

Dr. Burghard Rocke/Hinrich Rocke

Der neue TVöD Spartentarifvertrag Krankenhaus – der Weg in die Zukunft?

Nach dem Abschluss eines Tarifvertrags Öffentlicher Dienst (TVöD) am 9. Februar 2005 haben die Verhandlungspartner die Aufgabe, wesentliche Bestandteile bis zum In-Kraft-Treten im Oktober 2005 zu konkretisieren. In den Krankenhäusern werden diese Verhandlungen aufmerksam beobachtet. Die Umsetzung der teilweise im Vergleich zum BAT grundlegend neuen tariflichen Regelungen wird maßgeblich von den teilweise noch ausstehenden Ergebnissen beeinflusst. Dennoch zeichnet sich bereits jetzt ein Paradigmenwechsel in der Entgelt- und Personalpolitik der Krankenhäuser ab. Der Wechsel vom starren BAT-Tarifgefüge zu einem flexiblen und leistungsorientierten Steuerungsinstrument bietet Chancen und Möglichkeiten, die allerdings aktiv genutzt werden müssen, um die gewünschte Wirkung entfalten zu können.

Tarifverträge werden nach einem ermüdenden Verhandlungsmarathon meist in den Morgenstunden geschlossen. Nach dem vor den Fernsehkameras einvernehmlich verkündeten Ergebnis gehen die Gespräche weiter, sie heißen dann „Redaktionsverhandlungen“, was sie aber nur zum Teil sind. Diese „Verhandlungen“ werden nicht vom Bundesinnenminister, vom Vorsitzenden der Vereinigung Kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) oder vom Vorsitzenden von Ver.di geführt, sondern von den Tarifspezialisten der beteiligten Organisationen und Verbände. Nach dem Abschluss des TVöD vom 9. Februar haben die „Redaktionsverhandlungen“ eine sehr große Bedeutung, über 25 Prozent der Verhandlungsmasse sind nach übereinstimmender Ansicht der Experten noch nicht geeinigt. Angesichts des außergewöhnlichen Stoffumfangs ist es allerdings gut verständlich, dass vieles offen bleiben musste. Allein die sehr wichtigen Verhandlungen über die Reduzierung der 17 000 Eingruppierungsmerkmale auf 100 – so die Zielvorstellung – werden sich bis zum 1. Juli 2007 hinziehen.

Trotz dieser unregelmäßigen Verhandlungsmasse ist mit dem Tarifvertragsabschluss TVöD mehr bewegt worden, als noch vor 3 Jahren von irgendjemandem vorausgesagt wurde¹⁾. Zwar war eine grundlegende Tarifreform schon längst überfällig; es bestand aber noch vor kurzer Zeit wenig Hoffnung, dass in die festgefahrenen Fronten der Tarifvertragsparteien entscheidende Bewegung hineinkommen würde. Nun gilt es, das gefundene Ergebnis aus der Sicht der Krankenhäuser zu bewerten.²⁾

Chancen für die Krankenhäuser

Es ist davon auszugehen, dass die Tarifverhandlungen in den noch unregelmäßigen Punkten zumindest teilweise die

Erwartungen der Krankenhäuser erfüllen werden. Wenn dies nicht eintritt, wird sich die Flucht der Krankenhäuser aus dem BAT fortsetzen. Die Gewerkschaftsseite ist gegenwärtig zu schwach, um sich dieser Entwicklung durch Streikmaßnahmen zu widersetzen.

Kliniken, die bereits aus der BAT-Bindung ausgeschert sind, werden ohnedies genau abschätzen, ob und ggf. wann der Zeitpunkt gekommen ist, durch einen Wiedereintritt in den Arbeitgeberverband den TVöD anzuwenden (siehe § 3 Absatz 1 Tarifvertragsgesetz). Diese Häuser haben durchaus – neben dem Wegfall der Einmalzahlungen von 300 € in den Jahren 2005, 2006 und 2007 – einen Vorteil:

- Der BAT ist durch die Stürme der Zeit gegangen. Es liegt eine umfangreiche Rechtsprechung vor, die Regelungslücken sind ausgefüllt. Im neuen TVöD hingegen wird es noch viele bislang unerkannte Fallgruben geben.

- Im Fall des Wiedereintritts gilt für die Ver.di-Mitglieder und für neu einzustellende Arbeitnehmer der TVöD. Nicht organisierten „Altarbeitnehmern“ wäre auch aufgrund des Gleichbehandlungsgrundsatzes anzubieten, im Wege des Individualvertrags den TVöD für sich gelten zu lassen. Etlliche Arbeitnehmer, für die sich keine Besserstellung ergibt, werden dieses Angebot nicht annehmen; allerdings werden sie sich, da der BAT statisch, also ohne Entgelterhöhung durch die Lohnrunde, weiter gilt, früher oder später freiwillig doch dem Regime des TVöD fügen.

- ☞ Es gilt also für alle Krankenhäuser, die Ergebnisse der laufenden TVöD-Tarifverhandlungen, die Stück für Stück erzielt werden, genau zu beobachten und zu bewerten.

- ☞ Die Vertragsparteien sollen und müssen wissen, dass der TVöD immer noch zur Disposition der Häuser steht. Noch ist der Austritt aus den Kommunalen Arbeitgeberverbänden vor dem In-Kraft-Treten des TVöD am 1. Oktober 2005 möglich.

Die Kündigungsfristen sind allerdings durchaus unterschiedlich, nicht selten 6 Wochen vor dem Ende des Kalendervierteljahres. Dann müsste dem Arbeitgeberverband die Kündigung am 16. August 2005 zugehen.³⁾ Die Kündigungserklärung selbst ist freilich noch das Leichteste. Schwieriger ist es, den dafür nötigen Gremienbeschluss zu erlangen. Vereinzelt haben Häuser hier bereits Vorarbeiten geleistet und ihre Entscheidungsgremien strukturiert. Beschlüsse dieser Art verursachen mehr Unruhe, als in der Regel erwartet wird.

