

Geld oder Stellen – Vom Leid der Tarifabschlüsse im Gesundheitswesen

Die Fakten liegen auf dem Tisch – die Tarifverhandlungen der Ärzte und des Bundes und der Kommunen im öffentlichen Dienst sind abgeschlossen, Streiks konnten vermieden werden, die Verhandlungsergebnisse sind veröffentlicht und die Tarifpartner sind wie gewohnt bemüht die Tarifergebnisse als Erfolg für sich und ihre Mitglieder zu interpretieren. Nur – so richtig Freude will, mit Ausnahme vielleicht bei den Ärzten, trotzdem nicht aufkommen. Bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist beispielsweise von `Katerstimmung´ und `existentieller Not´ der Kliniken die Rede [1.]. Speziell auch für die Beschäftigten in der Pflege¹ gestalten sich die verabschiedeten Tarifpakete insgesamt deutlich unvorteilhafter, wenn nicht sogar problematischer, als es auf den ersten Blick den Anschein hat. So beleuchtet der nachfolgende Artikel die Hintergründe, Fakten, Auswirkungen und Konsequenzen der jüngsten Tarifabschlüsse aus der Perspektive von Beschäftigten in der Pflege.

Die Budgetierung und ihre Auswirkungen bei Tarifabschlüssen

Die Wurzel der Finanzierungsprobleme in den deutschen Kliniken ist die Krankenhaus-Budgetierung. Um diese mitsamt ihren Auswirkungen zu verstehen, muss man zunächst einen kurzen historischen Rückblick in das Jahr 1993 machen. Damals wurde nämlich in der zweiten Stufe des `Gesundheitsstrukturgesetzes´ erstmals eine Budgetierung, d.h. eine Ausgaben-Deckelung im deutschen Gesundheitswesen und somit auch in den deutschen Krankenhäusern eingeführt. Die aktuell gültige Variante dieser Budgetierung, die so genannte `retrospektive Budgetierung´, wurde dann im Jahr 1998 beschlossen. `Retrospektive Budgetierung´ bedeutet, dass am 15. September eines jeden Kalenderjahres das Krankenhaus-Budget des folgenden Kalenderjahres festgelegt wird. So wurde beispielsweise am 15.09.2007 das Budget für das laufende Kalenderjahr 2008 beschlossen.

¹ Bei berufspolitischen Inhalten ist in diesem Aufsatz primär die Profession Pflege angesprochen; in tarifpolitischer Hinsicht sind hingegen grundsätzlich alle nicht-ärztlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gemeint.

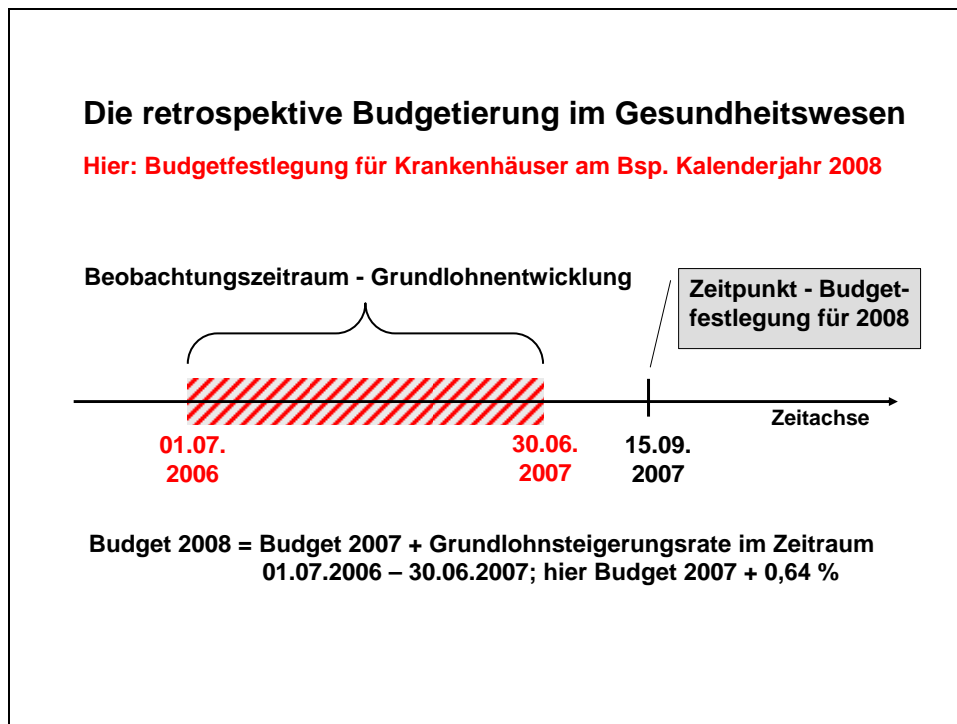


Abb.1 Budgetfestlegung am Beispiel Kalenderjahr 2008; Quelle: eigene Abb.

