

Das Universitätsklinikum Köln auf dem Weg in die Zukunft

Tarifabschlüsse belasten Kliniken finanziell, ohne Flexibilität bei der Arbeitszeit zu bringen

Interview mit dem Kfm. Direktor des Kölner Universitätsklinikums, Dr. Jörg Blattmann, über Enttäuschungen und Chancen aus dem ver.di- und aus dem Ärztestreik, über eine bestandene Bewährungsprobe des Case-Managements, über die Perspektiven eines strukturell zentralisierten Klinikums und über das schöne, aber unvermeidliche Thema des „Geldverdienens“. Das Interview führte „das Krankenhaus“-Chefredakteur Peter Ossen.

Sind Sie mit der Tarifeinigung zwischen ver.di und der TdL zufrieden? Wie beurteilen Sie den Abschluss?

Dr. Blattmann: Das Ergebnis der Verhandlungen zwischen TdL und ver.di liegt deutlich unter unseren Erwartungen, insbesondere hinsichtlich der Wochenarbeitszeit, die für Universitätsklinika auf 38,5 Stunden festgeschrieben wurde. Hier hatten wir uns mehr erhofft, ebenso in Sachen Flexibilisierung der zeitlichen Einsatzmöglichkeiten des Personals, die für uns echt Geld bedeutet, mehr als in anderen Bereichen des öffentlichen Dienstes. An diesem Punkt wäre es für uns wichtig gewesen, mehr Spielraum zu erhalten, um die finanziellen Auswirkungen des Tarifvertrags abfedern zu können.

Wo liegt Ihre Hauptkritik am TdL-ver.di-Abschluss?

Dr. Blattmann: Was wir nach 13 Wochen Streik im öffentlichen Dienst mit diesem Tarif bekommen haben, belastet unseren Etat erheblich, ohne Ausgleichsmöglichkeiten bei der Flexibilität der Arbeitszeit zu bieten. Das hat doch einiges Entsetzen hervorgerufen. Wir hatten uns einen Fortschritt bei der Wochenarbeitszeit erhofft, aber es hat sich nichts bewegt, ver.di ist an dieser Stelle eisenhart geblieben. Jedenfalls sind die Belange der Universitätsklinika in dem Vertragswerk untergegangen. Uns stehen keine Kompensationsmöglichkeiten zur Verfügung, wir können nicht, wie eine Behörde, die Betreuungs- oder Beratungszeiten kürzen, die Leistungsmenge ist nicht variabel, wir können auch nicht die Preise erhöhen. Die wenigen Geschäftsfelder außerhalb des Budgets, die nicht der gesundheitspolitischen Planwirtschaft unterliegen, reichen nicht aus, um diese Nachteile auszugleichen.

Wie sehen Sie den Tarifabschluß mit dem Marburger Bund?

Dr. Blattmann: Die Ärzte haben sich für einen Sonderweg entschieden, den ich in der Ausführung für wenig kreativ und innovativ halte. Ein Tarifvertrag, dessen wesentlicher Kern lediglich in einer deutlichen Anhebung der Grundgehälter liegt, gehört nicht mehr in die Welt des 21. Jahrhun-

derts. Wo bleibt die Verknüpfung zu den Ergebnissen und den erbrachten Leistungen?

Einzelne Länder haben Sonderzahlungen für die Ärzte oberhalb des TdL-ver.di-Abschlusses ins Gespräch gebracht. Wie stehen Sie dazu?

Dr. Blattmann: Solche Länder werden ihren Universitätskliniken erklären müssen, wie das zu finanzieren ist. Ich sehe die Länder dabei in der Pflicht. Auch in NRW werden wir Gespräche mit dem Finanzminister führen, inwieweit wir als Krankenhäuser eine Entlastung bekommen. Auf der anderen Seite sehe ich auch die Mitarbeiter in der Verantwortung, sich mit Struktur- und Organisationsveränderungen sowie mit innerbetrieblichen Rationalisierungen auseinanderzusetzen. Beide am Tarifabschluss beteiligte Seiten müssen die notwendigen Konsequenzen ziehen bzw. mittragen.