- ☞ Vorausgesetzt, die Tarifverhandlungen erfüllen zumindest teilweise die Erwartungen der Krankenhäuserseite, bie-

ten sich insgesamt durch den TVöD Spartentarifvertrag Krankenhaus mehr Chancen als Nachteile für die Häuser.

Dabei ist für die Budgetverhandlungen darauf hinzuweisen, dass die Einmalzahlung von 300 € im Jahr 2005 eine Erhöhung von 1 Prozent ausmacht. Ansonsten werden die Mehrkosten der Überleitung und die Minderkosten durch Fluktuation sich bis 2007 neutralisieren (Mehrkosten der Überleitung: ca. 0,5 Prozent je nach Personalstärke; Minderkosten durch Fluktuation bei 4 Prozent des Personals bis 2007: 0,4 bis 0,6 Prozent).

Möglichkeiten, die Arbeitszeit zu verlängern

Durch Kündigung zur 40-Stunden-Woche für neu einzustellende Mitarbeiter

Etlliches, so die Aufhebung der Unterschiede zwischen Angestellten und Arbeitern sowie die für alle geltenden Entgeltgruppen 1 – 15, stand und steht im Vordergrund der Berichterstattung über den TVöD. Wichtige und nicht nur für die Krankenhäuser relevante Vorteile wurden bislang weniger beleuchtet.

- So hat der KAV auf landesbezirklicher Grundlage die Möglichkeit, die Arbeitszeitschriften des § 8 Absatz 1 Satz 1 TVöD, wonach 38,5 Stunden in der Woche zu arbeiten sind, mit einer Frist von einem Monat zum Schluss eines Kalendermonats zu kündigen. Die regelmäßige Arbeitszeit für neu einzustellende Mitarbeiter kann so auf 40 Stunden verlängert werden. Auf diese Weise könnte man mit der wöchentlichen Arbeitszeit im Tarifgebiet Ost gleichziehen. Hier gilt es, Druck im KAV auf Landesebene aufzubauen. Es gibt große Städte, die einen starken Arbeitskräfteübergang haben und daher eher zu kurzen Wochenarbeitszeiten tendieren. Für die Krankenhäuser steht ohne Wenn und Aber die Forderung nach der 40-Stunden-Woche.

Durch Tarifvertrag auf landesbezirklicher Ebene zur 40-Stunden-Woche auch für Altarbeitnehmer

Die beschriebene Kündigung der Arbeitszeit von 38,5 Stunden und die Verlängerung auf 40 Stunden gilt nur für neu einzustellende Mitarbeiter. Die 40-Stunden-Woche für die „alten“ Arbeitnehmer ist durch eine landesbezirkliche Einigung mit Ver.di erreichbar. Dafür sind Gegenleistungen zu erbringen. Diese könnten in einem Verzicht auf betriebsbedingte Kündigungen liegen. Angesichts der Auswirkungen der Konvergenzphase und zunehmender Kooperationen zwischen Krankenhäusern dürften etliche Arbeitsplätze ganz konkret gefährdet sein. Somit ist genug Masse für diese Verhandlungen vorhanden, die sich allein auf den Bereich Krankenhäuser beziehen können.

Daneben besteht die Möglichkeit, mit Ver.di folgenden Weg zu sondieren:

- Der KAV verzichtet auf die Kündigung, wenn man sich tarifvertraglich darauf einigt, dass alle Arbeitnehmer 39,5 Stunden in der Woche arbeiten. Im Fall der Einigung hätte man sofort die gleiche Arbeitszeit für alle, allerdings würde man so die Chance aus der Hand geben, auf Dauer durch Fluktuation zur 40-Stunden-Woche für alle zu kommen.

- Bevor landesbezirkliche Verhandlungen aufgenommen werden, ist zudem zu sondieren, ob die Länder sich eventuell mit Ver.di auf eine längere Arbeitszeit einigen, als es bislang Ver.di und die VKA getan haben. Dann könnte die VKA unter Berufung auf die im Tarifabschluss vom 9. Februar 2005 vereinbarte Meistbegünstigungsklausel auch diese verlängerte Arbeitszeit beanspruchen.

Arbeitszeitverlängerungen durch Notlagentarifverträge zur Zukunftssicherung

Zur Lösung der Anpassungsprobleme im Zusammenhang mit den Auswirkungen des GMG gibt es im Tarifvertragsabschluss vom 9. Februar einen noch nicht erfüllten Verhandlungsauftrag, den Rahmen für Notlagentarifverträge zur Zukunftssicherung zu entwickeln. Der konkrete Notlagentarifvertrag soll zeitlich begrenzt – zum Beispiel 3 Jahre lang – über eine schwierige Wirtschafts- und Finanzlage hinweghelfen. Voraussetzung ist die Insolvenzfähigkeit des betreffenden Hauses, die zum Beispiel bei Regiebetrieben nicht gegeben ist (siehe § 12 Absatz 1 Nr. 2 Insolvenzordnung). Die Anforderungen an den konkreten Notlagentarifvertrag sind nicht so eng wie beim Institut der so genannten Sanierungstarifverträge. Diese erfordern eine existenzbedrohende Lage. Konkrete Notlagentarifverträge sollen helfen, schwierige, durch die Konvergenz bedingte Situationen zu meistern. Neben Arbeitszeitverlängerungen sind andere Möglichkeiten der Kostenentlastung für die Krankenhäuser denkbar. Auch hier gilt es, Verbindung mit dem KAV zu halten, damit dieses Thema nicht als Kompromissmasse bei den Tarifverhandlungen untergeht. Ver.di muss bewusst sein, dass die Tariffucht weitergeht, wenn die Krankenhäuser in finanziellen Notlagen sind bzw. bleiben.