Berechnungsgrundlage für die Budgetbestimmung eines Jahres ist das Budget des Vorjahres zuzüglich einer jährlich variierenden Steigerungsrate. Diese Steigerungsrate ist gekoppelt an die so genannte Grundlohnentwicklung² aller Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung in einem bestimmten Berechnungszeitraum. Für diese Grundlohnentwicklung gilt vereinfacht ausgedrückt – je besser die gesamtwirtschaftliche Entwicklung ist, je mehr sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in Arbeit sind, je höher die Tarifabschlüsse dieser Beschäftigten ausfallen und je geringer die Arbeitslosenrate ist, desto höher ist die Grundlohnsteigerungsrate. Je höher die Grundlohnsteigerungsrate desto höher ist wiederum im darauf folgenden Kalenderjahr das Budget für die Kliniken und umgekehrt.

Das so errechnete Budget wird von den Krankenkassen dann nach dem gleichen, oben schon erwähnten Berechnungsschlüssel (Vorjahresbudget + Grundlohnsteigerungsrate) an die einzelnen Kliniken weitergegeben. Da im relevanten Beobachtungszeitraum für die Budgetbestimmung 2008 die gesamtwirtschaftliche Entwicklung, wie auch schon in den Vorjahren, eher schlecht war, fiel auch die diesjährige Steigerungsrate gering aus. Sie beläuft sich für das laufende Jahr auf nur 0,64%. Den Kliniken steht für das Kalenderjahr 2008 somit lediglich das Vorjahresbudget

² Sozialversicherungspflichtige Lohnspanne zwischen der Geringverdiener- und der Beitragsbemessungsgrenze

plus eine Steigerung von 0.64% zur Verfügung. Stellt man diesem Wert allein die Mehrkosten durch die dreiprozentige Mehrwertsteuererhöhung und die prognostizierte Inflationsrate von 3,1% [2.] für 2008 gegenüber, wird schnell die finanzielle Notlage der Kliniken offensichtlich.

Innerhalb der Kliniken erfolgt die Verteilung des Jahresbudgets dann nach keinem einheitlichen Verteilungsschlüssel mehr. Hier besteht in der Regel ein Spielraum wer wie viel von dem zur Verfügung stehenden Geld zugeteilt bekommt. Neben den zu erwartenden Kosten des jeweiligen Bereiches erfolgt die Geldverteilung innerhalb der Kliniken letztlich auch nach Gesichtspunkten wie Macht, Ansehen und Durchsetzungsvermögen von einzelnen Berufsgruppen.