Was sollten die Krankenhausgesellschaften tun, um eine Unterstützung zu organisieren?

Dr. Blattmann: Ich bin sehr dafür, dass die Auswirkungen der Streiks und der Tarifvereinbarungen seitens der Verbände gegenüber der Politik deutlich thematisiert werden. Es liegen hier Belastungen vor, die über das normale Maß hinausgehen. Insofern gibt es gute Argumente, über ein gewisses Plus bei der Steigerungsrate der Krankenhausbudgets nachzudenken und seitens der Krankenhausgesellschaften Druck zu machen.

Welche Lehren können aus den jüngsten Tarifaufinandersetzungen gezogen werden?

Dr. Blattmann: Für die Zukunft gilt es zu klären, ob die TdL weiter für die Universitätsklinika verhandelt, oder ob es nicht besser wäre, dass die Klinika selber verhandeln. Wir haben als Rund-um-die-Uhr-Dienstleistungsbetriebe an 365 Tagen im Jahr deutlich andere Aufgaben als normale Landesbehörden. Außerdem müssen wir mit der Krankerversorgung schwarze Zahlen schreiben, das heißt wettbewerbsfähig sein, um unsere Aufgaben in Lehre und Wissenschaft ohne Einschränkungen erfüllen zu können. Meiner Meinung nach würde es Sinn machen, die Krankenhausbeschäftigten tarifpolitisch von den übrigen Landesbeschäftigten abzukoppeln.

Wie gehen Sie mit den Ergebnissen der Tarifabschlüsse um?

Dr. Blattmann: Die Verhandlungsergebnisse liegen vor, die Verträge sind unterschrieben, uns wird nichts anderes übrig bleiben, als sie zu verdauen. Als Kfm. Direktor blicke ich nach vorne. Jammern hilft nicht. Seitdem ich Verantwor-

tung im Universitätsklinikum Köln trage, gab es noch kein Jahr, in dem nicht finanzielle Einschnitte zu verkraften waren. Insofern verändert sich unsere Ausgangsposition nicht grundsätzlich. Sie wird allerdings auch nicht leichter. Umso dringender steht unsere permanente Aufgabe im Raum, das Klinikum fit für die Zukunft zu machen, damit wir die Gehälter unserer Angestellten auch noch in 10 Jahren bezahlen können.

Wo liegen Ihre Reaktionsmöglichkeiten auf die neuerlichen Belastungen?

Dr. Blattmann: Wir müssen Konzepte umsetzen, die es uns ermöglichen, den Streikschaden und die Kosten der Tarifabschlüsse tragen zu können. Damit sind wir beim Thema „Interne Organisation“ des Stationsbetriebs, der OPs und der internen funktionsdiagnostischen Bereiche, ebenso beim Thema Zentralisierung. Die Ausgangslage ist dabei von Krankenhaus zu Krankenhaus verschieden, die vorhandenen Reserven sind in unterschiedlichem Maße ausgeschöpft. Des Weiteren müssen wir das Thema Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern und zwischen pflegerischem und nichtpflegerischem Personal anpacken. Hier zeigen die Blicke über die Grenzen nach England oder Skandinavien, dass wir noch sehr viel Entwicklungspotenzial haben.

Wie stark hat der Streik der Krankenhausbeschäftigten Ihr Klinikum auf dem eingeschlagenen Konsolidierungsweg behindert?

Dr. Blattmann: Der Streik hat uns in der vor etwa 4 Jahren begonnenen Strategie der Reorganisation und Zentralisierung bestätigt. Einige bereits realisierte Elemente unserer Neukonzeption haben uns entscheidend geholfen, die Streiksituation zu meistern. Hier ist es zu einer ersten echten Belastungsprobe neu eingeführter Strukturen gekommen, die sich dabei glänzend bewährt haben.

Um welche Organisationsveränderungen handelt es sich dabei primär?

