

Der Ärztestreik und seine Folgen

Die Große Tarifkommission des Marburger Bundes hat den Tarifabschluss vom 9. Juni 2010 einstimmig gebilligt und als „ordentliche Etappe auf dem Weg zu besseren Arbeitsbedingungen“ bezeichnet. Der Deutsche Städtetag sprach angesichts der Mehrkosten von 140 Mio. € von einem „schwierigen Kompromiss“ und bedauerte insbesondere, dass die Einigung nicht ohne Arbeitskampf möglich war. Die VKA sprach von einem „gerade noch „akzeptablen“ Kraftakt, jedoch auch von einem „bitteren Beigeschmack“, weil der Marburger Bund nicht zu einem Abschluss ohne Arbeitskampf bereit war. Der Abschluss bringe die Kliniken „an die Grenze des Zumutbaren“, so der Verhandlungsführer der VKA, Joachim Finklenburg. Die Krankenhausgesellschaften bezeichneten es als absurd, dass angesichts von Tarifsteigerungen von insgesamt 1 Mrd. € in der Politik über eine „Nullrunde“ für Krankenhäuser gesprochen wird. Nachfolgend bewertet DKG-Vizepräsident Alfred Dänzer im Interview mit unserer Redaktion die Ergebnisse der Tarifaueinandersetzung aus seiner Sicht als Geschäftsführer eines großen kommunalen Krankenhausunternehmens.

Wäre dieser Abschluss auch ohne Streik möglich gewesen?

Dänzer: Auf jeden Fall wäre das möglich gewesen. Die Differenz zwischen dem letzten Angebot der Arbeitgeber und dem Ergebnis nach mehr als drei Wochen Streik beträgt rund 0,3 Prozentpunkte. Darin zeigt sich ganz klar, dass auch ohne Streik eine Einigung denkbar gewesen wäre. Man hätte sich irgendwo „in der Mitte“ treffen können. Aber es gehört vielleicht zu Tarifaueinandersetzungen dazu, dass solche Konflikte im Interesse der Mitglieder der Gewerkschaften auch einmal streitig geführt werden. Unser Verfassungsrecht sieht das vor, und diese Freiheit muss man den Bürgern grundsätzlich zugestehen.

In welchem Verhältnis stehen Ihrer Meinung nach Aufwand und „Ertrag“ dieser Tarifrunde bzw. dieses Streiks?

Dänzer: Manche Ärzte werden sich möglicherweise fragen, ob sich der Streikaufwand gelohnt hat, wenn sie ihre nächste Gehaltsabrechnung in den Händen halten. Der Abschluss beläuft sich ja, nur bezogen auf die lineare Lohnerhöhung, in etwa auf das, was die kommunalen Arbeitgeber mit ver.di abgeschlossen hatten und was dem Marburger Bund von vornherein auch ohne Streik angeboten wurde. Bezogen auf diesen Punkt stehen Aufwand und Ertrag des Streiks auf jeden Fall in einem Missverhältnis. Auch die allgemeine Bilanz der Auseinandersetzung ist eher negativ. Die Forderungen der Ärzte sind in dieser Tarifrunde auf relativ wenig Resonanz in der Bevölkerung ge-

stoßen und fanden nicht die Unterstützung wie noch im Jahr 2006. Es kommt noch ein weiterer wichtiger Punkt hinzu: Ärzte und Pflegende sowie alle anderen Beschäftigten in den Krankenhäusern arbeiten gemeinsam für die Genesung der Patienten. Keiner kann seine Leistungen ohne den anderen erbringen. Das Miteinander in den Kliniken, das erforderlich ist für eine ausgewogene qualitative Leistungserbringung, hat Schaden erlitten. Es ist dem Klima zwischen den Berufsgruppen nicht förderlich, wenn es nur wenige Monate zuvor beim Abschluss mit ver.di zu Recht hieß, dass „nicht mehr drin war“, und dann eine spezifische Berufsgruppe plötzlich eine wesentlich höhere Forderung stellt mit dem Hinweis, ihre Mitglieder seien nicht „vergleichbar“ mit den übrigen Beschäftigten.

