

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
22. Sitzung

Berlin, den 20.09.2006, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Anhörsaal
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB

TAGESORDNUNG:

Einziges Tagesordnungspunkt

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

BT-Drucksache 16/670

Anlage
Sachverständigenliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Albach, Peter
Bauer, Wolf, Dr.
Eichhorn, Maria
Faust, Hans Georg, Dr.
Hüppe, Hubert
Koschorrek, Rolf, Dr.
Scharf, Hermann-Josef
Spahn, Jens
Straubinger, Max
Widmann-Mauz, Annette
Zylajew, Willi

Blumenthal, Antje
Brüning, Monika
Henrich, Michael
Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
Krichbaum, Gunther
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Michalk, Maria
Philipp, Beatrix
Scheuer, Andreas, Dr.
Zöller, Wolfgang

SPD

Friedrich, Peter
Hovermann, Eike
Kleiminger, Christian
Lauterbach, Karl, Dr.
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Spielmann, Margrit, Dr.
Teuchner, Jella
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Becker, Dirk
Bollmann, Gerd
Ferner, Elke
Gleicke, Iris
Hemker, Reinhold
Kramme, Anette
Kühn-Mengel, Helga
Marks, Caren
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald

FDP

Bahr, Daniel
Lanfermann, Heinz
Schily, Konrad, Dr.

Ackermann, Jens
Kauch, Michael
Parr, Detlef

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Ernst, Klaus
Spieth, Frank

Höger-Neuling, Inge
Knoche, Monika
Seifert, Ilja, Dr.

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Haßelmann, Britta
Koczy, Ute
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	5,21	SV Dr. Karl Blum (Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (DKI))	5,7,19
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	5,6	SV Armin Ehl (Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.)	6,10
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	7	SV Lutz Hammerschlag (Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.)	6,16
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	8	SV Dr. Hans -Jürgen Mass (Bundesärztekammer (BÄK))	6,14,16
Abg. Eike Hovermann (SPD)	9,20	SV Dr. Martin Walger (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	7,8,11,13,14,15,18
Abg. Peter Friedrich (SPD)	10	SV Theo Riegel (VdAK/AEV)	8,9,13,15,17,20
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	11,12,13	SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK))	10,11,13,15,19
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	13,14	SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft e.V. (ver.di))	10,14,19
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	15,16	SV Clemens Platzköster (GEBERA – Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH)	11,20
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	17,19	SVe Heidrun Grünewald (Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e.V. (IVKK))	12,15,19,21
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	17	SV Dr. med. Christian Rossbach (GEBERA – Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH)	16
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	19	SV Dr. Hansjörg Hermes (Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e.V. (IVKK))	18
Abg. Christian Kleiminger (SPD)	19		

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

BT-Drucksache 16/670

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Liebe Kolleginnen und Kollegen, verehrte Gäste! Ich darf Sie recht herzlich begrüßen zu unserer öffentlichen Anhörung zum Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr, Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily und weiterer Abgeordneter der Fraktion der FDP auf BT-Drs. 16/670 „Ausgleich für neue Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern vorziehen“. Wir alle wissen, dass zum 1. Januar 2004 das Arbeitszeitgesetz EU-konform gestaltet sein sollte. Der Bundestag hatte die Frist verlängert, wonach nun alle Kliniken zum 1. Januar 2007 umgestellt haben müssen. Das BMG hat dafür zusätzliche Mittel für die Jahre 2003 bis 2009 zur Verfügung gestellt. Der hier vorliegende Antrag sieht vor, dass diese Mittel ab sofort vollständig abgerufen werden können. Ich darf dazu die Sachverständigen begrüßen, die wir in Absprache mit den Fraktionen und den Obleuten eingehend haben. Des Weiteren darf ich die Vertreter der Bundesregierung, speziell des Gesundheitsministeriums, begrüßen.

Insgesamt liegen uns sieben Stellungnahmen auf den A-Drs. 0094(1-7) vor. Die Abgeordneten möchte ich bitten, bei Ihren Fragen zu berücksichtigen, dass die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der Verband der Universitätskliniken sowie die Arbeitszeitberatung Dr. Hoff abgesagt haben und demnach nicht an der Anhörung teilnehmen.

Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an das Deutsche Krankenhausinstitut, an den Marburger Bund und an die Bundesärztekammer. Die Ergebnisse des Krankenhausbarometers des DKI zur Jahresmitte 2006 zeigen, dass 40 % der Krankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle eingeführt haben. Bei weiteren 32 % waren die neuen Modelle in Arbeit und bei rund 19 % hat es bisher keine Maßnahmen zur Neuorganisation gegeben. Als Hinderungsgrund wird insbesondere die mangelnde Akzeptanz der betroffenen Ärzte angeführt. Daher möchte ich die drei

genannten Institutionen fragen, wie aus Ihrer Sicht die Akzeptanz für neue Arbeitszeitmodelle insbesondere bei den betroffenen Ärzten gesteigert werden kann. Wäre bei einer gesteigerten Akzeptanz bei den betroffenen Ärzten die Umsetzbarkeit von Arbeitszeitmaßnahmen mit den zur Verfügung gestellten Mitteln möglich?

Meine nächste Frage richtet sich an das Deutsche Krankenhausinstitut und den Marburger Bund: Welche Möglichkeiten zur gesetzeskonformen Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes ergeben sich aus den vom Marburger Bund und der Tarifgemeinschaft der deutschen Länder (TdL) abgeschlossenen arzt-spezifischen Tarifverträgen für die kommunalen Krankenhäuser und Universitätskliniken?

Meine letzte Frage richte ich an das DKI: Welche Folgen wären am 1. Januar 2007 zu erwarten, wenn die Übergangsfrist seitens des Gesetzgebers – und das halte ich für sicher – nicht verlängert wird?

SV **Dr. Karl Blum** (Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (DKI)): Es ist sicherlich bekannt, dass ein Hauptgrund für eine geringe Akzeptanz der neuen Arbeitszeitmodelle darin besteht, dass viele Ärzte, insbesondere Assistenzärzte mit Bereitschaftsdienst, befürchten, dass ihre Bereitschaftsdienstvergütungen dadurch wegfallen oder zumindest deutlich reduziert würden. Dieser Haupthinderungsgrund ist mit den neuen Tarifverträgen weitgehend beseitigt worden, weil zum Einen die Bereitschaftsdienstvergütungen nochmals erhöht und zum Anderen weit reichende Opt-out-Regelungen geschaffen wurden, die es den Ärzten weiterhin ermöglichen, teilweise bis zu 58 Stunden in der Woche zu arbeiten.

Des Weiteren befürchten die Ärzte, dass ihnen insbesondere seitens der Krankenhäuser Arbeitszeitmodelle oktroyiert werden könnten, die sie vielleicht nicht mittragen können bzw. die nicht ihren Präferenzen oder ihren Einstel-

lungen entsprechen. Hier ist zu empfehlen, die Arbeitszeitmodelle in den jeweiligen leistungserbringenden Bereichen gemeinsam mit den Ärzten und unter Hinzuziehung ihrer Fachkompetenz möglichst sachgerecht und praxisnah zu entwickeln. Dies dürfte die Akzeptanz der neuen Arbeitszeitmodelle bei den Ärzten weiterhin steigern.

Mit neuen Arbeitszeitmodellen, insbesondere mit regulären Spätdiensten, tun sich Ärzte historisch gesehen deshalb schwer, weil sie es nicht gewohnt sind. Normalerweise beginnen die meisten Ärzte morgens mit ihrem Dienst und arbeiten bis in den Abend hinein bzw. wenn sie Bereitschaftsdienste haben, die Nacht hindurch. Reguläre Spätdienste sind im ärztlichen Dienst – das belegt auch unsere Studie von 2004 – bislang eher selten anzutreffen. Daher müssen sich die Ärzte in den Krankenhäusern an diese neuen Arbeitszeitmodelle erst gewöhnen. Sie werden merken, dass flexiblere Arbeitszeitmodelle auch Chancen und Optionen bieten, sowohl was die Arbeit als auch die Freizeitgestaltung betrifft. Deshalb ist zu erwarten, dass diese eher historisch erklärbaren Ressentiments gegenüber neuen Arbeitszeitmodellen nach und nach verschwinden werden.

SV Armin Ehl (Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.): Zunächst einmal möchte ich eine mangelnde Akzeptanz unter den Ärztinnen und Ärzten in Frage stellen. Ich glaube, die Streikaktionen der letzten Monate haben gezeigt, dass die Ärztinnen und Ärzte an neuen Arbeitszeitmodellen oder an einer geregelten Arbeitszeit sehr interessiert sind. Es ging hier nicht nur um das Geld, sondern im Wesentlichen um die Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Der eigentliche Grund, warum die neuen Arbeitszeitmodelle bis jetzt noch nicht eingeführt wurden, besteht darin, dass das neue Arbeitszeitgesetz im Grunde ein konsequentes Umdenken in den Krankenhausverwaltungen erfordert. Dabei ist es besonders wichtig, dass die Ärztinnen und Ärzte bei diesen Modellen mitgenommen werden, denn bislang haben sie erlebt, dass zwar bestimmte Modelle eingeführt, sie aber letztlich ausgebeutet und die Obergrenzen des Arbeitszeitgesetzes nie eingehalten wurden.

SV Lutz Hammerschlag (Marburger Bund): Seit 1994 beraten wir bereits darüber, wie die

Arbeitszeitregelungen in den Krankenhäusern vernünftig gestaltet werden können. Bei den letzten Tarifverhandlungen sind wir mit einer klaren Zielsetzung herangegangen, und ich finde, dass wir diese Zielsetzung bei den Abschlüssen auch erreicht haben: Wir brauchten erstens einen neuen Tarifvertrag mit Arbeitszeitregelungen, die EU-konform umgesetzt werden, unter Berücksichtigung der EG-Richtlinie, des Arbeitszeitgesetzes und unter Berücksichtigung der Öffnungsmöglichkeiten, die wir vor allem brauchen, um die Haupthinderungsgründe zu beseitigen. Zweitens musste dieser Tarifvertrag sowohl bei der Tarifgemeinschaft der Länder als auch bei der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände umsetzbar sein, er musste finanziert werden können, und drittens musste dieser Tarifvertrag sowohl im kommunalen Bereich als auch an den Universitäten akzeptiert werden.