Dr. Blattmann: An erster Stelle ist das Case-Management zu nennen. Ohne unser etabliertes Case- und Entlass-Management hätten wir während des Streiks wahrscheinlich viel mehr Patientenbeschwerden bekommen. In nahezu allen unseren Kliniken wurde das Case-Management im Lauf der letzten 3 Jahre durch erfahrene Pflegekräfte übernommen. Die Case-Manager haben während des Streiks enorm viel geleistet, insbesondere beim flexiblen Reagieren auf Belegungsschwankungen, aber auch beim Steuern der Patientenströme, bei der Termindisponierung, bei der Zu- oder Absage von Patientenaufnahmen und bei Umverlegungen. Die schon unter normalen Bedingungen bedeutsame Arbeit der Case-Manager wurde während des Streiks doppelt wichtig. Hierdurch konnten die Stationsärzte und -schwestern entlastet und den Patienten unangenehme Situationen meist erspart werden.



Foto: MFK/Klaus Schmidt

„Das Case-Management als neue Organisationsstruktur hat sich unter den Bedingungen des Streiks bestens bewährt.“

Dr. Jörg Blattmann

Das Gleiche gilt für unser Entlass-Management im Falle von dringend notwendig werdenden Verlegungen. Hier sind neben den Case-Managern noch der interne Sozialdienst und unsere Care-Dienstleistungsgesellschaft eingebunden. Wir waren dadurch in der Lage, unsere Bettenauslastung besser den streikbedingten Situationen anzupassen, ohne dass die Patienten hierdurch unnötig in Mitleidenschaft gezogen wurden.

Wie treffen die Case-Manager ihre Entscheidungen?

Dr. Blattmann: Dies erfolgt immer in Abstimmung mit den jeweiligen Klinikdirektoren. Die Mitarbeiter des Case-Managements sind fest in die jeweilige Klinikhierarchie eingebunden, das Case-Management als Ganzes untersteht aber der Pflegedirektion und wird auch dort budgetmäßig geführt. Die Case-Manager haben innerhalb der Klinik eine Stabsstellenfunktion, ihre Aufgabe ist es, die Klinikleitung zu entlasten. Sie stimmen sich mit dem zuständi-

gen Oberarzt oder mit dem Klinikchef direkt über die entsprechenden Dispositionen ab, ggf. auch in Rücksprache mit unserem Zentrum für Intensiv- und Notfallmedizin. Während des Streiks mussten die Case-Manager sich zusammen mit dem jeweiligen Klinikdirektor einen Überblick darüber verschaffen, was geht und was nicht geht; sie mussten informiert werden über die während des Streiks stattfindenden klinikweiten OP-Besprechungen. Angesichts der nicht gegebenen Planungssicherheit war es für die Case-Manager keine leichte Aufgabe, im Kontakt zu Patienten oder Angehörigen von Schwerkranken Aufnahme- und OP-Termine kurzfristig absagen oder verschieben zu müssen. Aber es ist weitgehend gelungen. In Einzelfällen gab es natürlich Beschwerden von Patienten, wenn die OP- oder die Behandlungskapazität nicht richtig eingeschätzt werden konnte. Insgesamt sind bei uns jedoch relativ wenige „Pannen“ passiert, langfristige Imageschäden für das Klinikum konnten verhindert werden.

Welche weiteren Anpassungsoptionen hat Ihr Klinikum?

Dr. Blattmann: Das beschriebene, bereits installierte Case-Management ist ein hervorragendes Beispiel dafür, wie Stationsärzte, aber auch Stationsschwestern, von wichtigen Organisationsaufgaben entlastet werden können. Weitere Entlastungskonzepte für die Ärzte, die wir entwickeln und umsetzen, liegen zum Beispiel im Bereich der Blutabnahme und der Infusionen. Solche und andere Tätigkeiten kann man qualifiziert an nichtärztliches Personal – Pflegekräfte, Arzthelferinnen oder MTAs – delegieren.

Gibt es weitere Ansatzpunkte für Umorganisationen?

