geht das ArbZG über die Vorgaben der EU-Richtlinie hinaus. Die EU-Richtlinie fordert nur eine Begrenzung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 48 Stunden und stellt lediglich auf die Einhaltung gewisser Bestimmungen zur täglichen Ruhezeit ab.

Diese enge Begrenzung der täglichen Arbeitszeit wird der Arbeitsorganisation im Krankenhaus nicht gerecht. Krankenhäuser sind zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung verpflichtet, ihre Dienstleistungen rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr vorzuhalten. Zur Überbrückung der weniger arbeitsintensiven Abend- und Nachtstunden werden daher in der Regel Bereitschaftsdienste angeordnet. Die bisherige Praxis wird ab dem 01.01.2007 nur mit einer neuen tarifvertraglichen Regelung gemäß § 7 Abs. 1 und 2 ArbZG möglich sein. Diese neuen tariflichen Regelungen sind jedoch erst für etwa jedes zweite Krankenhaus zu verzeichnen. Dies wird zur Folge haben, dass ein und dasselbe Arbeitszeitmodell in einem Krankenhaus arbeitszeitrechtskonform ist, während es im anderen Krankenhaus gegen das Gesetz verstößt. Auch die in § 15 ArbZG vorgesehene Möglichkeit einer Ausnahmegenehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde kann nur eine temporäre Lösung sein. Es ist für die Krankenhäuser auf Dauer nicht zumutbar, die Dienstplangestaltung alleine vom Einverständnis der zuständigen Aufsichtsbehörde abhängig zu machen, zumal keine einheitliche Genehmigungspraxis existiert.

In vielen Krankenhäusern müsste aufgrund der fehlenden tariflichen Regelungen (Drei-)Schichtdienst eingeführt werden. Die Einführung von Schichtdienst ist jedoch in den meisten Fällen für die betroffenen Ärzte unattraktiv, da sie erhebliche Gehaltseinbußen durch den Wegfall der Bereitschaftsdienstvergütung erleiden würden. Zudem ist eine schlechtere Versorgungsqualität der Patienten aufgrund der sinkenden Betreuungskontinuität durch häufige Übergaben zu befürchten. Für die Krankenhäuser bedeutet dies einen erheblichen personellen und damit auch finanziellen Mehraufwand, da insbesondere in kleineren Abteilungen ein solches System nicht personalneutral umzusetzen ist. Die dafür benötigten Ärzte stehen dem Arbeitsmarkt jedoch nicht zur Verfügung.

Aus diesen Gründen ist die tägliche Höchstarbeitszeit in § 3 ArbZG zu streichen. Stattdessen ist ausschließlich – wie von der EU-Arbeitszeitrichtlinie gefordert – auf die wöchentliche Höchstarbeitszeit abzustellen. Einschränkend wäre danach weiterhin die Regelung zur täglichen Ruhezeit gemäß § 5 ArbZG. § 3 ist wie folgt zu fassen:

§ 3 Arbeitszeit der Arbeitnehmer

„Die wöchentliche Arbeitszeit der Arbeitnehmer darf 48 Stunden nicht überschreiten. Sie kann nur verlängert werden, wenn innerhalb von sechs Kalendermonaten oder innerhalb von 24 Wochen im Durchschnitt 48 Stunden wöchentlich nicht überschritten werden.“

Danach wären redaktionelle Folgeänderungen in § 7 Abs. 1 und 2 notwendig.

Hilfsweise ist in § 3 ArbZG die Möglichkeit zuzulassen, per Gesetz von der täglichen Höchstarbeitszeit abzuweichen, wenn in die Arbeitszeit in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst fällt. Es wäre dann ausreichend, diese Möglichkeit nur bestimmten Bereichen (Krankenhäusern, Feuerwehren etc.) zu eröffnen, um den europäischen Bestimmungen zur Ruhezeit Rechnung zu tragen:

§3 Arbeitszeit der Arbeitnehmer

„(1) Die werktägliche Arbeitszeit darf acht Stunden nicht überschreiten. Sie kann auf bis zu 10 Stunden verlängert werden, wenn innerhalb von sechs Kalendermonaten oder innerhalb von 24 Wochen im Durchschnitt 48 Stunden wöchentlich nicht überschritten werden.