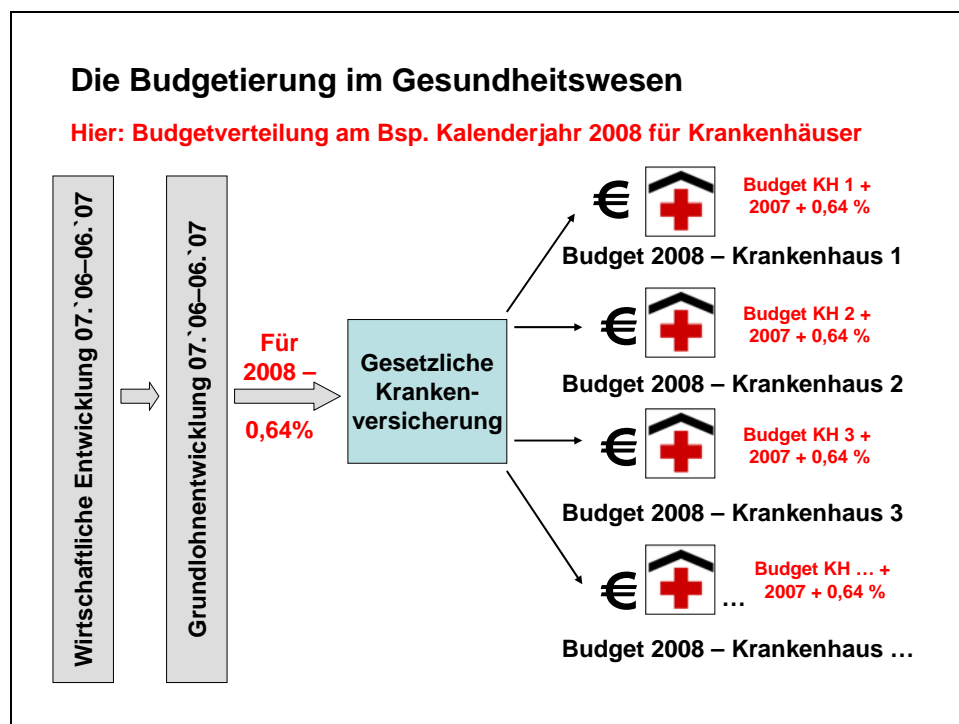


Abb. 2 Budgetverteilung am Bsp. Kalenderjahr 2008 für KH; Quelle: eigene Abb.

Nochmals zusammengefasst - die Krankenhäuser müssen also jedes Jahr mit einem festen Budget auskommen, dessen Berechnungsgrundlage nicht auf der aktuellen, sondern auf der Grundlohn-Entwicklung des Vor-, bzw. Vorvorjahres beruht.

Das ohnehin schon knappe Krankenhaus-Budget wurde und wird zusätzlich noch stark durch Tarifabschlüsse, insbesondere die hohen Tarifabschlüsse der Ärzte 2006 und 2008, belastet. Folge war und ist ein Stellenabbau, der vor allem die zahlenmä-

ßig stärkste Berufsgruppe im Gesundheitswesen, die Pflege, traf und trifft³. Aufgrund der Budgetierung können zusätzliche Kosten und Ausgaben jeweils nur durch Stellenabbau kompensiert werden. Es ist tragisch aber wahr - im System der Krankenhaus-Budgetierung bedingt also eine Tarif- und Lohnerhöhung einen Stellenabbau mit nachfolgender Arbeitsverdichtung für die verbliebenen Beschäftigten.

Soweit zu den Hintergründen – schauen wir uns nun die neuesten Tarifabschlüsse von Bund und Kommunen im öffentlichen Dienst und von den Ärzten genauer an.

Die Ergebnisse der aktuellen Tarifabschlüsse

Auf folgende Ergebnisse haben sich die Gewerkschaften Ver.di und dbb sowie die Arbeitgeberseite verständigt [3.]:

Tarifabschlüsse - allgemeiner öffentlicher Dienst:

- Rückwirkend zum 01.01.2008 (Tarifgebiet Ost: 01.04.2008) bekommen die Beschäftigten zusätzlich pauschal 50.-€ Sockelbetrag auf das Gehalt aufgeschlagen sowie 3,1% Lohnerhöhung.
- Mit dem 01.01.2009 erfolgt eine weitere Lohnsteigerung von 2,8%.
- Im Januar 2009 erhalten die Entgeltgruppen 1-15 eine Einmalzahlung von 225.-€
- Für das Tarifgebiet Ost wird für die Entgeltgruppen 1-9 das Gehalt ab dem 01.04.2008 auf Westniveau angehoben.
- Die Arbeitszeit wird auf 39 Wochenstunden erhöht, außer im Tarifgebiet Ost, wo die Arbeitszeit, wie bisher, bei 40 Wochenstunden bleibt.
- Auszubildende erhalten einen Ausbildungsvergütungsaufschlag von 70.-€
- Die Tarifvertragsparteien wollen eine weitere Stärkung der Leistungsorientierung im öffentlichen Dienst.
- Der Tarifvertrag hat eine Mindestlaufzeit bis zum 31.12.2009.

Was von Ver.di in der Öffentlichkeit, und vor allem auch gegenüber den Pflegenden, eher leise und nicht ausreichend klar kommuniziert wurde, ist die Tatsache, dass für

³ Im Zeitraum von 1995 bis 2005 nahmen die Stellen der Ärzte in den deutschen Kliniken um 19,5% zu, die Stellen in der Pflege wurden im gleichen Zeitraum jedoch um 13,5 % abgebaut. Pflgethermometer 2007, dip.

die Beschäftigten der Krankenhäuser von Bund und den Kommunen anders lautende Regelung vereinbart wurden. Abweichend von den oben aufgeführten Tarif-Eckdaten für den allgemeinen öffentlichen Dienst wurden für die Krankenhäuser, vermutlich auf Grund der geringen Budget-Steigerungsrate, folgende Abschlüsse getätigt.