Dr. Blattmann: In den Universitätsklinika wird deutschlandweit mehr oder weniger an ähnlichen Konzepten ge-

arbeitet. Wir haben etwa zum Problem Wundheilungsstörungen eine kleine zentralisierte Gruppe gebildet, die klinikumsweit das Wundmanagement betreibt. Auf den Stationen werden Beratungen und in bestimmten Fällen auch Behandlungen durch spezialisiertes Pflegepersonal unter der Leitung von wissenschaftlich auf Wundheilungen spezialisierten Ärzten durchgeführt.

Wir haben einen ersten Schritt zur Entlastung der Ärzte von Dokumentationsaufgaben unternommen; im Medizin-Controlling arbeiten acht Vollkräfte bei der täglichen DRG-Dokumentationsunterstützung. Diese Mitarbeiter sind zentral organisiert, jedoch konkret einzelnen Kliniken zugeordnet, und unterstützen dort dezentral die Diagnosedokumentation, beraten die Ärzte, vervollständigen die Unterlagen und führen Plausibilitätskontrollen durch. Wir sind dabei, die Zahl der Dokumentationshelfer noch einmal zu verdoppeln. Auch das wird zu großen Entlastungen bei den Ärzten führen.

Wie steht es mit den Strukturen in den zentralen Funktionsbereichen?

Dr. Blattmann: Ein wichtiges Konzept ist die OP-Reorganisation. Hier streben wir eine bauliche und organisatorische Zentralisierung an, zwei Drittel unserer OP-Kapazitäten sind zurzeit noch dezentral untergebracht. Wir streben einen Betrieb mit Früh- und Spätdienst bis 20.00 Uhr an, wovon Klinikchefs und Mitarbeiter noch nicht vollständig begeistert sind, weil dann relativ unbeliebte Arbeitszeiten zu Regelarbeitszeiten werden. Diese Entwicklung ist aber unerlässlich. Verbunden damit ist eine weitgehende Abkehr von der festen Zuweisung bestimmter OP-Säle zu einzelnen Fachab-

teilungen. OP-Zeiten werden gemäß diesem Konzept nach Leistungsmenge zugewiesen und in wechselnden OP-Räumen durchgeführt. Dies gilt natürlich nicht für alle Fächer und für alle Operationen. Hier gibt es Ausnahmen, etwa in der Herz- oder in der Neurochirurgie. Im Pilotversuch nutzen wir bereits jetzt einige Säle im heutigen kleinen Zentral-OP testweise bis 20.00 Uhr und weisen auch bereits OP-Zeiten in bestimmten Sälen flexibel zu. Dies wurde nicht zuletzt durch die Streiksituation notwendig.

Wer steuert das OP-Management?

Dr. Blattmann: Es wurde ein zentrales OP-Management unter der Leitung der Anästhesie eingeführt. Es existiert ein kleines, ärztlich und pflegerisch besetztes OP-Team mit IT-Kompetenz zur Planung und Steuerung der OP-Kapazitäten. Diese Gruppe stützt sich auf einen Lenkungskreis, in dem alle operierenden Fächer vertreten sind. Dieser Lenkungskreis tagte während der Streiktage täglich zu einer festen Uhrzeit, um das OP-Programm des nächsten Tages und der weiteren Tage zu besprechen.

Soll diese Organisationsform beibehalten werden?

Dr. Blattmann: Vor dem Streik fanden solche Besprechungen nicht statt, die Informationen wurden per Mail oder Telefon ausgetauscht. Die Anästhesie reagierte lediglich auf die Angaben, freistehende OP-Säle in den unterschiedlichen Kliniken konnten schon aus räumlichen Gründen meist nicht von anderen Operateuren genutzt werden. Unser Ziel ist, mit der schrittweisen Zentralisierung der Kliniken und der Erstellung des neuen Zentral-OPs mit 20 Sälen eine engere Abstimmung und damit eine größere