Das haben wir erreicht, indem wir umgesetzt haben, was im Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts als Lösung bereits angedacht war. Wir haben Öffnungen bezüglich der täglichen Arbeitszeit, bei Bereitschaftsdiensten und bei Rufbereitschaftsdiensten vereinbart. Auch für die wöchentliche Arbeitszeit haben wir Öffnungen mit einem ziemlich hohen Ausgleichszeitraum vereinbart. So ist es uns gelungen, ein Tarifwerk auf die Beine zu stellen, das von allen, auch von der Arbeitgeberseite, akzeptiert wird. Jetzt muss es nur noch in den Krankenhäusern mit Leben erfüllt werden.

SV Dr. Hans-Jürgen Mass (Bundesärztekammer (BÄK)): Zu den Ausführungen meiner drei Vorredner habe ich kaum noch etwas Wesentliches hinzuzufügen. Auch ich gehe mit Blick auf die Einführung neuer Arbeitszeitmodelle in den Krankenhäusern nicht von einer breiten fehlenden Akzeptanz der Ärzte aus. Selbst wenn es daran noch etwas fehlen sollte, würde ich nicht den Schluss daraus ziehen wollen, dass Sinn und Ziel des Antrages, der von uns voll unterstützt wird, deswegen fehlgeschlagen.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Die Frage an das DKI war, welche Folgen Sie für die Krankenhäuser, die bis dahin nicht reagiert haben, erwarten, falls der Gesetzgeber die Übergangsfrist nicht noch einmal verlängert.

SV Dr. Karl Blum (DKI): Das ist im hohen Maße spekulativ. Im diesjährigen Barometer haben wir darauf hingewiesen, dass die Umsetzung bislang noch nicht weit fortgeschritten ist. Erst 23 % der Fachabteilungen und 40 % der Krankenhäuser insgesamt hatten zur Jahresmitte neue Arbeitszeitmodelle eingeführt. Für die Krankenhäuser bedeutet die Umsetzung einer neuen Arbeitsorganisation flächendeckend zum 1. Januar 2007 eine gewaltige Herausforderung, die sie sicherlich nur mit allerhöchsten Anstrengungen meistern können, zumal die finanziellen Mittel für die arbeitszeitbedingten Personalkostensteigerung mittlerweile nicht mehr ausreichen. Es gibt massive Tarifierhöhungen und gesteigerte Bereitschaftsdienstvergütungen, so dass die ursprünglich in Aussicht gestellten 700 Mio. Euro für arbeitszeitbedingte Personalkostensteigerungen in diesem Umfang sicherlich nicht mehr ausreichen werden. Somit werden zum 1. Januar 2007 neben den vielen anderen Belastungen, die auf die Krankenhäuser zukommen, die finanziellen Herausforderungen nochmals besonders in den Vordergrund treten.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die DKG und an den VdAK. Das Krankenhausinstitut hat ermittelt, dass 2005 78,8 % der Krankenhäuser in ihren Entgeltverhandlungen für das Jahr 2005 den zusätzlichen Betrag aus dem eben erwähnten 700 Mio. Euro-Programm geltend gemacht haben. In der Stellungnahme der DKG zum FDP-Antrag wird aber gleichzeitig darauf verwiesen, dass der tatsächliche Verbreitungsgrad neuer Arbeitszeitorganisationen bei lediglich 23 % liegt.

Wie kann sichergestellt werden, dass die zur Verfügung gestellten Mittel auch tatsächlich für den Aufbau und die Umsetzung neuer Arbeitszeitprogramme eingesetzt werden? Was sind aus Ihrer Sicht die Gründe, warum vor allem kleinere Krankenhäuser Mittel aus dem 700 Mio. Euro-Programm nicht abrufen?

SV Dr. Martin Walger (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Über 70 % der Krankenhäuser haben neue Arbeitszeitmodelle eingeführt, aber nur in 23 % der Krankenhausbereiche, d. h. in Abteilungen oder Funktionsbereichen, sind die neuen Modelle flächendeckend eingeführt worden. Die Konsequenz heißt nicht, 80 % Mittel abfordern und nur

23 % umsetzen, sondern dass sich mit den 80 % abgeforderter Mittel aus dem 700 Mio. Euro-Programm 23 % der Krankenhausbereiche flächendeckend mit einer neuen Arbeitszeitorganisation ausstatten lassen. Das heißt, die Mittel reichen nicht aus.

Die zielgerichtete Verwendung dieser Mittel wird durch drei Maßnahmen sichergestellt: Erstens muss das Krankenhaus gegenüber den Kostenträgern eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung nachweisen, die eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zum Inhalt hat. Als zweites muss das Krankenhaus nachweisen, dass zusätzliche Personalkosten zur Einhaltung des neuen Arbeitszeitrechtes finanzierbar sind. Drittens möchte ich auf § 6 Abs. 5 Bundespflegegesetzverordnung verweisen, wonach die Mittelverwendung sozusagen schiedsstellenfest sein muss.

Zum zweiten Teil Ihrer Frage, warum kleine Krankenhäuser die Mittel vergleichsweise wenig abfordern, kann ich sagen, dass zum Einen die Umsetzung des neuen Arbeitszeitgesetzes in kleinen Krankenhäusern ganz besonders schwierig ist, denn mit einer Mindestbesetzung und kleinen Strukturen schlagen zusätzliche Personalkosten entsprechend hoch zu Buche. Das heißt, die kleinen Krankenhäuser werden mit diesen 0,2 % Zusatzmitteln relativ schlecht bedient im Vergleich zu anderen. Zum Zweiten sind kleine Krankenhäuser überdurchschnittlich häufig in den Tarifbereichen zu finden, die im Sommer 2006 noch keine neuen arbeitszeitgesetzkonformen Tarifabschlüsse haben. Das sind insbesondere freigemeinnützige und in Teilen auch die privaten Kliniken. Solange aber ein solcher arbeitszeitgesetzkonformer Tarifabschluss noch nicht vorliegt, kann das Krankenhaus mit seiner Arbeitnehmervertretung auch noch keine Vereinbarungen abschließen. Es ist aber absehbar, dass sich die Situation durch den Abschluss weiterer arbeitszeitgesetzkonformer Tarifverträge verbessern wird.

Zudem haben kleinere Krankenhäuser überdurchschnittlich große Schwierigkeiten, Ärzte zu rekrutieren. Somit fehlt ihnen zusätzliches Personal, das zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes neben Umorganisationen letztendlich wirklich erforderlich ist. Das DKI und die DKG gehen davon aus, dass 20 000 zusätzliche Ärzte erforderlich sind.

SV Theo Riegel (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Insgesamt haben 79 % der von uns überprüften Krankenhäuser bisher von der Regelung Gebrauch gemacht. Für diese Ermittlung haben wir mit Stand vom 15. August 2006 die Budgetvereinbarungen von 2065 Krankenhäusern ausgewertet, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden. Ob große oder kleine Krankenhäuser dies in Anspruch nehmen, kann nicht unterschieden werden, weil die Zahlen in den Ländern unterschiedliche Aussagen liefern. Es haben beispielsweise in Brandenburg, Bremen und im Saarland 100 % der Krankenhäuser die Regelungen in Anspruch genommen, wobei das Länder mit eher kleinen Krankenhäusern sind. Am Ende der Skala liegen Berlin und Hamburg mit 51 % Inanspruchnahmerate, und hier vermute ich eher größere Krankenhäuser. In Hamburg könnte diese niedrige Rate dadurch erklärt werden, dass die LBK Hamburg GmbH, die hier großflächig vertreten ist, schon seit einigen Jahren eine moderne Arbeitszeitregelung hat und deshalb keine Mittel für eine Umstellung beansprucht.

Besorgniserregend ist für uns, dass bei rund 80 % Inanspruchnahme nur 23 % der Krankenhäuser diese Modelle tatsächlich eingeführt haben. Das bedeutet im Grunde, dass nur ein Viertel zu Recht diese Mittel bekommt, drei Viertel hat die Mittel beantragt, ohne neue Arbeitszeitmodelle umzusetzen. Das ist genau der Grund, weshalb wir dem hier vorliegenden Antrag ablehnend gegenüber stehen. Wir denken, dass dann zusätzliche Mittel vorzeitig in Anspruch genommen würden – die Welle der Anträge würde auf 100 % hochschnellen – ohne Gewährleistung, dass diese Mittel auch zielgerichtet in diese Arbeitszeitmodelle fließen. Das ist unser großes Problem. Um die Umsetzung zu gewährleisten, müsste die Kontrolle erhöht werden, denn nur eine unterschriebene Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung reicht offensichtlich nicht aus. Wie die Zahlen ganz klar zeigen, unterschreiben die Arbeitnehmervertretungen diese Abkommen auch, wenn es in der Realität die Modelle nicht gibt. Sich auf diese unterzeichneten Erklärungen zu verlassen, ist aber laut Gesetz bisher die einzige Möglichkeit der Überprüfung für die Kassen. Wenn hier stringenter nachgeprüft werden soll, müssten die Nachprüfmöglichkeiten im Gesetz erweitert werden.

Das heißt, es müsste eine Vorlagepflicht implementiert werden, wonach die Krankenhäuser tatsächlich darzulegen haben, welches Modell sie fahren und was sie realisiert haben. Aber da wir diese Art von Kontrolle mit den DRG-Fallpauschalen abschaffen wollten, müsste z. B. im Rahmen der Qualitätssicherung festgelegt werden, dass die Krankenhäuser öffentlich zu machen haben, ob sie moderne Arbeitszeitmodelle haben und damit den Patienten ausgeübte Ärzte präsentieren können.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich würde vom VdAK/AEV und von der DKG gerne wissen, in welchem Umfang – von den prozentualen Anteilen haben wir schon gehört – die finanziellen Mittel in der Vergangenheit in Anspruch genommen wurden und wie sie die Entwicklung für die Zukunft einschätzen. Meine an den letzten Beitrag anschließende Frage lautet, ob die Mittel in die neuen Arbeitszeitmodelle geflossen sind oder ob Sie hier Mitnahmeeffekte beobachten konnten.

SV Theo Riegel (VdAK/AEV): Wie gesagt, haben 79 % der Krankenhäuser Anträge gestellt. Das realisierte Finanzvolumen liegt nach unseren Berechnungen mit 92 % höher, was damit zusammenhängt, dass unserer Meinung nach die seinerzeit errechneten 100 Mio. Euro pro Jahr zu niedrig angesetzt wurden. Schon damals hatten wir gesagt, dass mindestens 150 Mio. Euro jährlich anfallen werden, was aber im Nachhinein etwas zu hoch angesetzt war. Dennoch stellen wir bei diesen Zahlen heute eine Überdeckung von 15 % fest. Das heißt, das realisierte Finanzvolumen liegt um 15 % höher als der Anteil der Krankenhäuser. Würde der Antrag so realisiert werden, würde das für uns bedeuten, dass wir die für die kommenden drei Jahre insgesamt anstehenden 300 Mio. Euro vorfinanzieren müssten, sollten wieder die 100 Mio. Euro angesetzt werden. In der Realität aber sollten die Mittel um 15 % höher ausfallen, was wiederum bedeuten würde, dass die Mehrkosten für die GKV ab 2006 350 Mio. Euro betragen würden.