Wie hoch waren die Einbußen, die den betroffenen Krankenhäusern durch den Streik entstanden sind?

Dänzer: Die generellen Einbußen der Krankenhäuser sind nicht leicht zu ermitteln, deshalb kann ich nur das Beispiel aus meinem eigenen Haus benennen: Rein materiell geht es da um Erlöseinbußen von rund 3 Mio. € bei einem Jahresumsatz von 250 Mio. €. Als noch viel bedrückender empfinde ich, dass solch ein Streik Vertrauen bei den Patienten kostet. Die Menschen wenden sich im Zweifelsfall an andere Krankenhäuser. Wenn ich als Patient Schmerzen habe, habe ich nicht gleichzeitig eine Engelsgeduld. Da kann man über Presseaktivitäten hundert Mal vermitteln, dass die Notfallversorgung etc. grundsätzlich aufrechterhalten bleibt: Die Menschen bleiben einer Klinik, in der die Ärzte streiken, vorsichtshalber fern. Der dadurch entstehende Schaden ist nicht konkret zu ermitteln, er ist aber da und steht den finanziellen Einbußen in nichts nach. Die Resonanz bei Patienten ist nicht sehr positiv, wenn Ärzte, die grundsätzlich mit einem hohen ethischen Anspruch arbeiten, in der Notfallversorgung darüber diskutieren, welcher Pa-

Alfred Dänzer ist Geschäftsführer des Universitätsklinikums Mannheim, gleichzeitig Klinikum der Stadt Mannheim. Das Krankenhaus beschäftigt einschließlich der Teilzeitkräfte rund 4 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die jährlich rund 66 000 Patienten betreuen. Dänzer ist seit Januar 2010 Vizepräsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft.



Der Abschluss im Einzelnen

- Lineare Steigerung der Ärztegehälter um 2,0 Prozent ab 1. Mai 2010.
- Einmalzahlung in Höhe von 400 € für die Nullmonate Januar bis April 2010.
- Erhöhung der Bereitschaftsentgelte in der Entgeltgruppe I von 22,30 € derzeit auf 25 €, in der Entgeltgruppe II von 27,10 € auf 29 €, in der Entgeltgruppe III von 30 € auf 31,50 €, in der Entgeltgruppe IV von 32 € auf 33,50 €.
- Einführung eines Nachtarbeitszuschlags in Höhe von 15 Prozent des Stundenentgelts im Bereitschaftsdienst der jeweiligen Entgeltgruppe.
- Erhöhung des Zeitzuschlags für Nachtarbeit von 1,28 € auf 15 Prozent des Stundenentgelts der Stufe 3 der jeweiligen Entgeltgruppe.
- Erstmalige Vereinbarung von leistungs- und erfolgsorientierten Entgelten für Ärzte (Vario-Ä)
- Weitere arzt spezifische Regelungen
- Mindestlaufzeit bis zum 31. August 2011.

tient als Notfall zu gelten hat und welcher nicht. Ein Patient mit Schmerzen betrachtet sich subjektiv immer als Notfall.

Was ist zur Streiktaktik des Marburger Bundes und der Ärzte in den Krankenhäusern zu sagen?

Dänzer: Der Marburger Bund hat offenbar aus den Erfahrungen des Jahres 2006 „gelernt“. Der Streik in der aktuellen Tarifrunde wurde offenbar wesentlich zielgerichteter angelegt. Es wurde nicht flächendeckend in einem Bundesland oder in einer Region, sondern im Wesentlichen selektiv und eher in großen Krankenhäusern gestreikt, die dann in besonderer Weise betroffen waren. Das mag aus der Sicht der Gewerkschaft tarifpolitisch nahe liegen, aus der Sicht der betroffenen Krankenhäuser ist diese Vorgehensweise auf gar keinen Fall als gerecht anzusehen. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass die kommunalen Krankenhäuser vom Marburger Bund gezielt herausgegriffen werden, um dort mit Streiks Forderungen durchzusetzen, um sie die dann auch auf andere Krankenhäuser zu übertragen.