Tarifeinigung: VUD zeigt sich erleichtert

„Wir sind sehr erleichtert, dass TdL und Marburger Bund sich endlich geeinigt haben und damit ein Ende des Arbeitskampfes in Sicht ist“, erklärte der Vorsitzende des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD), Rüdiger Strehl, zu der Nachricht des Tarifabschlusses. Dieser Abschluss beschere den Universitätsklinika in Deutschland Aufwandssteigerungen zwischen 8 bis 18 Prozent für den ärztlichen Dienst. Diese Spanne ist nach Aussage des VUD davon abhängig, wie weitgehend die Kürzungen der Länder in den vergangenen Jahren bei der Verlängerung der Wochenarbeitszeit ohne Lohnausgleich, beim Weihnachtsgeld und beim Urlaubsgeld ausgefallen sind.

Weiter heißt es in der Pressemeldung: „Die Universitätsklinika haben mit einiger Verwunderung registriert, dass eine Einigung im Wesentlichen auf der materiellen Basis des Abschlusses zwischen TdL und ver.di von Mitte Mai erreicht werden konnte. Damit war der Arbeitskampf in den vergangenen 3 Wochen eigentlich nur abhängig von der Frage eines eigenständigen Tarifvertrages. Der VUD hatte stets darauf hingewiesen, dass man hier hätte flexibler und schneller verhandeln müssen.“

Eine vorläufige Bewertung des Tarifabschlusses aus der Sicht der Universitätsklinika habe 3 Aspekte vorrangig zu betrachten:

1. Die Steigerungen des Finanzaufwandes für den ärztlichen Dienst werden nur sehr schwer im Rahmen der Wirtschaftsführung aufzufangen sein. „Es sind alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen aufgefordert, die Universitätsklinika mit diesen Auswirkungen nicht alleine zu lassen“, forderte Strehl.
2. Die Struktur der Tarifregelung ist eher traditionell und unmodern. Der Schwerpunkt der Vereinbarung liegt auf einer deutlichen Anhebung der Grundgehälter. Dies ist die Tarifpolitik des vorvorigen Jahrhunderts. Moderne Vergütungssysteme stellen viel stärker auf Leistungsbezüge ab. Dies wäre insbesondere für die Oberärzte das angemessene Konzept gewesen. Leider haben TdL und Marburger Bund hierüber nur unzureichend verhandelt.
3. Aus dem Ablauf dieses Tarifkonfliktes müssen die entsprechenden Lehren gezogen werden. Die Besonderheiten von hochleistungsmedizinischen Unternehmen konnten in der TdL nur unzureichend geltend gemacht werden. Der VUD bekräftigt deshalb seine Forderung, dass nach Abschluss dieser Tarifrunde die Länder sehr gut beraten wären, wenn sie die Arbeitgeber- und damit Tarifzuständigkeit künftig vom Land auf die Universitätsklinika und Universitäten übertragen würden.

„Es gibt für das nichtwissenschaftliche Personal in Baden-Württemberg gute Erfahrungen, dass dies der richtige Schritt ist“, bekräftigt Strehl diese Verbandsforderung. ■

Ausnutzung der vorhandenen Ressourcen zu erreichen. Im jetzt schon vorhandenen „kleinen Zentral-OP“ mit 10 Sälen versuchen wir, das neue Konzept bereits weiter zu etablieren.

Welches ist das wichtigste Re-Organisationskonzept der Uniklinik Köln?

Dr. Blattmann: Das ist zweifellos unser Zentralisierungsvorhaben, die Schaffung eines Klinikums der „kurzen Wege“. Ähnliche Reduzierungs- und Organisationsmodelle werden praktisch in allen Universitätskliniken verfolgt, um das typische dezentrale Baukonzept universitärer Krankenhäuser den modernen Anforderungen anpassen zu können. In Köln haben wir mit dem dominierenden Bettenhaus beste Voraussetzungen für die Realisierung eines modernen, flexiblen Klinikbetriebes.

Wie steht es mit der Umsetzung der im „Master-Plan“ enthaltenen grundlegenden Neustrukturierung des Klinikums?