SV Dr. Martin Walger (DKG): Die von Herrn Riegel genannten Zahlen entsprechen auch den Zahlen des DKI. Die Beantragungsquote schwankt zwischen ca. 75 und 80 %. Hierbei möchte ich richtig stellen, dass 72 % der Krankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle

eingeführt haben oder dies konkret planen. Damit haben sie nach den Regelungen der Bundespflegeverordnung Anspruch auf die Zusatzmittel. Die 23 %, die im DKI-Gutachten stehen, beziehen sich auf die Fläche, d. h. für die Veranschlagung der Mittel reicht es aus, wenn ein Krankenhaus in einer Abteilung ein neues Modell einführt. Das heißt aber nicht, dass das Krankenhaus in jeder Abteilung und in jedem Bereich das Arbeitszeitgesetz umgesetzt hat. Das ist der entscheidende Unterschied.

Bezüglich der Kontrollierbarkeit möchte ich daran erinnern, dass die genannten, in der Bundespflegeverordnung enthaltenen Bedingungen wie Abschluss einer Vereinbarung mit den Arbeitnehmervertretern und Nachweis des Krankenhauses, dass Zusatzkosten zu refinanzieren sind, seinerzeit auf Wunsch der Krankenkassen so aufgenommen worden sind. Lassen Sie uns bitte nicht dem Glauben verfallen, dass es keinerlei Möglichkeiten der Kontrolle gibt. Ich habe bisher von keiner Stelle etwas Gegenteiliges gehört, als dass die Mittel für das eingesetzt werden, wofür sie gesetzlich gedacht sind, nämlich für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen. Das Problem besteht nur darin, dass die 100 Mio. Euro pro Jahr nicht ausreichen. Mit dieser Summe kann lediglich ein halber Arzt pro Krankenhaus finanziert werden.

Abg. **Eike Hovermann** (SPD): Eigentlich müssten wir uns jetzt über den Dissens zwischen VdAK und DKG unterhalten, was die Bewertung der Vergabe und der Nutzung von Geldern angeht. Es muss doch möglich sein, zu ermitteln, welche Mittel nur Mitnahme gewesen sind und was wie umgesetzt worden ist.

Meine eigentliche Frage aber geht an den VdAK/AEV und an den Marburger Bund sowie in einer Teilfrage an den Bundesverband der Deutschen Privatkliniken. Im Zusammenhang mit den eben geäußerten geldlichen Perspektiven bleibt die Frage, welcher Finanzbedarf entsteht, wenn ab Januar 2007 in allen Krankenhäusern die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes erfüllt werden müssen. Reichen die entsprechenden gesetzlichen Regelungen im Rahmen des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegeverordnung aus, um diesen Finanzbedarf zu decken? Gibt es hier nicht doch einen Unterschied zwischen großen und

kleinen Häusern, was die Bewältigung anbelangt?

Meine nächste Frage richtet sich an den Marburger Bund: Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass die DKG mehrfach mit übertriebenen Mehrkosten in Milliardenhöhe für die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes argumentiert hat. Könnten Sie bitte erklären, wie Sie zu dieser Einschätzung kommen und dies auch ein wenig differenzieren, weil der Begriff Krankenhaus sehr umfänglich ist. Es gibt private, kommunale und kirchliche Träger und mit Sicherheit gestaltet sich dies sehr unterschiedlich. An dieser Stelle würde ich auch gerne den Bundesverband der Deutschen Privatkliniken nach seinen Erfahrungen mit dieser umfangreichen Problematik befragen.

SV Theo Riegel (VdAK/AEV): In Bezug auf Ihre letzte Frage kann ich Ihnen anbieten, die von uns erhobenen Daten differenziert in 100-Betten-Schritten auszuwerten, da wir jede einzelne Budgetvereinbarung bei uns im System präsent haben. Das heißt, ich kann die Daten in alle Richtungen auswerten. Sie müssten mir nur sagen, wo bei Ihnen die Grenze zwischen groß und klein ist. Dann stelle ich Ihnen die Auswertung (vgl. Anlage) auch differenziert nach Trägerschaft gerne zur Verfügung. Für heute habe ich nur die Länderauswertung mitgebracht. Ich behaupte aber, es unterscheidet sich nicht zwischen großen und kleinen Krankenhäusern, sondern meines Erachtens nach dem vorhandenen Willen, diese Modelle umzusetzen. Man kann keine äußeren strukturellen Merkmale, die flächendeckend maßgebend sein könnten, ausmachen.

Der große Unterschied zwischen den Einschätzungen der DKG und der Kassenverbände ist der, dass für uns wichtig ist, welches Krankenhaus tatsächlich neue Arbeitszeitmodelle einsetzt und nicht, welches das plant, denn letzteres ist wenig konkret. Realisiert haben das 40 % der Krankenhäuser, aber nicht im gesamten Spektrum, sondern nur in einem Teilspektrum von 23 %. Das bedeutet, dass drei Viertel der Mittel, die wir heute für dieses Projekt einsetzen, falsch verwendet werden. Das ist ein Fakt, der auch in den Stellungnahmen der anderen Verbände aufgeführt ist. Wenn wir nun 300 Mio. Euro für die Jahre 2007 bis 2009 vorfinanzieren, fließen davon genau 75 Mio. Euro in konkrete Arbeitszeitmodelle und 225

Mio. Euro in irgendwelche anderen Kanäle. Das ist unser Problem.

SV Armin Ehl (Marburger Bund): Die Frage nach den Pauschalen, nach den genauen Umrechnungen und nach der genauen Differenzierung nach großen, mittleren und kleinen Krankenhäusern ist tatsächlich schwer. Wir sagen, dass die Zahlen der DKG in der Regel zu groß sind, weil sie bei ihren Berechnungen einfach von einer 1:1-Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes ausgehen und damit ein Drei-Schicht-Modell hochrechnen. Wir sind aber davon ausgegangen, dass man durch flexiblere Arbeitszeitgestaltung, wie es auch in den neuen Tarifverträgen festgelegt ist, auf nicht so hohe Kosten kommt.

Zum Zweiten wird nun gesagt, dass durch die Tarifabschlüsse zusätzlich hohe Kosten entstehen würden. Wir haben diese Kosten wesentlich geringer gerechnet, weil bis jetzt noch gar keine höheren Kosten entstanden sind. Die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, auch die Ärzte, haben nach Einführung des TVöD bislang Besitzstandswahrung, und somit wurden noch keine höheren oder geringeren Kosten durch den TVöD in Anschlag gebracht. Im Grunde genommen hat sich seit Ende letzten Jahres in den Personalbudgets nicht viel verändert. Mit den Vereinbarungen haben wir nur verhindert, dass der TVöD finanziell zum Tragen kommt und die Ärzte keine massiven Einkommensverluste haben. Wir rechnen durchschnittlich mit 1,5 bis 4 %, was im Verhältnis zum BAT als zusätzliche Kosten aufgerechnet werden muss.

Auf jeden Fall aber möchte ich davon abraten, weitere bürokratische Hürden zum Nachweis der Verwendung dieser Mittel aufbauen zu wollen. Wir haben von Krankenhausbudgetverhandlungen erfahren, bei denen die Krankenkassen diese Mittel tatsächlich freigegeben haben, wenn die entsprechenden Nachweise vorgelegt wurden, aber an anderer Stelle wieder Gelder abgezogen haben, so dass Viele in der praktischen Umsetzung davor zurückschrecken, diese Mittel überhaupt zu beantragen.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)): Ich glaube, das große Problem besteht darin, dass der deutsche Arbeitszeitgesetzgeber ohne Not die Vorgaben der europäischen Arbeitszeitrichtlinien

verschärft hat. Er hat die auf europäischer Ebene bestehende Möglichkeit, Arbeitszeiten im Rahmen von 48 Stunden wöchentlich zu regeln, nicht in deutsches Recht umgesetzt, sondern hat maximal acht Stunden täglich vorgegeben. Abweichungen sind durch Tarifverträge zwar möglich, aber mit den Gewerkschaften auszuhandeln.

Hier fängt für uns das Problem an, denn es bringt die Gewerkschaften in eine sehr exponierte Stellung, wie an den derzeit explosiven Tarifauseinandersetzungen in deutschen Krankenhäusern erkennbar ist. Wenn Sie die Umsetzung eines EU-konformen deutschen Arbeitszeitgesetzes erreichen wollen, geht der Weg nur über die Gewerkschaften, die im Moment sowohl für die Ärzte als auch für das Pflegepersonal sehr hohe Forderungen stellen. Fest steht aber, dass wir ab dem 1. Januar 2007 arbeitszeitkonforme Regelungen haben müssen. Die Frage, was wir bereits heute einsetzen oder ob den Krankenhäusern Missbrauch unterstellt wird, stellt für mich eine akademische Diskussion dar. Denn die Krankenhäuser kommen nicht umhin, arbeitszeitrechtlich konforme Regelungen umzusetzen und die Kosten zu zahlen.

Abg. Peter Friedrich (SPD): Ich würde gerne noch einmal auf die Frage der Diskrepanz zwischen Mittelabruf und flächiger Einführung der Arbeitszeitmodelle eingehen und richte deshalb meine Fragen an ver.di und die GEBERA: Welche Kontrollmechanismen sehen Sie, um diese Diskrepanz zu verringern? Inwieweit spielt die Verwendung der Mittel bei den abzuschließenden Betriebsvereinbarungen eine Rolle?

SV Herbert Weisbrod-Frey (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e.V. (ver.di)): Zunächst einmal möchte ich darauf hinweisen, dass entsprechende Vereinbarungen nicht nur für die Ärzte, sondern auch für das Pflege- und medizinisch-technische Personal geschlossen werden.

Enorme Probleme sehen wir darin, dass die Kontrolle durch die Arbeitsschutzbehörden – die Aufsichtsbehörden der Länder – aufgrund eines dortigen Personalmangels völlig fehlt. Es ist aber nicht Aufgabe der Krankenkassen, im Nachhinein festzustellen, inwieweit Mittel verbraucht worden sind. Dies wäre die Aufga-

be der Länder. Auch gibt es sehr große Unterschiede unter den Einrichtungen. So haben einige anscheinend ohne Probleme die Einführung realisieren können, während andere es nicht schaffen. Mit den Mitteln kann sicherlich angeschoben, aber kein dauerhafter Ausgleich erreicht werden. Dies muss aus den laufenden Ausgaben erfolgen.