■ Spezifizierung der Entgelttabelle

Für das bisher unter die Anlage 1 a zum BAT fallende Krankenhauspersonal einschließlich der Gruppe der Ärzte und der in den Verwaltungen der Häuser tätigen MitarbeiterInnen sowie für das bisher unter die Anlage 1 b zum BAT fallende Krankenpflegepersonal

Es gibt eine einheitliche Entgelttabelle mit 15 Entgeltgruppen – angelehnt an die Beamtenbesoldung von A 1 bis A 15. Die Entgeltgruppen 1 bis 4 sind grundsätzlich für Mitarbeiter mit zweijähriger Ausbildung (in der Beamtenbesoldung der einfache Dienst) vorgesehen, die Entgeltgruppen 5 bis 8 für Mitarbeiter mit dreijähriger Ausbildung (in der Beamtenbesoldung der mittlere Dienst), die Gruppen 9 bis 12 setzen ein Fachhochschulstudium (der gehobene Dienst) und die Gruppen 13 bis 15 ein Universitätsstudium (der höhere Dienst) voraus. Die Tabelle hat in jeder Entgeltgruppe 2 Grundentgeltstufen und 4 Entwicklungsstufen.

Die Tabelle gilt für Arbeiter und Angestellte. Sie enthält in der abgebildeten Fassung die Werte für das unter die bisherige Anlage 1 a zum BAT fallende Personal (einschließlich der Gruppe der Verwaltung und der Ärzte). Die Werte für das bisher unter die Anlage 1 b fallende Krankenpflegepersonal sind noch in die Tabelle zu integrieren.

Als 1989 ein Pflegenotstand drohte, wurden die Krankenschwestern und -pfleger tariflich gegenüber anderen Be-

Tabelle TVöD

(Tarifbereich Ost entsprechend jeweiligem Anpassungssatz, zur Zeit 92,5 vH)

Entgelt- gruppe	Grundentgelt		Entwicklungsstufen			
	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
		nach 1 Jahr	nach 3 Jahren	nach 6 Jahren	nach 10 Jahren	nach 15 Jahren
15	3 384	3 760	3 900	4 400	4 780	5 030 ^{1,1a}
14	3 060	3 400	3 600	3 900	4 360	4 610 ¹
13	2 817	3 130	3 300	3 630	4 090	4 280 ¹
12	2 520	2 800	3 200	3 550	4 000	4 200 ¹
11	2 430	2 700	2 900	3 200	3 635	3 835 ¹
10	2 340	2 600	2 800	3 000	3 380	3 470 ¹
9	2 061	2 290	2 410	2 730 ^{2a/2b}	2 980 ^{2c}	3 180 ¹
8	1 926	2 140	2 240	2 330	2 430	2 493
7	1 800	2 000	2 130	2 230	2 305	2 375
6	1 764	1 960	2 060	2 155	2 220	2 285
5	1 688	1 875	1 970	2 065	2 135	2 185
4	1 602	1 780	1 900	1 970	2 040	2 081
3	1 575	1 750	1 800	1 880	1 940 ³	1 995
2	1 449	1 610	1 660	1 710	1 820 ⁴	1 935
1	je 4 Jahre	1 286	1 310	1 340	1 368	1 440

1 nur VKA.

1a VKA: Ang VGr Ib BAT mit Aufstieg VGr Ia BAT keine Stufe 6.

2a Endstufe Bund und VKA für Arbeiter der LGr 9; Stufe 4 nach 7 Jahren in der Stufe 3.

2b Endstufe Bund Ang Vb BAT ohne Aufstieg und Aufsteiger Vb aus Vc BAT; Stufe 3 nach 5 Jahren in der Stufe 2, Stufe 4 nach 9 Jahren in der Stufe 3.

2c VKA: Vb BAT ohne Aufstieg und Aufsteiger Vb aus Vc BAT; Stufe 5 nach 9 Jahren in der Stufe 4.

3 Endstufe Bund für Arbeiter der LGr 2 mit Aufstiegen nach LGr 2a und LGr 3 und Angestellte VGr VIII BAT mit und ohne Anwartschaft auf Aufstieg nach VGr VII BAT.

4 Endstufe für Angestellte VGr X BAT mit Aufstiegen nach VGr IXb bzw. IX BAT, sowie Arbeiter LGr 1 mit Aufstieg nach LGr 1a.

rufgruppen mit ähnlicher Ausbildungsdauer und -qualität bevorzugt – mit Wissen und Willen der Krankenseite. Diese Gründe sind heute weggefallen. Angesichts dieser veränderten äußeren Umstände ist beim Fortgang der Tarifverhandlungen fest damit zu rechnen, dass die eine oder andere Korrektur für das Pflegepersonal in der Entgelttabelle vorgenommen wird.

Etlichen Annahmen zufolge haben Krankenhäuser im Durchschnitt jüngeres Personal als sonstige Bereiche des öffentlichen Dienstes. Anders als bislang im BAT sind die Stufenwerte der Entgelttabelle für jüngere Beschäftigte höher und für ältere niedriger.

Entgeltentwicklung – Prinzip „Wippe“ Mehr Geld für Junge, weniger für Ältere



Vordere Stufen höher, reduzierte Beträge für spätere Stufen
Ver.di: Abstellen auf Lebenserwerbseinkommen

Eine gesonderte Behandlung der Strukturausgleiche (Besitzstände) im Bereich des Pflegepersonals könnte in den nächsten Jahren eine gewisse Kostenreduzierung bringen. Ob grundlegende Änderungen des historisch gewachsenen Niveaus der Eingruppierungen in der Pflege gelingen, wird hingegen den bis Ende 2006 zu führenden Tarifverhandlungen vorbehalten bleiben. Die Änderung der Einstufung des Pflegepersonals wird einen Ausgleich bringen. Dies haben die VKA und auch Ver.di recht deutlich angekündigt.