Dr. Blattmann: Entscheidende Schritte werden zurzeit unternommen oder sind bereits erfolgt, zum Beispiel der Neubau des Herzzentrums und der Beginn der Sanierung des Bettenhauses, um nur diese beiden Großprojekte zu nennen. Einige der notwendigen Investitionsmaßnahmen werden vom Land unterstützt und zu 50 Prozent vom Bund getragen. In das Bettenhaus integriert werden die heute noch dezentral angesiedelte Frauenklinik, die HNO, die Hautklinik, die Orthopädie, die Kinderklinik sowie die Neurochirurgie und die Neurologie.

Wie hoch ist das mögliche Einsparpotenzial der neu strukturierten Universitätsklinik Köln in der Zukunft?

Dr. Blattmann: Wir rechnen mit 35 Mio. € Einsparungen jährlich ab 2010/11. Damit kompensieren wir im Übrigen den aus heutiger Sicht zu berechnenden potenziellen jährlichen Verlust aus der DRG-Einführung.

Rechnen Sie mit Verlusten in einer solchen Größenordnung?

Dr. Blattmann: Das kann man aus heutiger Sicht befürchten. Es müssen deshalb schnell Lösungen gefunden werden, damit die Universitätskliniken mit ihrem spezialisierten und hoch komplizierten Leistungsspektrum nicht vor die Wand fahren. Die jetzigen DRG-Erlöse reichen sicher nicht für eine Refinanzierung der Maximal- und Supramaximalversorgung aus. Auf der anderen Seite brauchen Universitätskliniken aber auch einen Patientenmix, der an der Studenten- und Facharztausbildung ausgerichtet ist, das heißt „normale“ Kranke und Schwerkranke. Wenn dieses Spektrum in den Unikliniken nicht mehr vorkommt, wie es sich mancher Politiker oder Kassenfunktionär vorstellt, dann sehe ich unsere ureigensten Aufgaben in Forschung und Lehre stark gefährdet. Außerdem: Auch Universitätskliniken brauchen Patienten, an denen man „Geld verdienen“ kann.

Welche zusätzlichen Einnahmequellen erschließt Ihr Klinikum?

Dr. Blattmann: Unser Klinikum setzt auf das ambulante Operieren und bietet auch für von weit her anreisende Pa-

tienten und Angehörige mit dem geplanten Hotelbau auf dem Klinikgelände eine ansprechende Alternative. Wir setzen auch auf ausländische Patienten, die unser Angebot nutzen können. Wir bauen zurzeit massiv das Geschäftsfeld Rehabilitation und ambulante Physiotherapie aus. In diesen Bereichen wollen wir unsere Leistungen und auch unsere Erlöse steigern. Unsere verschiedenen Gesellschaften im Service- und Baubereich tragen langfristig zur finanziellen Stabilität des Klinikums bei. ■

Einigung zwischen TdL und Marburger Bund

Die TdL und der Marburger Bund haben sich am 16. Juni 2006 auf einen eigenständigen Tarifvertrag für Ärzte an Universitätskliniken geeinigt. Im Ärzte-Tarifvertrag wurden die ärztlichen Entgelttabellen des zwischen ver.di und der TdL abgeschlossenen Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) ohne Änderungen übernommen. Wesentliche Abweichungen im Vergleich zum TV-L enthält der Ärzte-Tarifvertrag im erweiterten Geltungsbereich (zum Beispiel Pathologie, Labor, Krankenhaushygiene), in der Vergütung des Bereitschaftsdienstes (25 Prozent Zuschlag an Feiertagen), in der Vergütung der Rufbereitschaft und in der Möglichkeit von abweichenden tariflichen Einstufungen. Der Tarifvertrag tritt zum 1. November 2006 in Kraft, die Entgelttabelle wird bereits zum 1. Juli 2006 angewendet. Der Vertrag hat eine Mindestlaufzeit bis 31. Dezember 2009, die Entgelttabellen können schon ein Jahr früher gekündigt werden. Zu Kritik seitens der Ärzte hat vor allem die von der TdL abgelehnte Abgleichung der Vergütungen in West und Ost beigetragen. Dennoch stimmte die Tarifkommission des Marburger Bundes dem Ergebnis zu.