SV Clemens Platzköster (GEBERA - Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH): Bezüglich der Kontrollmechanismen schließe ich mich der Meinung des Vorredners an. Die Überprüfung der Arbeitszeitregelungen auf Gesetzeskonformität in den abzuschließenden Tarifvereinbarungen müsste Aufgabe der Arbeitsschutzbehörden sein. Wir haben in den Krankenhäusern, die wir in den vergangenen zwei Jahren bei der Entwicklung und Umsetzung von Arbeitszeitmodellen begleitet haben, festgestellt, dass die Arbeitsschutzbehörden sehr unterschiedlich agieren. Einige wollen von den Einrichtungen sehr genau wissen, wie sich die Umsetzung in Zukunft entwickeln wird, vor allem, wenn es im Vorfeld dieser Neuregelung bereits Verstöße gegen das vorherige Arbeitszeitgesetz gegeben hat. Andererseits gibt es aber auch Aufsichtsbehörden, die bei ihren Kontrollen eher zurückhaltend waren, weil viele Grundvoraussetzungen noch nicht geklärt waren, die Tarifabschlüsse hatten sich hinaus gezögert und keiner wusste, mit welchen Bausteinen der Arbeitszeitgestaltung tatsächlich zu rechnen war.

Die neuen Arbeitszeitregelungen sind in die Betriebsvereinbarungen zu überführen. Ob die Mittel auch sachgerecht verwendet wurden, konnte ich bei den Diskussionen über die Betriebsvereinbarungen im Detail nicht verfolgen.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Zunächst einmal möchte ich von der DKG und dem Bundesverband der Deutschen Privatkliniken wissen, wie Sie das von uns geforderte Vorziehen der Mittel aus dem Förderprogramm beurteilen, speziell im Hinblick auf die vorweg unterschiedlich geschilderte Situation, auf die Herr Hovermann aufmerksam gemacht hat.

Wie sehen Sie dies im Zusammenhang mit den Belastungen, die in Form der Mehrwertsteuererhöhung und der geplanten Anschubfinanzierungen für hochspezialisierte Leistungen und

integrierte Versorgung auf Sie zukommen? Wie beurteilen Sie die vor Ihnen liegende finanzielle Situation, wenn gesagt wird, dass die Mittel nicht ausreichen? Behindern zudem diese Mehrbelastungen die Umsetzung der neuen Arbeitszeitmodelle?

SV Dr. Martin Walger (DKG): Die jetzige Regelung der zeitlich gestaffelten Mittelvergabe macht ab dem Jahr 2007 keinen Sinn, weil die Krankenhäuser das Gesetz dann umsetzen müssen. Wir begrüßen daher den Antrag der FDP-Fraktion, die Mittel für 2007 bis 2009 nach vorne zu ziehen. Das ist keine ausreichende, sondern eine notwendige Bedingung.

Im Jahr 2006 hatten wir eine Absenkung der Grundlohnrate auf 0,63 %, d. h. unter dem Strich ein Minus von 150 Mio. Euro für die Krankenhäuser. Wenn wir das gegen die 100 Mio. Euro für 2006 für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen rechnen, dann ist es für die Krankenhäuser leider ein Minusgeschäft. Für das Jahr 2007 stehen ein Sanierungsbeitrag zur Diskussion, den die Krankenhäuser in Höhe von 500 Mio. Euro zahlen müssen, sowie eine verlängerte Anschubfinanzierung für die Integrationsversorgung in Höhe von 500 Mio. Euro und eine zusätzliche Anschubfinanzierung für die Erbringung hochspezialisierter ambulanter Leistungen im Krankenhaus in Höhe von 250 Mio. Euro. Die Mehrwertsteuererhöhung wird in den Krankenhäusern mit ca. 500 Mio. Euro zu Buche schlagen. Das sind insgesamt 1,75 Mrd. Euro, die den 100 Mio. Euro zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen gegenüberstehen.

Nach dieser unpopulären Prognose wird das Arbeitszeitgesetz ab dem 1. Januar 2007 nicht flächendeckend umgesetzt werden können. Den Krankenhäusern kann daraus kein Vorwurf gemacht werden, denn ich kenne kein Krankenhaus, das sich nicht gesetzeskonform verhalten will. Aber angesichts der gegebenen und im Jahr 2007 wahrscheinlichen Mittelverteilung ist es fraglich, ob das überhaupt möglich ist.

SV Thomas Bublitz (BDPK): Wir teilen die Einschätzung der DKG. Auch wenn die Vergütung im Bereich der privaten Träger für ärztliche Bereitschaftsdienste etc. teilweise besser war, wird es vor dem Hintergrund der Belastungen, die Herr Dr. Walger geschildert hat, zu

erheblichen Problemen für die Kliniken kommen. Für die Umsetzung bleiben noch drei Monate. Unsere intensiven Tarifverhandlungen mit den Gewerkschaften gestalten sich deshalb schwierig, weil nicht nur die Umsetzung von Arbeitszeitregelungen im Fokus steht, sondern diese auf der Gewerkschaftsseite auch mit einer klaren Erwartungshaltung verbunden wird. Ob in dieser schwierigen Lage Tarifverträge vorschnell abgeschlossen werden und die Umsetzung auf der Gehaltsseite somit teuer erkauft wird, sollte angesichts der finanziellen Situation der Krankenhäuser gut überlegt sein.

Im Übrigen ist für kleine Krankenhäuser die Umsetzung konformer Arbeitszeitregelungen erheblich problematischer, weil sie über einen entsprechend kleineren Personalstamm verfügen und daher weniger flexibilisieren können.

Das große Problem sehen wir in der Kopplung des Arbeitszeitgesetzes an tarifvertraglichen Regelungen, weil hier zwei Komponenten zusammen kommen, die nicht mehr voneinander zu trennen sind.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich möchte diesen Komplex weiterreichen an den Interessenverband der kommunalen Krankenhäuser und frage Sie, wie sich die Umsetzungssituation speziell aus Ihrer Sicht darstellt und welche Spielräume Sie für die Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle in diesem Zusammenhang sehen, auch unter Berücksichtigung dieser angesprochenen gesamtfinanziellen Situation und eventuell auch schon unter Berücksichtigung der mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz geplanten Maßnahmen.

Sve **Heidrun Grünewald** (Interessenverband kommunaler Krankenhäuser e.V. (IVKK)): Als Geschäftsführerin einer großen Klinik kann ich einige der hier gesagten Dinge unterstreichen. Wir bemühen uns, die Arbeitszeitgesetze umzusetzen und verhandeln mit den Kostenträgern bzw. mit den Krankenkassenverbänden sogar namentlich. Der Nachweis wird geführt, die Mittel werden abgerufen. Wir unterstützen ausdrücklich diesen Antrag, denn wir brauchen das Geld natürlich sofort, wenn wir das Gesetz umsetzen sollen.

Auch in einem Großklinikum gibt es die gleichen Probleme wie in einer kleinen Klinik, denn nicht alle Abteilungen sind groß und

haben genügend Ärzte, die für die verschiedensten Arbeitszeitmodelle zur Verfügung stehen. Die Verwaltungen bemühen sich sehr, gemeinschaftlich mit den Ärzten Regelungen zu finden, aber fachübergreifende Dienste in einem Klinikum mit verschiedenen Fachrichtungen finden aus der Fachkenntnis heraus wenig Akzeptanz.

Bisher haben wir 740 000 Euro in drei Jahren abgerufen. Das sind 11 Vollkräfte (VK), aber tatsächlich kosten diese 11 VK nach den Tarifentwicklungen dieser drei Jahre schon 165 000 Euro mehr, weshalb etwa 2,5 bis 3 VK wieder abgezogen werden müssten. Die Umsetzungsmöglichkeiten für die Arbeitszeitmodelle werden somit wieder eingeschränkt.

Die Mittel, die wir bisher bekommen haben, helfen uns, aber sie reichen nicht aus. Wir haben seit 1997 keine Ausfinanzierung von Tarifsteigerungen, d. h. der Krankenhaussektor hat sich rationalisiert, wir haben Kosten eingespart und Prozesse optimiert. Allein die Umstellung vom BAT auf den TVöD verursachte bei uns Kosten in Höhe von 11 Mio. Euro. Wir sind ein kommunales Krankenhaus mit positivem Ergebnis, kein Subventionsfall. Trotzdem haben wir mit der neuen Gesetzgebung und den zu erwartenden Tatbeständen, die die DKG bereits aufgeführt hat, riesige Probleme, weil dies ab dem 1. Januar 2007 bezogen auf unser Haus 8 Mio. Euro Mehrkosten ausmachen wird.

Zusätzlich haben wir als Krankenhaus in der Lausitz Schwierigkeiten, Ärzte zu akquirieren, weil insbesondere Fachärzte dort hingehen, wo sie über Tarif oder höher bezahlt werden. Aus diesem Grunde fordern wir von den Gewerkschaften, einen Branchentarifvertrag zu gestalten, damit gleiche Bedingungen und Regelungen auch für unterschiedliche Trägergruppen gelten.

Wir sind bestrebt, die Arbeitszeitgesetze umzusetzen, und haben nichts gegen Kontrollen. Wir wollen die Akzeptanz der Ärzte, besonders die der Frauen, da Frauen im Arztberuf zunehmen und folglich Arbeitszeitmodelle, die sich im Einklang mit der Familie befinden, besonders gefragt sind. Aber dafür brauchen wir dieses Geld und deshalb bitten wir Sie, diesen Antrag durchzusetzen.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Vorhin wurde gesagt, dass es bezüglich der Probleme keinen Unterschied mache, ob es sich um kleinere oder größere Häuser handelt. Wir fragen uns aber, inwieweit sich die finanziellen Belastungen, zu denen die Vertreter der DKG und des Verbandes der Privatkliniken vorhin schon Stellung genommen haben, nicht doch unterschiedlich auswirken und ob man das in irgendeiner Weise noch berücksichtigen sollte.

SV Dr. Martin Walger (DKG): Beide Aussagen sind richtig: Einerseits haben die kleinen Krankenhäuser nach dem Ergebnis der DKI-Studie die Mittel unterdurchschnittlich beantragt, andererseits gibt es länderspezifische Verteilungen, von denen Herr Riegel gesprochen hat.