Spezifizierung der Entgelttabelle für Chefärzte

Für Chefärzte gilt etwas Besonderes. Die bisherige Vergütungsgruppe BAT I wird in der neuen Entgelttabelle nicht mehr abgebildet. Mit neu einzustellenden Chefärzten können, was in der Vergangenheit meist mit einem dynamischen Verweis auf BAT I geschehen ist, außertarifliche Arbeitsverträge abgeschlossen werden. Über deren Ausgestaltung wird der Markt entscheiden, der Chefärzteverband macht sich sicher schon heute seine Gedanken darüber. Die zurzeit beschäftigten Chefärzte erhalten einen besonderen Besitzstand. Einzelheiten dazu werden noch erarbeitet.

■ Weitere Flexibilisierung der Arbeitszeit für das Krankenhauspersonal

Auf dem Weg der Betriebsvereinbarung kann eine tägliche Rahmenarbeitszeit von bis zu 12 Stunden vereinbart werden. Für die in dieser Zeit geleistete Arbeit fallen grund-

Maßgeschneiderte Weiterbildung für Ihren Erfolg:

- ✓ berufsbegleitend studieren in Abend- und Wochenendkursen
- ✓ vielfältige und praxisnahe Themenblöcke
- ✓ individuell kombinierbares Seminarprogramm
- ✓ gezielter Wissenserwerb durch abgeschlossene Module
- ✓ Abschlussmöglichkeit mit Universitäts-Zertifikat und -Titel

SOZIAL- UND GESUNDHEITSMANAGEMENT

Fordern Sie bitte unser Seminarprogramm an!

Institut für Weiterbildung an der HWP e.V.

Stefanie Montag, Tel. 040/42838-6370

Rentzelstraße 7, 20146 Hamburg

E-Mail: MontagS@hwp-hamburg.de

<http://www.hwp-hamburg.de/weiterbildung>



Vorsprung durch Bildung

6. Lange Nacht der Weiterbildung

Vorstellung der Angebote, Vorträge, Diskussionen und Workshops rund um die Themen Weiterbildung, Kultur, Bildung, Medien, Soziales und Gesundheit.

Freitag, 10. Juni 2005 ab 18.30 Uhr

Ausführliches Programm und Anmeldung: Heike Klopsch,
Tel: 040 / 42838-6128, E-mail: KlopschH@hwp-hamburg.de

sätzlich keine Überstundenzuschläge an. Alternativ zur täglichen Rahmenarbeitszeit kann, ebenfalls durch Betriebsvereinbarung, ein wöchentlicher Arbeitszeitkorridor von bis zu 45 Stunden vorgesehen werden. In diesem Fall können zuschlagspflichtige Überstunden frühestens ab der 46. Stunde entstehen. Tägliche Rahmenarbeitszeit und wöchentlicher Arbeitszeitkorridor können für verschiedene Bereiche eines Arbeitgebers auch parallel eingesetzt werden.

■ TVöD, Bereitschaftsdienste, wöchentliche Höchstarbeitszeit und die EU-Arbeitszeitrichtlinie

Nur durch ab dem 1. Januar 2006 wirksam werdende Tarifverträge für Krankenhäuser, die berücksichtigen, dass nach der EuGH-Rechtsprechung Zeiten des Bereitschaftsdienstes Arbeitszeit sind, kann die wöchentliche Höchstarbeitszeit über 48 Stunden verlängert werden, wenn der Arbeitnehmer dem individuell zustimmt (§ 7 Absatz 2 a, Absatz 7 Arbeitszeitgesetz). Ein derartiger Tarifvertrag zur Verlängerung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit bei Bereitschaftsdiensten stand anlässlich der Einigung zum TVöD zwischen Ver.di und der VKA kurz vor dem Abschluss. Inhalt ist, dass unter Einbeziehung von Bereitschaftsdiensten der Stufen A und B wöchentlich 58 Stunden, bei den Stufen C und D wöchentlich 54 Stunden maximal durchschnittlich gearbeitet werden darf, vorausgesetzt, der Arbeitnehmer willigt ein. Zugleich kann die tägliche Arbeitszeit in den Bereitschaftsdienststufen A und B auf bis zu 16 Stunden, in den Stufen C und D auf bis zu 13 Stunden ausgedehnt werden.

Neben diesen arbeitsschutzrechtlichen Regelungen lag auch die Vergütung des Bereitschaftsdienstes auf dem Verhandlungstisch. Hier war – entgegen vereinzelt geäußerten Befürchtungen – keineswegs beabsichtigt, Zeiten des Bereitschaftsdienstes künftig wie Vollarbeit zu vergüten. Bereitschaftsdienst wird vielmehr im Wesentlichen zu den gleichen Bedingungen „eingekauft“ werden können, wie es bisher der Fall war.

Der Tarifvertrag gewährleistet, dass ab dem 1. Januar 2006 über 48 Stunden hinaus gearbeitet werden darf. Ohne eine tarifvertragliche Regelung würde die Hoffnung nach wie vor allein auf der wenig begründeten Möglichkeit beruhen, dass vom EU-Parlament ein Vorschlag der Kommission zur Entschärfung der EU-Arbeitszeitrichtlinie gebilligt wird. Deswegen ist dieser Tarifvertrag allemal besser als das Arbeitszeitgesetz pur. Die Regelung bietet auch für nicht tarifgebundene Kliniken die Chance, nach § 7 Absatz 3 Arbeitszeitgesetz eine entsprechende Betriebsvereinbarung zu schließen. Sie setzt lediglich voraus, dass ein Tarifvertrag besteht, aus dem eine solche Betriebsvereinbarung abzuleiten ist.