■ Tarifverhandlungen VKA – Marburger Bund

Im Tarifkonflikt mit den kommunalen Krankenhäusern hat die große Tarifkommission des Marburger Bundes am 20. Juni 2006 das Scheitern der Verhandlungen erklärt und eine Urabstimmung über Streikmaßnahmen eingeleitet.

Der Deutsche Städtetag hatte am 12. Juni 2006 an die Länder appelliert, in den Tarifverhandlungen für die Ärzte in Universitätskliniken keine Zugeständnisse zu machen, die eine negative Pilotwirkung für die ebenfalls laufenden Verhandlungen der kommunalen Krankenhäuser mit dem Marburger Bund haben könnten. Der Hauptgeschäftsführer des Deutschen Städtetages, Dr. Stephan Articus, warnte davor, dass sich der Marburger Bund und die Tarifgemeinschaft der Länder auf einen arzt-spezifischen Tarifvertrag für Universitätskliniken einigen, der die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft überfordere. „Die Städte müssen befürchten, dass ihre Krankenhäuser am Ende einen zu teuren Kompromiss übernehmen müssen, den sie nicht bezahlen können und der die Häuser in Existenzprobleme treibt. Die Länder müssen bei ihren Verhandlungen die äußerst angespannte Finanzlage der kommunalen Krankenhäuser bedenken“, sagte Articus.

■ DKG: Rote Karte für den Marburger Bund

Nachdem sich bei der Urabstimmung des Marburger Bundes 97 Prozent der Ärzte für einen Streik ausgesprochen hatten, legten am 26. Juni 2006 rund 7 500 Ärztinnen und

Ärzte an kommunalen Krankenhäusern in 4 Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Schleswig-Holstein) ihre Arbeit nieder.

DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum erklärte zu den Streiks in kommunalen Kliniken: „Die Forderungen des Marburger Bundes sind vollständig von der sozialen Realität abgekoppelt. Wer in einer Zeit, in der in allen Zweigen der Sozialversicherung um die Finanzierbarkeit gerungen wird und sogar Leistungskürzungen hingenommen werden müssen, für eine Berufsgruppe in sozial verantwortlicher Schlüsselfunktion 30 Prozent Gehaltserhöhung fordert, handelt unverantwortlich. Der Marburger Bund verspielt durch seine unredliche Argumentation jegliche Glaubwürdigkeit. Vor 2 Wochen noch hat er mit den Universitätskliniken einen Vertrag abgeschlossen, in dem die Arbeitszeit bei 8 Stunden Tagesarbeit plus 16 Stunden Bereitschaftsdienst liegt. Genau das sieht auch der Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes (TVöD) vor. Jener Regelung hatte der Marburger Bund schon bei den Verhandlungen zum TVöD im Herbst 2005 zugestimmt, bevor er kurz

vor Abschluss aus machtpolitischen Gründen aus dem Gewerkschaftsbund ausgesichert ist. Es ist unredlich, nun als Streikmotiv die Arbeitszeiten der Ärzte ins Feld zu führen. Anders als in den Universitätskliniken wurde in den kommunalen Kliniken das Weihnachts- und Urlaubsgeld weiterhin bezahlt. Der seit 1. Oktober 2005 geltende TVöD sieht gerade für die jungen Ärzte eine Besserstellung beim Gehalt im Vergleich zu allen anderen akademischen Berufsgruppen im öffentlichen Dienst vor. Junge Klinikärzte erzielen an kommunalen Krankenhäusern bereits heute das Einkommen, das der Marburger Bund für die Uniklinikärzte vor 2 Wochen erstreikt hat. Nun wollen die Ärztefunktionäre nachmals nachkarten und brechen für ihr entrücktes Anspruchsdenken einen überflüssigen Streik vom Zaun.