Tarifabschlüsse – Krankenhäuser von Bund und Kommunen:

- Beschäftigte der Krankenhäuser bekommen rückwirkend zum 01.01.2008 (Tarifgebiet Ost: 01.04.2008) ebenfalls den Sockelbetrag von 50.-€ jedoch nur eine Lohnsteigerung von 1,6%.
- Im Gegenzug steigen die Gehälter in den Krankenhäusern ab 01.01.2009 stärker als im Allgemeinen öffentlichen Dienst, nämlich anstatt um 2,8% um 4,3%, die prozentuale Lohnerhöhung verschiebt sich somit zeitlich.
- Die Einmalzahlung von 225.-€ gilt ebenfalls für die Krankenhausbeschäftigten.
- Einschränkungen:
 1. Die ein prozentige leistungsbezogene Zulage wurde für die Laufzeit des Tarifvertrages ausgesetzt.
 2. Die Krankenhauszulage wird um 10.-€ von 35.- auf 25.- € reduziert (von dieser Regelung ist Baden-Württemberg ausgeschlossen).
- Die durchschnittliche Arbeitszeit bleibt, im Gegensatz zum allgemeinen öffentlichen Dienst, für die Krankenhausbeschäftigten bei 38,5 Wochenarbeitsstunden. (Tarifgebiet Ost: weiterhin 40 Wochenstunden und Baden-Württemberg weiterhin 39 Wochenstunden)

Nicht-ärztliche Krankenhausangestellte erhalten somit eine geringere Lohnerhöhung, behalten jedoch im Gegenzug ihre bisherige wöchentliche Arbeitszeit. Dieser Abschluss ist vor dem Hintergrund der nur 0,64-prozentigen Budget-Steigerungsrate verständlich und belastet die Kliniken nicht zusätzlich. Bitter ist allerdings, dass die einprozentige Leistungszulage ausgesetzt wird. Zur Erinnerung - diese war nach den letzten Tarifverhandlungen 2005 nach hartem Arbeitskampf eingeführt worden. Die Gegenleistung für die Einführung der Leistungszulage waren damals moderate Tarifierhöhungen gewesen. Die jüngst proklamierten Aussagen der Tarifparteien nach einer Stärkung der gerade ausgesetzten Leistungsbezogenheit erscheinen somit etwas unglaublich. Nun zu den Tarifabschlüssen der Ärzte.

Tarifabschlüsse – Ärzte in Krankenhäuser von Bund und Kommunen:

- Ärzte in den Krankenhäusern von Bund und Kommunen bekommen nach dem Abschluss rückwirkend zum 01.04.2008 eine Erhöhung Ihrer Bezüge von durchschnittlich 4,0%.
- Zum 01.01.2009 erfolgt dann eine weitere Erhöhung um 3,8%.

Tarifpolitische Änderungen	Öffentlicher Dienst allgemein	Angestellte im Krankenhaus	Ärzte
Erhöhungen 2008	Sockelbetrag 50.-€ +3,1 % (rückwirkend zum 01.01.) ¹	Sockelbetrag 50.-€ +1,6% (rückwirkend zum 01.01.) ¹	4,0% (rückwirkend zum 01.04.)
Erhöhungen 2009	2,8%	4,3%	3,8%
Einmalzahlung 2009	225.-€²	225.-€²	-
Wochenarbeitszeit	39 Std.³	38,5 Std.³	40 Std.
Leistungsbezogene Zulage	Keine Änderungen	1% ausgesetzt für die Laufzeit des Tarifvertrages	Keine Leistungsbezogene Zulage vereinbart.
Krankenhauszulage	-	Reduzierung um 10.-€/ Monat	-

¹ Tarifgebiet Ost rückwirkend zum 01.04.2008

² Auszahlungen im Januar 2009

³ Ausgenommen das Tarifgebiet Ost (40Std.) und Baden-Württemberg (39Std.)