Welche Schlussfolgerungen können oder müssen aus den Tarifaueinandersetzungen gezogen werden?

Dänzer: Wir wollen als Krankenhäuser für Ärzte und Pflegekräfte sowie für unsere viele anderen Beschäftigten attraktive Arbeitgeber bleiben – oder es wieder zu werden. Ärzte und Pflegenden leisten eine existentielle, von großem Engagement geprägte Arbeit. Was es bedeutet, wenn Fachkräfte zu Mangelberufen werden, erleben wir ja zurzeit bereits, und diese Situation wird sich vielleicht noch verschärfen, wenn nicht gegengesteuert wird. Wir akzeptieren als Arbeitgeber, dass unsere Beschäftigten teilhaben wollen an der allgemeinen Lohnentwicklung in der Gesellschaft. Das muss nicht identisch eins zu eins übertragen werden, aber es kann nicht sein, dass in den Branchen Chemie, Metall oder Banken moderate Tariferhö-

hungen über die Preise an die Kunden weitergegeben werden können und im Gesundheitswesen soll es „Nullrunden“ geben. Das muss auch die Politik verstehen. Es wäre völlig absurd, den Kliniken erneut eine „Nullrunde“ oder andere Kürzungen aufzubürden, wenn sie gleichzeitig deutlich höhere Personalkosten stemmen sollen. Eine „Nullrunde“, wie von den Krankenkassen gefordert, wäre ja in Wahrheit eine „Minusrunde“ und müsste zwangsläufig zu einer weiteren Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern führen. Das Gesundheitsministerium würde, wenn es die Kassenforderung übernimmt, zum Beispiel sein eigenes Förderprogramm für qualifiziertes Pflegepersonal konterkarieren.

Alle internationalen Vergleichszahlen zeigen, dass die Belastung der Ärzte und Pflegekräfte in den deutschen Krankenhäusern bereits jetzt mit Abstand am höchsten ist. Mit noch weniger Personal als jetzt, vor allem im patientennahen Bereich, können die Krankenhäuser nicht arbeiten. Wer bessere Arbeitsbedingungen für Ärzte und das Pflegekräfte fordert, dem muss klar sein, dass dies nur mit entsprechenden finanziellen Aufwendungen zu erreichen ist.

Interview: Peter Ossen

Zu Forderungen nach „Nullrunden“ in den Krankenhäusern erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum am 14. Juni: „Die Krankenhäuser appellieren an die Koalition, sich ihrer eigenen Einsichten und Analysen für das Gesundheitswesen zu erinnern. Im Koalitionsvertrag ist es als Wachstums-, Innovations-, und Beschäftigungsmotor beschrieben. Dazu gehört das ordnungspolitische Bekenntnis,

- die Arbeitsbereitschaft und Motivation von Millionen Menschen, die im Gesundheitswesen und in den Krankenhäusern arbeiten, zu erhalten;
- den Krankenhäusern den berechtigten Anspruch auf Planbarkeit und Berechenbarkeit der Rahmenbedingungen und auf leistungsgerechte Vergütungen zu sichern.

Schon jetzt müssen die Kliniken im Jahr 2011 wegen der neuen Tarifverträge und der steigenden Sozialversicherungsbeiträge Personalkostensteigerungen von etwa 1,5 Mrd. € 2011 bewältigen.

Die Kliniken verkennen nicht die Finanzierungsproblematik der GKV. Eine Lösung muss auf der Einnahmeseite durch eine Reform der Finanzierung und durch die Abkopplung von der Lohnabhängigkeit gefunden werden. Beitragsstabilität in der GKV erfordert keine Nullrunde für die Krankenhäuser. Der Einnahmewachstum der Krankenkassen muss für Zuwächse auf der Seite der Leistungserbringer zur Verfügung stehen, sonst können Lohnsteigerungen in den Krankenhäusern nicht bezahlt werden.“