Es bleibt festzuhalten, dass die Krankenhäuser für 2006 nur 0,63 Prozent der Gesamtausgaben für Gehaltssteigerungen zur Verfügung haben. Wer mehr fordert, gefährdet Standorte sowie Arbeitsplätze und erhöht den Rationalisierungsdruck.

Die kommunalen Kliniken bilden das Rückgrat der medizinischen Daseinsversorgung in Deutschland. Umso deutlicher muss sich die Politik jetzt zu den Nöten der kommunalen Einrichtungen bekennen und dem Marburger Bund die rote Karte zeigen, anstatt von der Zuschauertribüne aus auf einen Ausgleich zu hoffen.

Der Marburger Bund ist eine aus dem Ruder gelaufene Gewerkschaft, die das, was das sozialpartnerschaftliche Verhältnis in Deutschland seit jeher prägt, durch ihre Maßlosigkeit in einer sozial-aggressiven Weise aufs Spiel ge-



Foto: Mihatsch

„Städte und Landkreise können überhöhte Abschlüsse oberhalb der vorgegebenen Budgetsteigerungsraten von 0,63 Prozent nicht schultern.“

*DKG-Hauptgeschäftsführer
Georg Baum*

setzt hat, für die niemand mehr Verständnis haben kann.“

■ Lösung mit Augenmaß gefordert

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft (HKG) sorgt sich angesichts der jüngsten Tarifeinigungen um die künftige Finanzierbarkeit des Krankenhauspersonals. Auf der Mitgliederversammlung in der Asklepios Klinik St. Georg erklärte Jürgen Abshoff, Geschäftsführer der HKG: „Bei allem Verständnis, insbesondere für eine bessere Bezahlung junger Ärzte, kann niemand den Blick davor verschließen, dass die Krankenhäuser finanziell mit dem Rücken zur Wand stehen. Zweistellige Lohnsteigerungen lassen sich mit einer gesetzlich vorgegebenen Zuwachsbegrenzung von maximal 0,63 Prozent eben nicht finanzieren. Weder in Hamburg, noch anderswo. Wer das nicht sehen will, sägt an dem Ast, auf dem wir alle sitzen.“

■ Bayerische Krankenhäuser befürchten Kostenlawine

Die bayerischen Krankenhäuser sehen eine Kostenlawine auf sich zukommen, für deren Finanzierung zurzeit keine Mittel zur Verfügung stehen. „Von den aktuellen Tarifabschlüssen für den ärztlichen Dienst über steigende Energiepreise bis hin zur bevorstehenden Mehrwertsteuererhöhung kommen enorme Kosten auf die Kliniken zu und die aktuelle Gesetzeslage schließt bislang eine Refinanzierung aus“, so der Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG), Siegfried Hasenbein. Unter der Leitung der BKG trafen sich die Geschäftsführer und Vorstände der bayerischen Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufen zum jährlichen Erfahrungsaustausch am 22. und 23. Juni im Klinikum Ingolstadt.

Die Klinikchefs appellierten an den Marburger Bund, eine realistische Verhandlungsposition einzunehmen. Sie wiesen darauf hin, dass das Einkommen und die Arbeitsbedingungen der Ärzte in den kommunalen Häusern besser als in den Unikliniken seien. Die kommunalen Arbeitgeber nunmehr mit den gleichen Forderungen zu konfrontieren, sei in keiner Weise gerechtfertigt.

■ DBfK kritisiert Ärztestreik als unsolidarisch

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) verurteilte den Streikaufruf an die Ärzteschaft in kommunalen Kliniken scharf. Der Streik setze sich nicht für das Wohl der Patienten und aller im Krankenhaus tätigen Menschen ein, „sondern ausschließlich für die unmittelbaren Interessen der Ärzte selbst“. Angesichts der Finanzsituation der Kommunen bedeute zudem jede Mehrausgabe eine Streichung an anderer Stelle, sodass bei einem Erfolg des neuerlichen Streiks „wichtige Stellen in anderen Krankenhausbereichen wegfallen dürften – zum Nachteil der Patienten“. ■