Trotz des Tarifvertrags zur Verlängerung der Höchstarbeitszeit bei Bereitschaftsdiensten bleibt – bei Einhaltung der EU-Arbeitszeitrichtlinie – das nicht völlig zu lösende Problem des Ärztemangels. Heute fehlen in den Kliniken über 6 000 Ärzte. Die Krankenhäuser sind weiter aufgerufen, intensiv an neuen Arbeitszeitmodellen auf der Grundlage der gemeinsam vom Deutschen Krankenhausinstitut und dem

BMGS erarbeiteten Modelle zu arbeiten, um ab 2006 einigermäßen arbeitsfähig zu sein. Überdies darf man gespannt sein, ob und inwieweit die zwangsläufig entstehenden Mehrkosten übernommen werden, vorausgesetzt man findet überhaupt das zusätzliche Personal. Das 700-Mio. €-Programm des BMGS reicht dafür nicht aus.

Es bleibt die bittere Erkenntnis, dass das Arbeitszeitgesetz trotz des Tarifvertrags ab 1. Januar 2006 nicht einzuhalten sein dürfte. Wenig Trost spendet die Tatsache, dass Gesetze, die objektiv nicht eingehalten werden können, nicht verbindlich sind. Denn bis heute gilt der über 2 500 Jahre alte Satz: „Nemo ultra vires potest obligetur.“ Niemand kann über seine Kräfte hinaus verpflichtet werden!

■ Wesentliche Erleichterungen bei den Niedriglohngruppen

Die neue Entgeltgruppe 1 mit einem Monatsbetrag von 1 286 € zu Beginn (7,68 € in der Stunde) liegt um 309 € unter dem bisherigen Monatstabellenlohn der Lohngruppe 1 Stufe 1. Diese neue Entgeltgruppe für neu einzustellende Mitarbeiter ermöglicht den Erhalt öffentlicher Aufgaben in Bereichen, in denen bisher Wettbewerber mit besseren Tarifbedingungen kaum einholbar im Vorteil waren.

Mit der gleichen Zielrichtung, der Vermeidung von Outsourcing und der damit verbundenen Tariffucht, ist den landesbezirklichen Tarifvertragsparteien für die relevanten Entgeltgruppen 1 bis 4 Spielraum gegeben worden, um eigene wettbewerbsfähige Ausgestaltungen zu finden. Diese Entgeltgruppen können zusammengeschoben und die Stufenzahl verringert werden. Einziger Fixpunkt bleibt die Untergrenze von 1 286 € pro Monat bzw. der Stundenlohn von 7,68 €. Damit kann regional-, sparten- und aufgabenbezogen die Wettbewerbsfähigkeit verbessert werden. Auch das Insourcing zum Beispiel für Reinigungskräfte wird wieder interessant.

Das Outsourcing hat allerdings den Vorteil, der nicht mehr bezahlbaren VBL oder einer vergleichbaren Zusatzversorgungskasse entfliehen zu können, wobei allerdings die Grenzen zu beachten sind, ab deren Überschreitung ein „Strafzoll“ (Teil-Gegenwert) droht.⁴⁾

■ Die wesentliche Neuerung des TVöD: die Leistungsorientierung

Im Internetauftritt von Ver.di weitgehend im Hintergrund gehalten, von den Arbeitgebern nicht allzu sehr in den Vordergrund geschoben, jedoch von der Tagespresse voll erkannt⁵⁾ wurde die „Kulturrevolution“, welche die Leistungsorientierung des neuen Tarifvertrags mit sich bringen kann: Weg vom Alimentsprinzip und Senioritätsprinzip, hin zum Leistungsaustauschverhältnis. Mit dieser Umkehr kann der öffentliche Dienst Anschluss an die Privatwirtschaft finden, deren Vertreter den öffentlichen Dienst mit seinem Alimentsprinzip wenig achten.

● Ein leistungsorientierter Bereich sind die wohl erst zum 1. Januar 2007 ausverhandelten Eingruppierungsmerkmale, die von 17 000 auf 100 reduziert und einen starken Leistungsbezug aufweisen werden. Zeit-, Tätigkeits- und Be-

währungsaufstiege gibt es dann nicht mehr. Auch Sozialzuschläge (zum Beispiel Orts- oder Verheiratetenzuschlag und Kinderzuschläge für ab 1. Januar 2006 geborene Kinder) entfallen.

- Des Weiteren sind die Stufen der 15 Entgeltgruppen nach den beiden Grundentgeltstufen leistungsabhängig – die so genannten Entwicklungsstufen. So können Arbeitnehmer bei erheblich über dem Durchschnitt liegenden Leistungen künstlich „älter“, bei erheblich unter dem Durchschnitt liegenden Leistungen künstlich „jünger“ gemacht werden. Dabei kann der Aufstieg dauerhaft – auch über 15 Jahre hinweg – verhindert werden, wenn jemand sich gar nicht entwickeln kann oder will. Künstlich „Jünger machen“ und das dauerhafte Verharren auf einer Stufe – so etwas hat es bislang im BAT nicht gegeben.
- Die Spannbreite bei den Entwicklungsstufen der einzelnen Entgeltgruppen bewegt sich von 14 bis 50 Prozent; der Durchschnitt aller Gruppen liegt bei 27,8 Prozent.
- Der letzte Bereich der Leistungsorientierung sind Leistungszulagen und Leistungsprämien auf der Basis von systematischen Leistungsbewertungen und Zielvereinbarungen.

☞ Dieses Prämiensystem beginnt 2007 mit einem Volumen von 1 Prozent der gesamten Entgeltsumme aus umgewidmeten Entgeltbestandteilen. Am Ende – der Zeitpunkt ist noch nicht bestimmt – werden 8 Prozent der Gesamtentgeltsumme in den Leistungstopf wandern. Dieser Topf wird zum Beispiel gespeist aus der reduzierten Jahressonderzahlung und aus weiter reduzierten festen Gehaltsbestandteilen.

Das System der Leistungsbewertung ist im Einvernehmen mit dem Personal-/Betriebsrat zu entwickeln. Dabei besteht ein faktischer Einigungszwang. Wenn keine Einigung erzielt wird, kann das umgewidmete Entgelt nicht ausbezahlt werden.

☞ Fasst man nur diese Leistungsprämien und das künstliche „Älter“- oder „Jünger machen“ zusammen, so kann das Krankenhaus über 30 Prozent der Gesamtentgeltsumme leistungsbezogen verteilen.