Wie man sieht wurde für das Jahr 2008 wiederum ein deutlich über dem Tarifniveau im Gesundheitswesen liegender Tarifabschluss durch die Klinikärzte erzielt. Vor dem Hintergrund der oben dargelegten Budgetierung der Krankenhäuser bedeutet diese Tarifierhöhung zwangsläufig, dass den Kliniken 2008 Geld fehlt, und das in beträchtlichem Maße. Die Folge wird, wie schon nach dem letzten ärztlichen Tarifabschluss, eine weitere Welle des Stellenabbaus in den Kliniken sein. Das Geld, auf das die Pflegenden durch den moderaten Tarifabschluss in diesem Jahr verzichtet haben, fließt nun an die Ärzte, und das in voller Kenntnis um die prekäre Finanzsituation der Kliniken und deren Folgen. Man kommt also an dieser Stelle nicht um die Feststellung herum, dass das tarifpolitische Vorgehen der Ärzte und ihrer Gewerkschaft 'Marburger Bund' insgesamt äußerst unsolidarisch, aber auch immens effektiv und effizient war. Wer sich so gut in der Öffentlichkeit darzustellen versteht wie die Ärzte,

und wer noch dazu so gut berufs- und tarifpolitisch aufgestellt ist, der muss einfach erfolgreich sein.

Die Pflege und ihre tarifpolitische Organisation

Ebenfalls unsolidarisch und effektiv, wenn auch nicht annähernd so effizient, ging in jüngerer Vergangenheit auch noch eine andere Gewerkschaft vor – die GdL, die Gewerkschaft der Lokführer. Bemerkenswert war in diesem Marathon-Tarifkampf vor allem die Entschlossenheit der Mitglieder der GdL. Bemerkenswert ist aber auch die tarifpolitische Macht, die eine kleine Gruppe gut organisierter Gleichgesinnter an einer strategisch wichtigen Stelle der Arbeitsprozesse entfalten kann.

Betrachten wir nun die tarifpolitischen Vertretungen der Pflege. Wir haben hier nahezu ein Gewerkschafts-Monopol. Neben der bislang leider wenig bekannten und beachteten Gewerkschaft BiG (Berufe im Gesundheitswesen) ist die vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft Ver.di zur Zeit *die* tarifpolitische Vertretung der professionell Pflegenden.

Ver.di hat 2008 einen, vor dem Hintergrund der Budgettierung und der angespannten Finanzsituation der Kliniken von Bund und Kommunen nachvollziehbaren und ordentlichen Tarifabschluss erzielt. Dass dieser Tarifabschluss den finanziellen Nachholbedarf bei den Pflegenden nicht deckt und außerdem den nachfolgenden hohen Tarifabschluss der Ärzte indirekt erst mit ermöglichte kann man Ver.di nicht vorwerfen. Trotzdem muss an dieser Stelle einmal die Frage aufgeworfen werden, ob Ver.di die Interessen der Pflege wirklich zufrieden stellend vertritt, bzw. vertreten kann oder will.

So präsentiert sich Ver.di von ihrer strategischen Ausrichtung her durchweg nicht als Gewerkschaft für die Beschäftigten im Gesundheitswesen, sie präsentiert sich als Gewerkschaft für alle Beschäftigten des gesamten öffentlichen Dienstes. Dabei gelingt es Ver.di verständlicherweise nicht, die ganze Vielfalt unterschiedlichster Interessen im öffentlichen Dienst gleichberechtigt zu vertreten. Ver.di schafft es aufgrund ihrer strategischen Ausrichtung nicht, die spezifischen Probleme und Anliegen der Beschäftigten im Gesundheitswesen innerhalb und außerhalb eines Tarifkonfliktes trennscharf darzulegen, so dass die Belange unserer Berufsgruppe im bunten Professionsmix des öffentlichen Dienstes untergehen. Wie erfolgreich und effektiv hin-

gegen die tarifpolitische Vertretung einer einzelnen, gut organisierten und vertretenen Berufsgruppe sein kann, hat uns der Tarifabschluss der Ärzte und der Lokführer eindeutig vor Augen geführt. Durch die strategische Ausrichtung auf eine spezifische Berufsgruppe gelang es diesen Gewerkschaften gut, deren Interessen einer breiten Öffentlichkeit plausibel zu vermitteln und eine breite Zustimmung in der Bevölkerung zu erreichen. Auch eine gut organisierte und für ihre eigenen Belange auftretende Pflege besäße ein vergleichbar großes tarifpolitisches Machtpotential.