Ich bin nicht sicher, ob sie mit Ihrer Frage darauf abzielen, differenziert Mittel zuführen oder differenziert Mittel abziehen zu wollen. Die Krankenhäuser fordern 500 Mio. Euro für die Sanierung. Mit dieser Summe könnte ca. die Hälfte aller Entbindungen pro Jahr in Deutschland finanziert werden, d. h. wenn diese 500 Mio. Euro den Krankenhäusern abgezogen würden, müsste etwa die Hälfte aller Geburten in Deutschland gratis gemacht werden. Für eine Differenzierung nach Leistungsfähigkeit könnte beispielsweise bei den Mindererlösausgleichen angefangen und hier eine neue Regelung getroffen werden. Ich möchte aber zu bedenken geben, dass in diesem Jahr der Mindererlösausgleich eine sehr große Rolle spielt, weil viele Krankenhäuser massiv von Streiks betroffen waren.

SV Thomas Bublitz (BDPK): Ich teile die Einschätzung, dass es unter dem Strich für kleinere Häuser schwierig sein wird. Nach den neuen Regelungen des Arbeitszeitgesetzes ist die Aufrechterhaltung des Bereitschaftsdienstes über 24 Stunden in einer Abteilung nur mit drei Vollzeitkräften im Arztbereich möglich. Nicht berücksichtigt sind dabei die zusätzlich anfallenden Zeiten durch Urlaub oder Krankheit. Wenn man dies auf kleine Regelversorgungs-krankenhäuser im ländlichen Bereich projiziert, kann man die Dimension erkennen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Vom VdAK/AEV hätte ich gerne gewusst, wie aus seiner Sicht eine zielorientierte Verwendung

der Mittel besser gewährleistet werden könnte, wenn momentan nur 23 % der Mittel tatsächlich zielorientiert verwendet werden und es diese regionalen Unterschiede bei der Abrufung gibt. Gibt es einen Unterschied hinsichtlich der Umsetzung von Arbeitszeitvereinbarungen zwischen privaten und öffentlichen Krankenhäusern? Gibt es Unterschiede zwischen kommunalen und Landeskrankenhäusern?

Meine nächsten Fragen richten sich an ver.di: Welche Vorschläge für bessere Umsetzungsbedingungen machen Sie, wenn nach Ihren Ausführungen die Kriterien für die Gewährung der Zuschüsse zur Einführung neuer Arbeitszeitmodelle nicht konkret genug sind? Welche Gefahren erwachsen für die Beschäftigten der Kliniken durch die Opt-out-Regelungen hinsichtlich der befristeten Arbeitsverträge und wie können Angestellte durch die Personalvertretungen geschützt werden?

Hält die Bundesärztekammer den Vorschlag der DKG aus medizinischer Sicht für verantwortbar, wonach die durchschnittliche wöchentliche Höchstarbeitszeit über 48 Stunden hinaus ohne Ausgleich als Opt-out-Regelung verlängert werden darf?

Von der DKG wüsste ich gern, welche Hoffnungen Sie auf die Verhandlungen in Brüssel setzen, die bestehende Arbeitszeitrichtlinie zu ändern. Welche Vorschläge haben Sie diesbezüglich unterbreitet?

SV Theo Riegel (VdAK/AEV): Wie bereits erwähnt, werden wir dem Ausschuss eine Liste aller Krankenhäuser zur Verfügung stellen, sortiert nach Bundesland, Größenordnung und Trägerschaft. Diese 23 % habe ich dem DKI-Barometer und der Stellungnahme der DKG entnommen, weil wir als Kostenträger das nicht erheben können.

Das Gesetz ist sehr vage formuliert. Für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen müssten jedoch zumindest Eckpfeiler einer idealen oder einer besseren Lösung definiert werden, damit die Länderbehörden einen Abgleich vor Ort machen können. Oder die Merkmale für bessere Arbeitszeitbedingungen werden im Rahmen von Qualitätssicherungen oder Zertifizierungsverfahren definiert, um die Überprüfung im Krankenhaus umsetzen zu können.

Da 80 % der Krankenhäuser die Mittel beantragt, aber erst 23 % die neuen Arbeitszeitmodelle realisiert haben, werden sie meiner Meinung nach das Gesetz zum 1. Januar 2007 nicht flächendeckend einführen können. Hier werden eher die genannten Belastungen, die auf die Krankenhäuser zukommen, zum Tragen kommen. Darum ist es mir wichtig, dass deutlich wird, wofür die Gelder gebraucht werden. Wir wissen, was die Krankenhäuser finanziell belastet und deshalb befürchten wir, dass die zusätzlich geforderten Mittel wie auch die bereits bewilligten in falsche Kanäle fließen werden.

Es müssen von Kostenträgerseite zwangsläufig Möglichkeiten gefunden werden, das zu ändern. Nicht nur das DKI, auch andere Modelle zeigen, dass man das sogar völlig kostenneutral hätte machen können. Die Bereitschaftsdienste in den Krankenhäusern sind in der Vergangenheit auch von uns finanziert worden, teilweise teurer als die Normaldienste, denn die Bereitschaftsdienstzuschläge – klar gestaffelt nach Inanspruchnahme des Arztes bzw. des Personals während eines Bereitschaftsdienstes – haben im Schnitt zu höheren Vergütungen geführt. Hier gibt es also Einsparpotenzial. Außerdem stiegen die Ausgaben auch im ersten Halbjahr 2006 für den Krankenhausbereich um 3,8 %, obwohl wir seit zwei Jahren einen Rückgang bei der Verweildauer und den Fallzahlen zu verbuchen haben. Das heißt, die Nettoinanspruchnahme der Krankenhäuser sinkt. Auch hier haben wir Spielraum, um Mittel für andere Dinge einzusetzen. Wir kommen daher zu dem Ergebnis, dass die jetzigen Mittel mehr als ausreichend sind. Auch das DKI hat in seiner Studie, die vom BMG damals in der Presseerklärung übernommen wurde, ermittelt, dass die im Gesetz enthaltene Regelung völlig ausreichend ist.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di): Die einzige Voraussetzung für die Gewährung der Zuschüsse lautet, dass die Mittel zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen eingesetzt werden, weil dies Personalkosten nach sich zieht. Wir haben aber erlebt, dass in einigen Krankenhäusern diese Mittel für die Bezahlung von Überstunden verwendet wurden, was jedoch nicht nachhaltig ist. Uns aber geht es um nachhaltige Verbesserung, damit der Arbeitszeitschutz auf Dauer eingehalten werden kann.

Hier bedarf es nach unseren Vorstellungen noch einer Konkretisierung.

Dass durch die so genannten Opt-out-Regelungen Abweichungen von den Tarifverträgen ermöglicht werden, wirft für uns die Frage auf, was der Arbeitsschutz eigentlich für einen Grundwert hat. Er soll die Arbeitnehmer gesund erhalten und ermöglichen, dass sie bis zur Rente arbeiten können. Er soll entsprechende Arbeitsbedingungen schaffen, damit keine Fehler gegenüber den Patienten gemacht werden. Die Gewerkschaften haben den Arbeitsschutz in ihren Vereinbarungen ernst zu nehmen. Der Betriebsablauf muss den Schutz der Arbeitnehmer und den Schutz der Patienten gewährleisten.

SV Dr. Hans-Jürgen Maas (BÄK): Die Vorstellungen der DKG hält die Bundesärztekammer für nicht akzeptabel, weil ein effektiver und ausreichender Gesundheits- und Arbeitsschutz nicht nur für Busfahrer, Piloten und nahezu alle Berufsgruppen gelten muss, sondern auch für die Ärztinnen und Ärzte in unseren Krankenhäusern.

SV Dr. Martin Walger (DKG): Von den Verhandlungen in Brüssel wünschen wir uns eine Differenzierung zwischen aktiven und inaktiven Phasen während des Bereitschaftsdienstes, wie es die EU-Kommission vorgeschlagen hat. Das eine ist Arbeitszeit, das andere nicht. Auch wünschen wir uns die Beibehaltung der Opt-out-Regelungen, weil jeder einzelne Arbeitnehmer dadurch die Möglichkeit hat, seine Arbeitszeit in gewissen Grenzen selbst zu bestimmen.

Da wir aber schon seit Jahren vergeblich darauf warten, dass sich in Brüssel etwas tut, bitten wir insbesondere die Bundesregierung, das deutsche Arbeitszeitgesetz zu ändern. Das Problem besteht derzeit für uns darin, dass über die Überschreitung der gesetzlichen Höchstarbeitszeit von acht Stunden pro Tag mit den Tarifpartnern teuer verhandelt werden muss.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.): Ich würde vom Bundesverband Deutscher Privatkliniken gerne wissen, ob Sie den Umsetzungsstand der neuen Arbeitszeitregelungen im privaten und im öffentlichen Bereich kennen und vom Inte-

ressenverband der kommunalen Krankenhäuser, ob dort in besonderer Weise Probleme existieren.

SV Thomas Bublitz (BDPK): Derzeit haben wir noch keine tarifvertraglichen Regelungen, die arbeitszeitrechtlich konform sind. Eine Vielzahl unserer Mitglieder verhandelt allerdings direkt mit den Gewerkschaften Konzern- oder Haustarifverträge aus. Wir werden uns weiterhin um die Umsetzung bemühen, so wie wir schon seit langer Zeit mit ver.di verhandeln. Wir dürfen auch nicht außer Acht lassen, dass Krankenhäuser möglicherweise mit ihrer Konzession spielen, wenn sie gegen Arbeitszeitrecht verstoßen, indem sie diese Regelung nicht sauber umsetzen. Aber das geht nicht ohne Geld.

Sve Heidrun Grünwald (IVKK): Wie schon gesagt, bemühen wir uns, das Arbeitszeitgesetz in der Klinik umzusetzen. Aber je kleiner die Einheit, desto komplizierter gestaltet es sich. Auch wir haben Opt-out-Regelungen noch genutzt, müssen jetzt aber umdenken. Unsere Probleme sind die Akzeptanz fachübergreifender Dienste in kleineren Fachgebieten und genügend Ärzte zu finden.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte mir gewünscht, dass wir nach der Anhörung wissen, wie hoch der tatsächliche Bedarf bei der Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie ist. Dies ist mir noch nicht schlüssig geworden. Wir haben die europäische Gesetzgebung und sind zur Umsetzung dieser verpflichtet, auch aus haftungsrechtlichen Gründen. Wir haben das schon um ein Jahr verzögert und deswegen müssen wir uns jetzt damit auseinandersetzen.

Von den Vertretern der Krankenhäuser, vom VdAK/AEV und der GEBERA möchte ich wissen, wie hoch Sie den tatsächlichen Finanzbedarf sehen. Die DKG nennt 1,5 Mrd. Euro und nach der Stellungnahme eines Arbeitszeitberaters brauchen wir eigentlich gar kein Geld. Wenn wir Geld gezielt für die Umsetzung der Arbeitszeitmodelle bereitstellen wollen, kann dies nicht für sonstige Finanzierungsschwierigkeiten eingesetzt werden. Das steht auf einem ganz anderen Papier.