Welchen Weg werden die Krankenhäuser einschlagen? Mehr hin zur Nivellierung oder hin zur strengen leistungsbezogenen Gauß'schen Normalverteilung?

Hierbei dürfen der zunehmende Wettbewerb der Kliniken untereinander und die Entwicklung des Personalmarkts nicht unterschätzt werden. Leistungsträger werden sehr klar erkennen, wo sie am meisten verdienen können. Die Mobilität des Personals hat sich in den letzten 30 Jahren auch im Klinikbereich grundlegend verändert.

■ Zeugnisse und Leistungsbewertungen

Die Abschlusszeugnisse nach § 630 BGB, § 109 Gewerbeordnung, § 61 BAT, § 57 BMT-G – aber auch Zwischenzeugnisse – haben der Wahrheit zu entsprechen, sind aber zugleich aus der Sicht des wohlwollenden verständigen Arbeitgebers zu schreiben. Dies ähnelt der Quadratur des

Kreises. In der Praxis (auch der Gerichte) überwiegt das Wohlwollen. Auch die in manchen Häusern im Dreijahresrhythmus angefertigten Regelbeurteilungen entsprechen nicht der Gauß'schen Normalverteilung. Milde und Wohlwollen überwiegen. Dem Ärger gehen die Beteiligten meistens aus dem Weg.

Um die Chancen zu nutzen, die der TVöD bietet, muss der bequeme Nivellierungspfad verlassen werden, aber so, dass es nicht zu unnötigen Brüchen und Identitätskrisen kommt. Dies setzt voraus, dass mit den ersten Schritten hin zur Leistungsbewertung bald begonnen wird. Die Kommunalen Arbeitgeberverbände werden ihre Mitglieder hierbei tatkräftig unterstützen.

Die Mitarbeitergespräche, die mittlerweile in den meisten Häusern geführt werden, haben künftig die Leistung mehr in den Vordergrund zu stellen. Dasselbe gilt für Zielvereinbarungs- und Zielerreichungsgespräche. Die Mitarbeiter müssen frühzeitig wissen, wo sie stehen.

Eine Voraussetzung für Leistungsprämien sind Stellenbeschreibungen. Um flexibel zu bleiben, wurden in den Krankenhäusern bislang oft ganz bewusst keine einengenden Stellenbeschreibungen angefertigt. Leistung kann aber nur gemessen werden, wenn die Ausgangsbasis bekannt ist. Die Leistungsbeurteilung ist justiziabel. Das Leistungsbewertungssystem ist im Einvernehmen mit dem Betriebsrat zu erarbeiten. Aufgrund dieses Systems kann dann die individuelle Leistung bewertet werden. Diese kann naturgemäß nur der Fachvorgesetzte beurteilen, aber zum Beispiel nicht der Personal-/Betriebsrat. Die Gerichte sprechen bei Beurteilungen zu Recht von nicht ersetzbaren, höchstpersönlichen Leistungen. Daher ersetzen Urteile keine Leistungszeugnisse; aufgehoben werden sie nur bei Verstößen gegen den Gleichheitsgrundsatz (Artikel 3 GG) oder bei einem Verstoß des Beurteilers gegen Verfahrensgrundsätze⁶⁾. Folgerichtig muss der Personal-/Betriebsrat der individuellen Leistungsbewertung nicht zustimmen.

Die so gefundene Bewertung kann zumindest ein Orientierungspunkt für das künstliche „Älter“- oder „Jünger machen“ sein, worauf kein Haus im Interesse seiner Wettbewerbsfähigkeit verzichten sollte. Bei fristlosen oder verhaltensbedingten Kündigungen kann dies entscheidende Be-



Wäscherei

Grete Rommel GmbH

Grete-Rommel-Str. 2 · 96231 Bad Staffelstein
☎ 0 95 73/33 08-0 · Fax 0 95 73/33 08-30





Wir sind zertifiziert nach:

DIN EN ISO 9001:2000	für Mietwäsche, Objektwäsche, textile Vollversorgung für Krankenhäuser, Altenheime und Rehakliniken
DIN EN ISO 13488:2001	für Medizinprodukte
Anhang V MDD	für sterile OP-Vollversorgung

Tabelle 1: Leistungszulagen, Leistungsprämienverteilung und Beurteilungskriterien

Leistungszulagen und Leistungsprämienverteilung nach Beurteilungskriterien und Zielvereinbarungen	
Entgeltgruppen 1-12	100 Prozent
Entgeltgruppen 13-15	70 Prozent 30 Prozent
Beurteilungskriterien	Erläuterungen zu den Beurteilungskriterien
Arbeitsquantität	Arbeitsmenge Arbeitstempo Intensität Wirksamkeit
Arbeitsqualität	Patientenzuwendung Arbeitsgüte Zuverlässigkeit
Selbständigkeit	eigenständiges Handeln Mitdenken Initiative Durchsetzungsvermögen kontinuierliche Verbesserung
Vielseitigkeit	geistige Flexibilität breite Einsetzbarkeit Kreativität Koordinierungsfähigkeit Lernfähigkeit/-bereitschaft wirtschaftliches Handeln
Einsatzbereitschaft	Motivation Engagement
Zusammenarbeit	Umgang mit Patienten und Kollegen Teamverhalten Informationsaustausch Konfliktverhalten
Führungsverhalten (für Mitarbeiter mit Führungsaufgaben)	Überzeugungsfähigkeit Kommunikationsfähigkeit Motivationsfähigkeit Arbeitsplanung

deutung erlangen, insbesondere bei Kündigungen wegen schlechter Leistungen. Kaum ein Kündigungsschutzprozess wird gewonnen werden, wenn der Gekündigte nicht zuvor künstlich „jünger“ gemacht wurde, vorausgesetzt, die Kündigungsgründe treten nicht plötzlich auf. Das künstliche „Jünger machen“ wird dem Arbeitgeber im Kündigungsschutzprozess helfen.