(2) Die tägliche Arbeitszeit darf in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen zur Behandlung, Pflege und Betreuung von Personen [ggf. Ergänzung um weitere Bereiche wie Feuerwehr etc.] auf bis zu 24 Stunden verlängert werden, wenn in die Arbeitszeit über 10 Stunden hinaus Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst anfällt. Innerhalb von sechs Kalendermonaten oder innerhalb von 24 Wochen darf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit 48 Stunden nicht überschreiten“.

Bei beiden Varianten wären zudem die komplizierten und in der Praxis untauglichen Regelungen des § 7 ArbZG weitgehend überflüssig. Bis auf § 7 Abs. 2 a (Opt-out, siehe Punkt II.) erlauben die Bestimmungen nämlich aufgrund Tarifvertrag bzw. kirchlicher Regelung nur eine Abweichung von der täglichen Höchstarbeitszeit des § 3, wenn z.B. Bereitschaftsdienst anfällt. Die Begrenzung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit auf 48 Stunden wird davon nicht berührt.

Zu berücksichtigen sind jedoch die Regelungen zur Ruhezeit des § 5 ArbZG. Im Zuge einer Reform des ArbZG müssen auch bei den Ruhezeitbestimmungen die Spielräume der EU-Arbeitszeitrichtlinie in nationales Recht konsequent genutzt werden. So lässt die Arbeitszeitrichtlinie den Mitgliedstaaten die Möglichkeit offen, für Krankenhäuser und ähnliche Einrichtungen auch per Gesetz von der Mindestruhezeit von

11 Stunden nach unten abzuweichen. § 5 Abs. 2 ArbZG ist die Folge dieser Regelung, begrenzt die Möglichkeit einer Verkürzung der täglichen Ruhezeit jedoch auf 10 Stunden.

II. Streichung des Tarifvorbehaltes im Opt-out (§ 7 Abs. 2a i.V.m. Abs. 7 ArbZG)

Im so genannten Opt-out (§ 7 Abs. 2a i.V.m. Abs. 7 ArbZG) kann mit Zustimmung des Arbeitnehmers von der 48-Stunden-Grenze ohne Ausgleich abgewichen werden, sofern in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst anfällt. § 7 Abs. 2a ArbZG sieht allerdings beim Gebrauch des Opt-out einen Tarifvorbehalt vor. Dies ist umso unverständlicher, da die EU-Arbeitszeitrichtlinie keinen Tarifvorbehalt fordert. Lediglich die individuelle Zustimmung des Arbeitnehmers zur Arbeitszeitverlängerung ist notwendig (Art. 22 Abs. 1 RL 2003/88/EG). Damit wird ein Gebrauchmachen dieses Flexibilisierungsinstruments in Deutschland erheblich eingeschränkt und erschwert.

Zudem wird die in § 7 Abs. 7 ArbZG verankerte Widerrufsfrist von sechs Monaten nicht vom europäischen Recht gefordert. Die Widerrufsfrist von sechs Monaten erschwert eine langfristige Dienstplangestaltung. Die Widerrufsfrist ist daher entweder aus dem Gesetz zu streichen oder auf mindestens zwölf Monate zu verlängern. Auch die hiesige Beschränkung des Opt-out auf Arbeitszeiten mit Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst geht über die Anforderungen der EU-Richtlinie hinaus.

In der Praxis hat sich § 7 Abs. 2a i.V.m. Abs. 7 ArbZG deshalb nicht bewährt. In den neuen Tarifverträgen, die die Möglichkeit des Opt-out vorsehen, ist der Spielraum für das Opt-out erheblich eingeschränkt worden. So lässt der TVöD maximal 54 Stunden (Bereitschaftsdienststufen C+D) bzw. 58 Stunden (A+B) zu. Da der Großteil der Bereitschaftsdienste im ärztlichen Dienst der Stufen C oder D entsprechen, verbleiben damit maximal sechs Stunden zusätzlich. Damit wird das Instrument des Opt-out, das auf der freiwilligen und individuellen Bereitschaft des Arbeitnehmers beruht, mehr als 48 Stunden zu arbeiten, an einen Konsens Dritter (Tarifpartner) geknüpft und von dort unter Umständen eingeschränkt. Es entsteht die paradoxe Situation, dass ein Arbeitnehmer, der das Opt-out im vollen Umfang der Richtlinie nutzen will, aufgrund des Tarifvorbehaltes daran gehindert wird.