SV Dr. Martin Walger (DKG): Ihre Frage ist berechtigt. Aber ob nun 1,5, 1,3 oder 1 Mrd. Euro benötigt werden, hängt vom jeweiligen Modell ab, mit dem die Krankenhäuser das umsetzen. Vor einiger Zeit haben wir differenzierend gesagt, dass das Drei-Schicht-Modell das teuerste und ineffizienteste sei, weil hier zu viel Personal benötigt werde. Weniger Mehrkosten entstehen bei der Möglichkeit, versetzte Dienste mit insgesamt verlängerten Servicezeiten zu machen. Dass der finanzielle und personelle Bedarf zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes jedoch erheblich sein wird, dürfte trotz der unterschiedlichen Zahlen Konsens sein. Die DKG geht weiterhin von 1,3 Mrd. Euro Mehrkosten aus. Genaueres werden wir aber erst nach Umsetzung der jeweiligen Modelle wissen. Dass die Krankenhausberater sagen, sie wüssten, wie das geht, ist verständlich. Aber von einer kostenneutralen Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes auszugehen, ist utopisch.

Sve Heidrun Grünwald (IVKK): Wir schließen uns der Stellungnahme der DKG an. Zwar können wir keinen Bedarf beziffern, aber ein finanzieller Mehrbedarf ist eindeutig vorhanden.

SV Thomas Bublitz (BDPK): Die 100 Mio. Euro-Regelung hatte nicht zum Ziel, die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes zu finanzieren. Das sind im Grunde zwei parallele Stränge, die aber zeitlich beieinander liegen und sich gegenseitig bedienen und bedingen. Sicher jedenfalls ist, dass mit 100 Mio. Euro arbeitszeitrechtlich konforme Bereitschaftsdienstregelungen nicht finanziert werden können.

SV Theo Riegel (VdAK/AEV): Die Kostenträger haben eine relativ klare Position. Als das DKI diese Studie begonnen hat, haben wir uns sehr reserviert verhalten, weil wir dachten, es werde eine interessenorientierte Studie. Nachdem dort jedoch das Thema wertneutral angegangen wurde, haben auch wir in verschiedenen Gremien mitgearbeitet. Insofern unterstützen wir die Erkenntnisse, die dort gewonnen werden, insbesondere die Kernaussage, dass die neuen Arbeitszeitmodelle mit den im Gesetz vorgesehenen Mitteln dann realisierbar sind, wenn die Ärzte bereit sind, in Zukunft freiwillig bis zu 48 Stunden zu arbeiten, wie es das Arbeitszeitrecht zulässt. Das ist meines Erachtens die Kernaussage dieses Gutachtens.

Dieses DKI-Gutachten berücksichtigt jedoch nur die organisatorischen Dinge, wie z. B. das Umstellen der Dienstpläne. Was unseres Erachtens fehlt, ist die Tatsache, dass der heutige Personalkörper auf eine nicht mehr zeitgemäße Leistungsstruktur ausgerichtet ist. Wir wissen, dass es im Leistungsspektrum durchschnittlich bis zu 30 %, in einzelnen Indikationen bis zu 50 % Anteile gibt, die ambulant oder mit alternativen Behandlungsformen gut behandelt werden könnten. Würde eine Leistungsstrukturbereinigung vorgenommen werden, bedürfte es unserer Meinung nach der Regelungen im § 13 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes überhaupt nicht, sondern es wäre heute sogar eine kostenneutrale Umsetzung zu gewährleisten. Dies bestätigen namhafte Krankenhäuser wie das Klinikum Ingolstadt, LBK Hamburg oder das Kreiskrankenhaus Gummersbach.

SV Dr. med. Christian Roßbach (GEBERA): Als erstes möchte ich klarstellen, dass wir nicht die Arbeitszeitagentur Dr. Hoff sind und dieser Artikel nicht von uns stammt. Nach unserer praktischen Erfahrung liegt die Wahrheit in der Mitte und wir können nicht sagen, wie hoch der Bedarf tatsächlich ist. Er liegt nicht bei Null, aber auch nicht bei 1,5 Mrd. Euro. Der Mehrbedarf ist stark davon abhängig, wie groß das Krankenhaus und wie es aufgebaut ist, wie viele verschiedene Fachabteilungen vorhanden sind und ob Möglichkeiten bestehen, interdisziplinär reorganisieren und damit fachabteilungsübergreifend Dienste machen zu können. Das heißt, je kleiner das Haus ist, desto schwieriger ist es, mit den gegebenen Ressourcen auszukommen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den VdAK/AEV. Sie sagen, dass irgendwann Restrukturierungen im Krankensektor eventuell zu Einsparungen führen werden. Dass das aber nicht zum 1. Januar 2007 möglich sein wird, werden Sie mir doch bestätigen?

Meine nächste Frage richtet sich an die Vertreter der Bundesärztekammer und des Marburger Bundes. Wir haben gehört, dass das Drei-Schicht-System, das von den Ärzten am wenigsten angenommen wird, das teuerste ist. Sehen Sie bei den einzelnen zur Diskussion stehenden Arbeitszeitmodellen Einschränkungen in der qualitativen Behandlung der Patien-

ten? Das ist eine wichtige Frage, wenn es z. B. aufgrund verschiedenster Arbeitszeitmodelle zu keinem kontinuierlichen Verhältnis zwischen Arzt und Patienten kommt, weil die Patienten auf den Stationen jeden Tag von anderen behandelt werden. Ich stelle bewusst die Frage nach der qualitätsgerechten Versorgung der Patienten durch die Ärztinnen und Ärzte.

SV Dr. Hans-Jürgen Maas (BÄK): Mit Sicherheit haben wir bei dem Drei-Schicht-Modell ein Problem hinsichtlich eines kontinuierlichen Kontaktes zwischen den Patienten und den versorgenden Ärztinnen und Ärzten. Jedoch werden die Bestimmungen und Voraussetzungen des Arbeitszeitgesetzes ab dem Jahre 2007 sicherlich nicht mit diesem Modell erfüllt, sondern der Blick wird eher auf andere Modelle gerichtet werden. Die von Ihnen angesprochenen Schwierigkeiten werden sich bei den zurzeit in Diskussion stehenden Modellen von versetzten bzw. teilversetzten Diensten mit Übergabemodalitäten reduzieren, so dass aus Sicht der Patientinnen und Patienten nicht von einer mangelnden kontinuierlichen Patientenversorgung die Rede sein kann.

SV Lutz Hammerschlag (Marburger Bund): Ich möchte zunächst feststellen, dass wir das Problem des 8-Stunden-Dienstes, das mit dem Drei-Schicht-Modell verbunden wird, durch den Tarifvertrag für den Bereich der kommunalen und der Universitätskliniken beseitigt haben. Es ist klar geregelt, dass unter bestimmten Voraussetzungen über diese acht Stunden hinaus gearbeitet werden kann. Diesen Lösungsansatz werden wir auch im Bereich der privaten Krankenhäuser bei den weiteren Tarifverhandlungen anstreben.

Ich bin davon überzeugt, dass die Patientenversorgung bei Einhaltung dieser Tarifverträge verbessert wird, weil es den übermüdeten Arzt im Krankenhaus nicht mehr geben wird. Die höchstzulässige Arbeitszeit in Kombination mit Bereitschaftsdienst beträgt nach den neuen Tarifverträgen höchstens acht Stunden Vollarbeit, danach darf der Arzt noch einen Bereitschaftsdienst bis zu 16 Stunden leisten. Wir haben in den Tarifverträgen wieder ermöglicht, dass unter bestimmten Voraussetzungen ein Zeitraum von 24 Stunden von einem Arzt abgedeckt werden kann. Diese Forderung haben wir damit gelöst.

Hier wird nun der zusätzliche Personalbedarf erkennbar: Dieser Arzt darf vor seinem Dienst nicht arbeiten, und er darf nachher nicht arbeiten. Wenn er acht plus 16 Stunden gearbeitet hat, ist er am nächsten Tag für den Krankenhausträger nicht mehr verfügbar. Deshalb wird eine neue Stelle benötigt, die zusätzlich finanziert werden muss, wobei bei der Finanzierung auch die Höchstgrenzen von 48 Stunden berücksichtigt werden. Diese 48 Stunden schreibt das Arbeitszeitgesetz vor, aber das ist ein Durchschnittswert. Das heißt nicht, dass der Arzt in der Woche nicht auch mal länger arbeiten kann. Er muss es nur über einen im Tarifvertrag festgelegten bestimmten Zeitraum wieder ausgleichen.

Das Problem der zusätzlichen Stellen haben wir unabhängig von der Größe in jedem Krankenhaus. Ohne die Finanzierung dieser zusätzlichen Stellen wird es nicht gehen, und deshalb ist der Antrag der FDP genau richtig, und ich möchte Ihnen sehr empfehlen, diesem zuzustimmen. Wir brauchen zusätzliches Geld im System, damit das Arbeitszeitgesetz und die Tarifverträge tatsächlich umgesetzt werden können.

Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU): Ich habe einige Fragen an den VdAK/AEV. Nach dem Antrag der FDP-Fraktion sollen die Mittel vorzeitig voll ausgezahlt werden. Inwiefern können die Krankenkassen sicherstellen, dass die zweckgebundenen Mittel nicht für andere Maßnahmen in Anspruch genommen werden, zum Beispiel zum Ausgleich gestiegener Mitarbeitergehälter infolge jüngster Tarifierhöhungen bzw. zum Ausgleich möglicher Verluste durch die Einführung des DRG-Vergütungssystems? Welche Kontrollmöglichkeiten stehen den Krankenkassen zur Verfügung, um die sachgerechte Mittelverwendung für die Neuorganisation der Arbeitszeitregelungen in den Krankenhäusern zu überprüfen?

Des Weiteren interessiert mich, wie die Krankenhäuser ohne Personalvertretung den Nachweis neuer Arbeitszeitmodelle in den Budgetverhandlungen nachweisen können und wie hoch der Prozentsatz der betroffenen Krankenhäuser ist.