Die Leistungsbewertungen sollten – intelligent gestaltet – die Regelbeurteilungen ersetzen. Es kommt durch die Leistungsorientierung ohnehin genug zusätzliche Arbeit auf die Häuser zu. Aufgrund des im Einvernehmen mit dem Betriebsrat erarbeiteten Bewertungskatalogs ist individuell vom Fachvorgesetzten die Leistung zu bewerten.⁷⁾ Dieses Gespräch (mit anschließender Dokumentation) ist individuell zu führen. Nur bei Führungskräften – jedenfalls aber in den Entgeltgruppen E 13 bis E 15 – sollten die zeitaufwendigen Zielvereinbarungs- und -erreichungsgespräche mit den entsprechenden Bewertungsfolgen geführt werden. Bei den anderen Entgeltgruppen ist aufgrund der erarbeiteten Systematik – ohne kraftraubende Zielvereinbarungs- und Zielerreichungsgespräche – zu bewerten.

Die Zulagen- und Prämienhöhen sollten – wie beim künstlichen „Älter“- oder „Jünger machen“ – in einem Bezug zur jeweiligen Entgeltgruppe stehen und keine Hintertür zum Zusammenrücken der Entgeltgruppen darstellen. Der sehr

Tabelle 2: Punkteskala für Beurteilungskriterien

4 Punkte	Die Leistungen haben im Beurteilungszeitraum (Kalenderjahr) erheblich über den Anforderungen gelegen (zugleich ein möglicher Orientierungspunkt für das künstliche „Ältermachen“)	Die Ziele wurden erheblich übertroffen (zugleich ein möglicher Orientierungspunkt für das künstliche „Ältermachen“)
3 Punkte	Die Leistungen haben im Beurteilungszeitraum (Kalenderjahr) über den Anforderungen gelegen.	Die Ziele wurden übertroffen.
2 Punkte	Die Leistungen haben im Beurteilungszeitraum (Kalenderjahr) unter den Anforderungen gelegen.	Die Ziele wurden mit Einschränkungen erfüllt.
0 Punkte	Die Leistungen haben im Beurteilungszeitraum (Kalenderjahr) erheblich unter den Anforderungen gelegen (zugleich ein möglicher Orientierungspunkt für das künstliche „Jünger machen“)	Die Ziele wurden mit erheblichen Einschränkungen erfüllt (zugleich ein möglicher Orientierungspunkt für das künstliche „Jünger machen“)

tüchtige Finanzleiter wird eine andere Prämie erhalten als die sehr tüchtige Reinigungskraft.

Tabelle 1 zeigt die gefundene Grundsystematik im Überblick.

Auch Führungskräfte oberhalb der Entgeltgruppe 15 sollten sich – schon der Akzeptanz halber – mit beurteilen lassen, auch wenn dies keine unmittelbaren geldlichen Folgen hat. In vielen Behörden und Unternehmen ist dies schon eine gängige Praxis. Die Beurteilungskriterien werden bei der Bewertung jeweils mit gleichem Gewicht berücksichtigt. Bei der Bewertung können für bestimmte Mitarbeitergruppen mit Zustimmung des Personal-/Betriebsrates Beurteilungskriterien außer Acht gelassen werden, wenn sie für die zu bewertende Tätigkeit keine wesentliche Rolle spielen. Die Kriterien würden nach der in Tabelle 2 dargestellten Punkteskala bewertet, wobei das gezeigte Modell gemäßigt differenziert. Größere Spreizungen sind denkbar:

Es können Zwischenpunktzahlen mit dem Maß 0,5 gegeben werden. Bei den Zielvereinbarungen würden die in Tabelle 3 enthaltenen Anforderungen gelten.

- Die Prämienbudgets sollten weder nach Entgeltgruppen noch nach Berufsgruppen aufgeteilt werden, sondern nach den Arbeitseinheiten, weil dort die Vergleichbarkeit der Beurteilungen durch die Fachvorgesetzten möglich ist.
- Bei der Bildung von Untergruppen ist im Interesse des Datenschutzes darauf zu achten, dass diese nicht zu klein und damit „durchsichtig“ werden; ansonsten könnte man sich an Hand der Budgetgröße und der erhaltenen Prämie die Beurteilung von Kollegen unschwer errechnen.
- Probleme können durch die Pflicht zum Auskehren der Quote entstehen, wenn zum Beispiel in einer Arbeitseinheit aufgrund schlechterer Leistungen Geld übrig bleibt. Hier

Tabelle 3: Anforderungen an Zielvereinbarungen

<input type="checkbox"/> strategieförderlich	<input type="checkbox"/> akzeptiert
<input type="checkbox"/> beeinflussbar	<input type="checkbox"/> überprüfbar
<input type="checkbox"/> anspruchsvoll	<input type="checkbox"/> vertikal und horizontal in der Unternehmensorganisation abgestimmt
<input type="checkbox"/> realistisch	

müssten Übertragbarkeitsmechanismen auf das nächste Jahr gefunden werden. Dies gilt ebenso für den Fall von Streitigkeiten, die über den Beurteilungszeitraum – das Kalenderjahr – hinausgehen.

- Die Prämien sollten nicht anteilig monatlich ausgezahlt werden, sondern einmal pro Jahr. Eine einmalige kräftige Zahlung hat einen positiveren Effekt als die Zerstückelung auf die Monatsentgelte.

Die aufgezeigten Möglichkeiten stellen für die Entgeltgestaltung in den Krankenhäusern einen Quantensprung dar. Die leistungsorientierten Entgeltinstrumente bedürfen einer einfühlsamen Umsetzung, der Umstieg in die neue Kultur der Leistungsbewertung kann nicht „über Nacht“ stattfinden, sondern nur Schritt für Schritt.