Dabei ist bei einem großen Teil der Ärzte die Bereitschaft vorhanden, mehr als 48 Stunden zu arbeiten und dafür auch ein höheres Einkommen zu erzielen. Ärzte arbeiten wissenschaftsbasiert, selbst bestimmt und in stetiger Verantwortung gegenüber den ihnen anvertrauten Patienten. Sie bringen ihre eigene Fort- und Weiterbildung voran, da medizinisches Wissen sich rasch weiterentwickelt. Daneben werden Aufgaben in Forschung und Lehre wahrgenommen. Die Vernetzung von Arztstätigkeit, Forschung und Lehre wird insbesondere in den Universitätskliniken deutlich.

Der Gesetzgeber muss daher die Vorgaben des Opt-out auf die Maßgaben der EU-Richtlinie zurückführen:

- Einwilligung des Arbeitnehmers.
- Dem Arbeitnehmer entstehen keine Nachteile aus der Verweigerung des Opt-out.
- Opt-out nicht nur bei Bereitschaftsdienst.

- Der Arbeitgeber führt aktuelle Listen über die Arbeitnehmer, die dem Opt-out zugestimmt haben und stellt diese auf Verlangen den zuständigen Behörden zur Verfügung.

§ 7 Abs. 2a ArbZG ist daher in seiner jetzigen Form zu streichen. § 7 Abs. 2a und Abs. 7 sind wie folgt zusammenzufassen:

„Die durchschnittliche wöchentliche Höchstarbeitszeit darf ohne Ausgleich über 48 Stunden hinaus verlängert werden, wenn der Arbeitnehmer schriftlich eingewilligt hat und durch besondere Regelungen sichergestellt wird, dass die Gesundheit des Arbeitnehmers nicht gefährdet wird. (Der Arbeitnehmer kann die Einwilligung mit einer Frist von zwölf Monaten schriftlich widerrufen.) Der Arbeitgeber darf einen Arbeitnehmer nicht benachteiligen, weil dieser die Einwilligung zur Verlängerung der Arbeitszeit nicht erklärt (oder die Einwilligung widerrufen hat).“

III. Fazit

Eine Änderung des Arbeitszeitgesetzes ist dringend nötig. Das deutsche ArbZG in der aktuellen Fassung geht über die Anforderungen der EU-Arbeitszeitrichtlinie hinaus und wird den besonderen Anforderungen im Krankenhaus nicht gerecht.

Eine Neufassung des § 3 ArbZG mit einer Abkehr von der **täglichen Höchstarbeitszeit** ist europarechtskonform und ermöglicht den Krankenhäusern auch ohne abweichende tarifliche Regelung eine sachgerechtere Arbeitszeitgestaltung. Das aktuelle ArbZG führt bei Tarifverhandlungen zu einer „Erpressbarkeit“ der Krankenhäuser. Für sie sind die abweichenden tariflichen Regelungen von existentieller Bedeutung, da aufgrund der originären gesetzlichen Bestimmungen keine vernünftige Arbeitszeitorganisation möglich ist. Besonders deutlich wird dies am Tarifkonflikt mit dem Marburger Bund, dem es nur noch vordergründig um verbesserte Arbeitszeitbedingungen geht.

Die Rückführung des **Opt-out** in § 7 Abs. 2a i.V.m. Abs. 7 ArbZG auf die Bestimmungen der EU-Arbeitszeitrichtlinie ist ein weiteres Instrument zur Flexibilisierung der Arbeitszeit. Momentan wird das Opt-out durch den Tarifvorbehalt unnötig erschwert. In den wenigen Tarifabschlüssen mit Opt-out wurde die Höchstarbeitszeit auf 54 bzw. 58 Stunden begrenzt. Durch den Wegfall des Tarifvorbehalts wären Arbeitgeber und Arbeitnehmer frei in ihrer Entscheidung, ob und in welchem Ausmaß sie das Opt-out in Anspruch nehmen wollen – bis hin zu der in der Europäischen Arbeitszeitrichtlinie vorgegebenen Höchstgrenze.

Eine Änderung des ArbZG in diesem Sinne hat einen entscheidenden Effekt. Es würde den Krankenhäusern maßgeblich erleichtert werden, flächendeckend innovative arbeitszeitrechts- und richtlinienkonforme Arbeitszeitmodelle einzuführen. Momentan scheitert eine vollständige Umsetzung des ArbZG nicht zuletzt am ArbZG selbst.