SV Theo Riegel (VdAK/AEV): Die unterschriebene Vereinbarung zwischen Krankenhausträger und Arbeitnehmervertretung ist das

einziges Kontrollinstrument. Jedoch ist in drei Viertel der Fälle diese Vereinbarung unterschrieben worden, ohne dass tatsächlich in die Arbeitszeitverbesserungen investiert worden ist. Zwar können laut § 13 Abs. 1 Satz 9 des Arbeitszeitgesetzes die bewilligten Mittel ganz oder teilweise zurückgefordert werden, wenn sich nachträglich herausstellt, dass die Krankenhäuser das Gesetz nicht umgesetzt haben. Aber den Beweis dafür müssen wir antreten. Die Krankenhäuser berufen sich auf den einzigen im Gesetz genannten Beweis dieser unterschriebenen Vereinbarungen, so dass wir uns allein darauf verlassen müssen. Es gibt für die Kostenträger kein wirksames Kontrollinstrument. Wie bereits gesagt, müssten konkrete Maßnahmen im Gesetz vorgeschrieben werden. Wir fordern diese Kontrollmechanismen jedoch nicht für die Kostenträger. Die Kontrolle liegt bei anderen Behörden auf der Landesebene, die u. a. den Arbeitsschutz kontrollieren.

Dass DRG und Entlastung des vollstationären Bereichs zu Gunsten ambulanter Operationen Zukunftsmusik des DRG-Systems sein wird, muss ich deutlich widersprechen. Der § 115 SGB V, der den Krankenhäusern das ambulante Tätigwerden vorschreibt, gilt seit 1993. Wir befinden uns nun im 13. Jahr, und das wiederum verleitet mich zu der Aussage, dass selbst wenn die Arbeitsschutzvorschriften zum 1. Januar 2007 in Kraft treten, wir auch 13 Jahre oder länger bis zur Realisierung brauchen werden.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an den Interessenverband kommunaler Krankenhäuser. Wir haben zweimal die Einführung verschoben bis zum Jahre 2006, und das Krankenhausinstitut sagt, dass lediglich 23 % der Krankenhäuser neue Arbeitszeitmodelle haben und etwa 30 % bis zur Jahresmitte überhaupt keine konkrete Planung haben.

Welche Probleme stehen im Vordergrund bei den Krankenhäusern, die derzeit noch keine konkrete Planung zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes haben?

Welche Maßnahmen wurden eingeleitet, um die Krankenhäuser bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes zu unterstützen? Vor allem würde uns interes-

sieren, wie die beklagten Hindernisse ausgeräumt werden können. Wir haben schon mehrfach gehört, dass es hier Akzeptanzprobleme in der Ärzteschaft gibt.

SV Dr. Martin Walger (DKG): Es gibt vier Kategorien von Problemen in den Häusern, die bisher noch nicht umgesetzt haben. Zum einen sind das fehlende tarifliche Voraussetzungen. Wir haben heute schon gehört, dass es noch Bereiche ohne entsprechende neue Tarifverträge gibt. Zum zweiten gibt es das Problem der geringen oder fehlenden Akzeptanz in den betroffenen Berufsgruppen. Ich komme gleich darauf zurück. Drittens liegt der zusätzliche Finanzbedarf höher als die über sieben Jahre verteilten 100 Mio. Tranchen, und viertens wird das erforderliche Personal, insbesondere das ärztliche Personal, in der Menge nicht zur Verfügung stehen.

Herr Hammerschlag hat gerade in aller Deutlichkeit gesagt, wo der Zusammenhang zwischen Arbeitsschutz und Mehrkosten liegt. Dem habe ich nichts hinzuzufügen.

Was die Akzeptanz der Ärzteschaft angeht, glaube ich, dass gutes Zureden der Krankenhäuser nur begrenzt hilft. Unsere Befragung Anfang des Jahres hat ergeben, dass sich 54 von 55 Ärzten bei der Wahlmöglichkeit, Bereitschaftsdienst in Geld oder in Freizeitausgleich ausgezahlt zu bekommen, für das Geld entschieden haben. Ich kritisiere das nicht, aber was machen Sie als Verwaltung oder als Geschäftsführer oder Geschäftsführerin, wenn Ihre Ärzteschaft solche Präferenzen äußert. Es sind mehrere neue Tarifabschlüsse erfolgt im Bereich der Unikliniken und der kommunalen Krankenhäuser, die die monetären Verluste durch Reduktion der Bereitschaftsdienste in gewisser Weise kompensieren. Wir meinen, diese Kompensation ist ein hoher Preis.

Das Drei-Schicht-System haben wir schon besprochen. Es gibt aber auch noch die so genannten geteilten Dienste, bei denen morgens mit der Arbeit begonnen und nach Freistunden nachmittags oder abends noch mal gearbeitet wird. Das ist sehr unbeliebt und hat wenig Aussicht auf Erfolg. Ich glaube aber trotzdem, dass bestimmte Abwehrreaktionen bei den betroffenen Berufsgruppen bleiben werden und deshalb unsere Bitte, die Opt-out-Regelungen nutzen zu können und nicht einzugrenzen. Es möge jeder Arbeitnehmer entscheiden können,

ob er 38,5, 42, 48 oder sogar über 48 Stunden in der Woche arbeiten möchte.

Sve Heidrun Grünwald (IVKK): Ich habe bereits viel zu diesen Fragen gesagt. Sehr wichtig sind für uns die Opt-out-Regelungen, um individuelle Modelle finden zu können. Wichtig ist, dass wir genügend Ärzte bekommen, um auch flexible Modelle einführen zu können. Richtig ist, dass die neuen Tarifverträge andere Spielräume bieten und wir damit die Mitarbeiter motivieren können. Wir brauchen das Geld. Bei einem Anteil der Personalkosten von 69 % und bei den sonstigen Belastungen, die hier nicht mehr genannt werden sollen, ist klar, auf welcher Ebene Maßnahmen immer vollzogen werden.

SV Dr. Hansjörg Hermes (IVKK): Ich würde aus Sicht der kommunalen Krankenhäuser gerne zwei Aspekte in Bezug auf die Stellungnahme des VdAK ansprechen. Es ist aus unserer Sicht erschütternd, mit welchem Selbstverständnis hier über Einsparpotenziale und Kostenreduzierungsmaßnahmen bei den Krankenhäusern diskutiert wird. In aller Deutlichkeit muss ich sagen, dass das, ohne die Patientenversorgung zumindest einzuschränken, nicht möglich ist.

Wenn wir über Maßnahmen wie heute sprechen, müssen wir uns auch darüber in Klaren sein, dass es nur selektive Maßnahmen sind. Die einzelnen Häuser – von der Region abhängig – haben ganz andere Probleme. Das ist zum einen, dass sie die Rechnung von den Krankenkassen gar nicht bezahlt bekommen, zumindest haben sie Liquiditätsprobleme, bis der Medizinische Dienst die Prüfung abgeschlossen hat. Der Aufwand für unsere Mitarbeiter gegenüber den Ärzten ist unverhältnismäßig hoch gewesen.

Bei der Diskussion bezüglich der Tarifaufeinandersetzung gibt es nicht nur das Problem, dass die Häuser keine Planungsgrundlage für die nächsten Jahre haben, sondern die Perspektivlosigkeit der einzelnen Mitarbeiter führt zu einem inneren Zerwürfnis der einzelnen Berufsgruppen. Darüber müssen Sie sich im Klaren sein. Unabhängig von der Frage der Trägerstruktur geht es nicht ohne Einschränkung des Leistungsgefüges. Was man im Augenblick diskutiert, ist nur die Spitze des Eisberges. Seien Sie sicher, dass diese Frage ernster

ist, als man sich im Augenblick vorstellen kann.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Meine Frage ist nicht beantwortet und es ist mir sehr wichtig, dass ich noch eine Antwort bekomme. Auch bitte ich den Bundesverband der Deutschen Privatkliniken um Antwort. Wie können Krankenhäuser ohne Personalvertretung den Nachweis neuer Arbeitszeitmodelle in den Budgetverhandlungen erbringen und wie hoch ist der Prozentsatz dieser betroffenen Krankenhäuser?

SVe **Heidrun Grünewald** (IVKK): In den kommunalen Krankenhäusern gibt es Mitarbeitervertretungen. Ich habe einen Betriebsrat mit 19 Mitgliedern, auch mit Marburger Bundesvertretern und wir haben Vereinbarungen mit unserem Betriebsrat, wie die Arbeitszeiten umzusetzen sind.

Abg. **Hermann-Josef Scharf** (CDU/CSU): Es gibt aber auch Häuser ohne Personalvertretungen. Wie wird das dort gehandhabt?

SV **Thomas Bublitz** (BDPK): In der Tat gibt es Häuser ohne Arbeitnehmervertretung. Über deren Anteil kann ich im Moment nur spekulieren. In unserem Verband sind einige vertreten und es wirkt an dieser Stelle paradox, wenn die Umsetzung der Arbeitszeitregelungen daran gebunden ist, ob es einen Betriebs- oder Personalrat gibt. Das ist nicht der Kern dessen, was gefördert werden soll, sondern die Arbeitszeitbedingungen sollen verbessert und nicht die Einführung von Personalvertretungen gefördert werden.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an das Deutsche Krankenhausinstitut und an ver.di. Der Zuschlag für die Arbeitszeitmodelle gilt nicht nur für Ärzte, sondern auch für den Pflegedienst sowie für medizinisch-technisches Personal im Funktionsbereich. Wie sieht der Umsetzungsstand im Bereich des nichtärztlichen Personals aus, ist die Umsetzung hier unproblematischer und wenn ja, warum? Wie sind hier die Zusammenhänge zwischen Tarifvertragsverhandlungen und dem Stand der Umsetzung?

SV **Dr. Karl Blum** (DKI): Nach den Erhebungen unseres letzten Krankenhausbarometers sind in den Häusern, die neue Arbeitszeitmodelle eingeführt haben, im Schnitt in zwei Funktionsbereichen, beispielsweise OP oder Anästhesiepfleger, neue Arbeitszeitmodelle eingeführt worden, also weniger als bei den bettenführenden Abteilungen. Was die Umsetzung angeht, dürfte es wahrscheinlich vielfach schwieriger sein, weil die Funktionsbereiche personell teilweise schwächer besetzt sind und deswegen größere Probleme haben, bestimmte Mindestbesetzungen bzw. gewisse fachliche Standards aufrecht zu erhalten.

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di): Nach unserer Auffassung und nach dem, was wir an Rückmeldungen bekommen, ist im Pflegebereich und im medizinisch-technischen Bereich die Umsetzung weitgehend und weitaus früher erfolgt. Sicherlich gibt es noch einige wenige Bereiche mit Umsetzungsschwierigkeiten, aber wir haben hier eine weitaus größere Flächendeckung als bei der Ärzteschaft. Trotzdem gibt es diese Unterschiede, dass beim Pflegepersonal in den letzten Jahren kein Personalzuwachs, in den medizinisch-technischen Bereichen sogar ein Abbau entstanden ist, während es im ärztlichen Bereich als einzige Berufsgruppe einen Zuwachs in den Krankenhäusern gegeben hat.