Ausblick

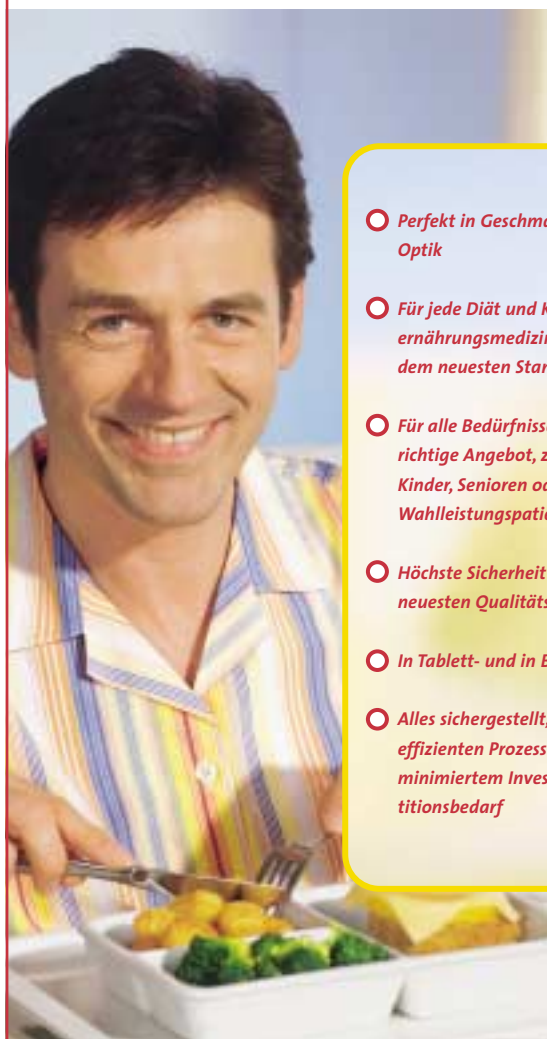
Wenn die Tarifvertragsparteien die vielen noch offenen Fragen sachgerecht verhandeln, wird am leistungsbezogenen Tarifwerk des TVöD kein Weg vorbeiführen. Er ist in seinen Grundstrukturen dem BAT weit überlegen. „Hausgestrickte“ Arbeitsverträge erreichen nicht den Perfektionsgrad eines permanent gepflegten Tarifwerkes. Mit dem TVöD können die Krankenhäuser endlich den Anschluss an die großen Tarifwerke der freien Wirtschaft finden. Dem TVöD gehört die Zukunft. Allerdings kommt es ganz entscheidend darauf an, wie geschickt und einfühlsam die Möglichkeiten genutzt werden, die das leistungsorientierte Tarifwerk bietet.

- 1) Der TVöD gibt auch das Grundmuster für die Reform des Beamtenrechts vor. Siehe „Neue Laufbahnen, Leistungs- und Erfahrungsstufen; Nach dem Angestelltentarif wird auch das Beamtenrecht reformiert“, FAZ vom 11. Februar 2005; „Beamte fürchten neuen Anlauf zur Staatsreform“, Handelsblatt vom 29. März 2005.
- 2) Die Grundzüge sind für die Tarifgebiete Ost und West gleich geregelt. Insbesondere bei den Regelungen zur Arbeitszeit wird von den Vereinbarungen zum Tarifgebiet West ausgegangen.
- 3) In der Praxis wird ausgetreten und im selben Zuge in den Arbeitgeberverband wieder als Gastmitglied eingetreten. So entfällt nur die Tarifbindung, nicht aber die kaum entbehrliche sonstige Betreuung in arbeitsrechtlichen Fragen durch den Arbeitgeberverband.
- 4) Hierzu ausführlich: Kley im BAT-Lexikon, Stichwort „Ausgliederungen/Privatisierungen“.
- 5) zum Beispiel „Für den Wettbewerb“, FAZ vom 11. Februar 2005; „Sitzprämie gehört zum alten Eisen“, Stuttgarter Nachrichten vom 12. Februar 2005; „Zwang der Verhältnisse“, Die Welt vom 14. Februar 2005; „Ein gemeinsamer Etappensieg, Der TVöD ist insgesamt gelungen“, Behördenspiegel, März 2005.
- 6) BVerfG in NVwZ 2002, Seite 1368 f.
- 7) Widerstanden werden sollte in der Regel Bitten, Arbeitsgruppen als Team zu bewerten und nicht den Einzelnen. Der gut begründete Wille der Tarifvertragsparteien ist die Individualbewertung.

Anschriften der Verfasser:

Landrat Dr. Burghard Rocke,
Vizepräsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft,
Hilgenkamp 18, 25588 Oldendorf/
RA Hinrich Rocke,
Stellvertretender Geschäftsführer
des Martin-Luther-Krankenhauses,
Lutherstraße 22,
24837 Schleswig ■

STEIGERN SIE MIT UNS QUALITÄT
UND WIRTSCHAFTLICHKEIT.
GLEICHZEITIG.



- Perfekt in Geschmack und Optik
- Für jede Diät und Kostform, ernährungsmedizinisch auf dem neuesten Stand
- Für alle Bedürfnisse das richtige Angebot, z.B. für Kinder, Senioren oder Wahlleistungspatienten
- Höchste Sicherheit nach den neuesten Qualitätsstandards
- In Tablett- und in Büffetform
- Alles sichergestellt, mit effizienten Prozessen und minimiertem Investitionsbedarf

Lernen Sie eine neue Art der Zusammenarbeit kennen,
ganz nach Wunsch flexibel von Eigenregie bis Catering
oder Service GmbH. Rufen Sie uns an: 0 59 71 / 7 99 - 92 76

OPTIMALE PROZESSE – GESICHERTER ERFOLG.

apetito

Bonifatiusstraße 305 • 48432 Rheine • Tel: 0 59 71 / 7 99 - 0
Fax: 0 59 71 / 7 99 - 93 50 • info@apetito.de • www.apetito.de