Deutlich zustimmen muss man Ver.di allerdings bei ihrem Appell nach einer besseren (tarif- und berufspolitischen) Organisation der Pflege. Eine schlecht organisierte Pflege kann keine wirklich überzeugenden Tarifabschlüsse erwarten. Unterlassen sollte Ver.di hingegen die nach Tarifabschlüssen viel vernommenen `Trittbrettfahrer'-Vorwürfe an nichtorganisierte Pflegende. Um Pflegende mehr anzusprechen sollte Ver.di vielmehr ihre strategische, tarif- und gebührenpolitische Ausrichtung einmal selbstkritisch überprüfen. Wenn Ver.di die Mitglieder aus der Pflege fehlen kann dies natürlich an den Pflegenden, aber auch an Ver.di selbst liegen.

Entscheiden muss sich die tarifpolitisch interessierte professionell Pflegende⁴ letztlich also zwischen den Alternativen BiG und Ver.di – also zwischen den Alternativen `Strategisch interessant ausgerichtet aber tarifpolitisch noch nicht aktiv´ und `Strategisch zu unspezifisch ausgerichtet aber tarifpolitisch aktiv´. Tatsache ist und bleibt jedoch - kein Gesetzgeber lockert freiwillig die Budgetierung und kein Arbeitgeber zahlt seinen Mitarbeitern freiwillig mehr Geld. Hierzu bedarf es einer starken gewerkschaftlichen Organisation, die mit steigender Mitgliederzahl an tarifpolitischer Stärke gewinnt.

Unsere Appelle und Forderungen

Es ist zwingend notwendig, dass eine breite berufs- und tarifpolitische Diskussion inner- und außerhalb der Pflege beginnt. In diesem Sinne, und auf der Basis der obigen Ausführungen möchten wir abschließend noch die folgenden Appelle und Forderungen formulieren:

⁴ Selbstverständlich sind immer auch unsere männlichen Kollegen gemeint und angesprochen.

- Wir fordern die Verantwortlichen in den Kliniken auf, den aktuellen Tarifabschluss der Ärzte nicht durch einen weiteren Stellenabbau in der Pflege zu finanzieren.
- Wir fordern die Gewerkschaften auf, pflegespezifische Programme aufzulegen und publik zu machen, und sich somit als wirkliche Partner der Pflege und der anderen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe zu positionieren. Pflegende sind keine Gut-Verdiener - ermöglichen Sie den Pflegenden durch eine attraktive Gebührenpolitik einen niederschweligen Zugang zur ihrer Organisation.
- Im Sinne der Qualität, der Sicherheit und Zufriedenheit der Patienten und Beschäftigten im Gesundheitswesen fordern wir die politisch Verantwortlichen auf, den Würgegriff der Budgetierung zu lockern.
- Wir fordern insbesondere die Ausbildungsstätten auf, über die Funktionsweise und aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen zu informieren und so einen Grundstein für ein höheres pflegerisches Engagement zu legen. Denn nur wer berufs- und tarifpolitisch informiert ist, kann die Zusammenhänge nachvollziehen und dadurch aktiv an den geforderten Änderungen teilnehmen.
- Wir fordern die professionell Pflegenden auf sich vermehrt zu organisieren und zu solidarisieren. Von den gesundheits- und tarifpolitischen Entwicklungen und Entscheidungen ist jeder Einzelne von uns direkt betroffen. Unterstützen Sie alle klinikinternen und -externen Aktivitäten, die das Ziel haben einen weiteren Stellenabbau in der Pflege zu vermeiden.

Ein Artikel von Georg Baur, Thomas Hibbe, Sascha Leppert und Sven Steppat

www.pflegeimaufbruch.de

info@pflegeimaufbruch.de

Quellen:

1. Spiegel online (2008): Kliniken protestieren gegen Tarifabschluss. www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,546370,00.html, 12.04.08
2. Statistisches Bundesamt (2008): <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Preise/Verbraucherpreise/Aktuell.psm1>. 17.04.2008
3. ver.di-Homepage (2008): Tarifeinigung in den Tarifverhandlungen für die Beschäftigten des öffentlichen Dienstes von Bund und kommunalen Arbeitgebern im Wortlaut. http://tarif-oed.verdi.de/tarifrunden/oed-tarifrunde_2008/tarifeinigung/#anlage_2_besondere_regelungen_fuer_krankenhaeuser, 13.04.2008