Abg. **Christian Kleiminger** (SPD): Ich habe eine Frage an das DKI, an die GEBERA und an den VdAK. Wir haben heute im Rahmen dieser Anhörung gehört, dass es durchaus Beispiele für Arbeitszeitmodelle gibt, bei denen die Krankenhäuser und die Krankenhausträger die Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes erfüllt haben, ohne dass Mehrkosten angefallen sind. Können Sie aus Ihrer Sicht diese Modelle noch einmal inhaltlich konkretisieren und bewerten?

SV **Dr. Karl Blum** (DKI): In den von uns durchgeführten Studien sind uns kaum Häuser bekannt, wo es tatsächlich personal- oder kostenneutral umgesetzt worden ist. Auch haben wir in der schon vielfach zitierten Studie nie behauptet, das Arbeitszeitgesetz könne personalneutral oder gar kostenneutral umgesetzt werden. Unterschiedliche Auffassungen gibt es teilweise hinsichtlich des finanziellen und personellen Mehrbedarfs, wie das heute schon

mehrfach angesprochen wurde, in der Regel aber sind zusätzliches Personal und Mehrkosten erforderlich.

SV Clemens Platzköster (GEBERA): Dem kann ich mich weitestgehend anschließen. Es gibt interdisziplinäre Arbeitszeitmodelle, in denen eine Fachabteilung für eine andere Dienste übernimmt. Damit werden freie Ressourcen geschaffen und bezogen auf das gesamte Haus kann somit ein Arbeitszeitmodell mit vielleicht weniger oder ohne Kosten verbunden sein. Im Wesentlichen ist dies aber davon abhängig, ob die interdisziplinäre Kooperation tatsächlich medizinisch sinnvoll ausgestaltet werden kann. Das ist nur in Spezialfällen wirklich sinnvoll und zulässig.

SV Theo Riegel (VdAK/AEV): Bekannt sind uns die bereits genannten Krankenhäuser LBK Hamburg, Krankenhaus Ingoldstadt und Krankenhaus Gummersbach. Die stationsübergreifende Organisation der Dienste kann zur kostengünstigen Umsetzung führen. Andererseits muss gesehen werden, was die Krankenhäuser vorher an Bereitschaftsdienstvergütungen gezahlt haben. Wenn dort hohe Leistungen angefallen sind, besteht natürlich auch ein hohes Volumen an Mitteln zur Kompensation.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Meine Frage richtet sich an die GEBERA und an die kommunalen Krankenhäuser. Sie haben das Projekt „Innovative Arbeitszeitmodelle für die Krankenhäuser im Lande Bremen (inkam)“, diesen Zusammenschluss innovativer Krankenhäuser, durchgeführt, begleitet, beraten usw. Können Sie erstens Ihre Erfahrungen mit diesem Projekt schildern in Bezug auf die Frage, was dort unter Ausnutzung der Gelder geschehen ist? Wurden dort alle Gelder aus dem Arbeitszeitmodellprogramm genutzt? Hängt das vielleicht damit zusammen, dass Bremen ein Ballungszentrum ist und wäre das in ländliche Räume übertragbar? Oder hängt das mit der finanziellen Situation Bremens zusammen?

Haben die bereits genannten Zusatzbelastungen für die Krankenhäuser Einfluss auf die Umsetzung des Arbeitszeitmodells?

SV Clemens Platzköster (GEBERA): Das Bremen-Projekt war ein Gesamtprojekt, bei

dem es um die Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle ging. Wenn es um Arbeitszeitmodelle geht, geht es um Personal und damit um Personalkosten. Die Personalkosten, die entstehen, wenn man Krankenhausleistungen erbringt, und die Personalkosten, die entstehen, wenn man neue Arbeitszeitmodelle einführt, müssen dabei getrennt werden. Das ist sehr schwierig, weil die Arbeitsorganisation von entscheidender Bedeutung ist. Wenn bisher Bereitschaftsdienste organisiert wurden, wurden dort nur Bereitschaftsdienstleistungen erbracht. Wenn dort nun Arbeitszeitmodelle generiert werden mit Spätdiensten und mit Vollschichtdiensten, dann ist das kein Bereitschaftsdienst mehr im klassischen Sinn, sondern in diese Regeldienste können auch Regeltätigkeiten verlagert werden. Sie haben aber nach wie vor die bisherigen Bereitschaftsdiensttätigkeiten, die dort zu erledigen sind. Das ist miteinander verwoben und man muss diese Sachverhalte mit berücksichtigen.

Wir haben in den sechs beteiligten Krankenhäusern in fast 30 Fachabteilungen unterschiedlichste Arbeitszeitmodelle mit den Ärzten zusammen entwickelt, ausgehend von dem tatsächlichen medizinischen Leistungsgeschehen. Wir haben analysiert, wann dort welche Medizin passiert und welche personellen Besetzungen, welche Qualifikationen notwendig sind, um diese Medizin in dem gebotenen Qualitätsstandard leisten zu können. Diese Analysen führen dazu, dass in einigen Abteilungen individuelle Arbeitszeitmodelle oder Dreischicht-Systeme eingeführt werden, weil das Arbeitsaufkommen tatsächlich so hoch ist, dass das Sinn macht. Auf der anderen Seite gibt es Fachabteilungen, die bei den Bereitschaftsdiensten interdisziplinär kooperieren können. Dies muss aber individuell auf das einzelne Haus und auf das jeweilige Leistungsspektrum abgestimmt sein. Die Arbeitszeitmodelle, die dort entwickelt wurden, können Anregungen sein, sind aber nicht 1:1 übertragbar. Nur die modellhafte Vorgehensweise, Personalbedarfsentwicklung durchzuführen und das Leistungsspektrum und Leistungsaufkommen zeitraumbezogen zu analysieren, ist übertragbar und das war auch Ziel dieses Modellprojektes in Bremen.

Personalmehrbedarf bedeutet nicht unbedingt einen Kostenmehrbedarf, weil gewisse Teile gegengerechnet werden können. Wir waren in Bremen und in Bremerhaven und wie hier mehrfach angesprochen wurde, ist es an den

unterschiedlichen Standorten unterschiedlich schwierig, geeignetes ärztliches Personal zu rekrutieren. In Bremerhaven war es deutlich schwieriger, ärztliches Personal für solche Arbeitszeitmodelle zu generieren als in Bremen. Von daher war auch die Umsetzung der Arbeitszeitmodelle deutlich erschwert. Während der gesamten Projektdauer von 2004 bis 2006 haben die unterschiedlichsten äußeren Einflüsse und äußeren Diskussionen zum Arbeitszeitgesetz und zum Tarifrecht auch dazu geführt, dass die Umsetzung der Modelle recht schleppend vor sich ging. Die Verschiebung der Umsetzungsphase und die hinausgeschobenen Tarifabschlüsse haben die Realisierung entsprechend verzögert.

Sve Heidrun Grünewald (IVKK): Aus der Praxis kann ich bestätigen, dass durch individuelle Absprachen in den einzelnen Bereichen neue Arbeitszeitmodelle durchsetzbar sind, wenn Sie genügend Personal haben. Es kostet mehr Geld, wenn fachspezifische Dienste zu organisieren sind. Ich nehme das Beispiel der HNO und der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie. Wir haben eine Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie mit zwei Fachärzten für dieses Fachgebiet und der Rest sind Dental- oder Oralchirurgen, die eher eine zahnmedizinische Ausbildung mit einer Zweijahresqualifikation zum Chirurgen haben. Diese können für diese Fachabteilung zwar Dienst tun, aber nicht für die HNO. Man muss wirklich sehr differenziert vorgehen.

Und wie gesagt, gibt es die Akzeptanzprobleme bei den Medizinern, die es uns erschweren. Wir wollen ja, dass sich die Beschäftigten bei uns wohl fühlen und bei uns bleiben. Natürlich haben unsere Internisten einen gemeinsamen Bereitschaftsdienst und auch die großen chi-

rurgischen Kliniken. Das sind Bereiche, in denen wir umsetzen können.

Wir müssen aber mehr und attraktive Arbeitsplätze vor Ort haben. Bremerhaven steht hier für kleinere Häuser und unser großes Haus liegt in der Lausitz und selbst wir haben Probleme. Wir werben mit der Fachgebietvielfalt, gerade mit den besonderen Dingen, dass man sich bei uns weiterbilden kann. Dass es eben nicht diese flächendeckenden, übergreifenden Fachgebiete gibt. Ich habe mich mit einem dieser Krankenhäuser, die hier genannt wurden, beschäftigt. Sie dürfen nicht vergessen, dass die Ausgangsbedingungen, wie Sie gesagt haben, in jedem Haus anders sind. Jeder hat andere individuelle Budgets mit den Kassen ausgehandelt und eine andere Anzahl von Ärzten. Je nach Ausgangsbasis werden die Modelle gestaltet und entsprechend ist der Finanzbedarf.

Ich kann nur noch einmal unterstreichen, dass ohne mehr Geld in dem System die Modelle nicht durchsetzbar sind und sie müssen mit der Akzeptanz der Beteiligten durchgesetzt werden. Ansonsten leiden die Patientenversorgung und der Standort, weil die Ärzte dann dorthin gehen, wo sie bessere Bedingungen vorfinden.

Vorsitzende, Abg. **Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.):** Ich darf mich bedanken bei Ihnen, Frau Grünewald, bei Ihnen, meine Herren, bei der Staatssekretärin, bei meinen Kolleginnen und Kollegen und Gästen. Wir werden nun in die Bewertungsphase eintreten. Damit schließe ich die Sitzung.

Ende der Sitzung 16.00 Uhr.

Auswertung der Krankenhäuser, die finanzielle Mittel zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen nach § 4 Abs. 13 KHEntgG bzw. § 6 Abs. 5 BPfIV erhalten

Bettenklassen	Anzahl KH insges.	Anzahl KH mit AZV-Mitteln	Anteil in %
0 - 200 vollstationäre Betten	1077	774	72%
201 - 500 vollstationäre Betten	683	617	90%
über 500 vollstationäre Betten	255	229	90%
Summe	2015	1620	80%

Trägerarten	Anzahl KH insges.	Anzahl KH mit AZV-Mitteln	Anteil in %
öffentlich	809	692	86%
freigemeinnützig	787	661	84%
privat	384	235	61%
Summe*	1980	1588	80%

* 35 Krankenhäuser konnten keiner der 3 Trägerarten eindeutig zugeordnet werden