

Dr. Burghard Rocke

Flucht aus dem BAT und aus der Zusatzversorgung?

Bis 1993 galt im Krankenhausbereich der Selbstkostendeckungsgrundsatz. Mitglieder des Präsidiums der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) wurden von Krankenhausedirektoren gebeten, in den jährlichen Tarifverhandlungen des öffentlichen Dienstes ansehnliche Lohnerhöhungen insbesondere für den Pflegebereich anzustreben¹⁾; das war auch deshalb nicht unverständlich, weil damals die Befürchtung bestand, andernfalls nicht ausreichend Nachwuchs für die Pflege zu bekommen.²⁾ Diese Praxis wandelte sich diametral mit der Einführung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 71 Absatz 1 SGB V) und der Deckelung der Erstattung der Tarifvertragserhöhungskosten durch § 6 Absatz 3 BPflV. Während Bund, Länder und Kommunen tarifbedingte Mehrkosten im Wege der Steuer- und/oder Gebührenerhöhungen weitergeben können, ist den Krankenhäusern dieser Weg verwehrt. Bei ca. 70 Prozent Lohnkosten im Krankenhausbereich ist es kaum möglich, die Gewinnmarge, falls sie überhaupt vorhanden ist, so zu steigern, dass die Lohnerhöhungen der Lohnrunde 2003 bilanziell „verarbeitet“ werden können.

Den Kulminationspunkt erreicht diese Entwicklung durch die so genannte Nullrunde des Beitragssicherungsgesetzes (Artikel 5 BSSichG), die wegen der Erhöhung des Prozentsatzes der Rentenversicherung und des Beitragssatzes vieler gesetzlicher Krankenversicherungen tatsächlich eine Minusrunde darstellt. Etlichen Krankenhäusern droht nunmehr die Insolvenz. Für alle Krankenhäuser kaum lösbare Probleme wird es dann geben, wenn aufgrund der in den Beschlüssen des Bundesarbeitsgerichts vom 18. Februar 2003 (AZ 1 ABR 2/02 sowie 1 ABR 17/02) geäußerten Meinung das Arbeitszeitgesetz im Sinne der EU-Richtlinie 93/104 geändert werden sollte und der Bereitschaftsdienst künftig als Arbeitszeit zählt. Der EuGH wird noch in diesem Sommer darüber entscheiden, ob die Richtlinie tatsächlich auf den Bereitschaftsdienst in Deutschland anzuwenden ist (Az. C 151/02³⁾.

☞ Die besondere Situation der Krankenhäuser infolge der Deckelung des Budgets seit 1993 wird der Gewerkschaftsseite in hartnäckigen krankenhausspezifischen Tarifverhandlungen seit Jahren dargestellt, bislang ohne nennenswerten Erfolg.

Insbesondere warb die Arbeitgeberseite seit Jahren erfolglos für einen Spartentarifvertrag der Krankenhäuser. Durch die im Rahmen der Lohnrunde 2003 geschlossene „Prozessvereinbarung für die Tarifverhandlungen zur Neugestaltung des Tarifrechts des öffentlichen Dienstes (TVöD)“ (siehe „das Krankenhaus“ 2/03, Seite 148) zeichnet sich in diesem Bereich erstmals Bewegung ab. Die Tarifvertragspar-

teien streben im Ergebnis ein Tarifrecht des öffentlichen Dienstes an, das aus einem Allgemeinen Teil und Besonderen Teilen besteht. Der Allgemeine Teil soll das neue Tarifrecht mit den einheitlichen Regelungen für den gesamten öffentlichen Dienst enthalten; das ausfüllende oder spezifische Tarifrecht für die Krankenhäuser, Verwaltungen, Sparkassen, Flughäfen und Entsorgungsbetriebe soll jeweils in einem besonderen Teil geregelt werden. Umsetzungsziel ist der 31. Januar 2005. Es ist allerdings Skepsis angesagt, inwieweit diese guten Vorsätze, die auf die Lohnhöhe keine unmittelbaren Auswirkungen haben, umgesetzt werden können.

Die Versuche der Krankenhäuser, einen Weg aus der bedrohlichen Umklammerung durch den BAT und die Zusatzversorgung zu finden, werden mit der Lohnrunde 2003 trotz der Prozessvereinbarung nicht aufhören. Es bleibt zu hoffen, dass mit dem bis Ende 2005 zu erarbeitenden neuen Tarifrecht des öffentlichen Dienstes insbesondere die nachfolgend dargestellten Probleme zumindest gelindert werden können.

Probleme des BAT

- Die BAT-Bezahlung erfolgt nach Lebensalterstufen; mit steigendem Lebensalter erhöht sich das Entgelt. Je nach Vergütungsgruppe enden die Lebensalterstufen zum Beispiel mit dem 45. Lebensjahr (BAT I) oder dem 37. Lebensjahr (BAT X). Es besteht somit keine Leistungs-, sondern eine Altersorientierung in der Bezahlung. Die Abstufungen zwischen den Vergütungsgruppen folgen keiner nachvollziehbaren, erst recht keiner marktkonformen Systematik.
- Der Familienstand sowie die Kinderzahl werden in der Bezahlung berücksichtigt. Verheiratete erhalten einen höheren Ortszuschlag als nicht verheiratete Beschäftigte. Der Arbeitgeber vergütet damit Elemente, die unabhängig vom Beschäftigungsverhältnis sind und keinen Zusammenhang mit der arbeitsvertraglichen Leistung aufweisen. Eine qualifizierte Personalkostenplanung wird erschwert, weil sich die Kosten immer in Relation zum Familienstand entwickeln.
- Bezahlt wird entsprechend der Eingruppierung; die unterschiedliche Leistungsbereitschaft und das jeweilige Leistungsvermögen werden nicht berücksichtigt. Ein Anreiz für überdurchschnittliche Leistungen besteht in der Vergütung kaum. Dagegen sind aufwändige arbeitsrechtliche Maßnahmen erforderlich, um die Eingruppierung abzusenken, falls die Leistung unterdurchschnittlich ist.
- Der BAT orientiert sich stark an der formalen Qualifikation. Die tatsächliche Qualifikation wird nicht hinreichend berücksichtigt. Qualifizierungsmaßnahmen innerhalb des Beschäftigungsverhältnisses und ein entsprechender Transfer in die Praxis können aufgrund der fehlenden Durchlässigkeit oft nicht angemessen vergütet werden.
- Im ökonomischen Sinn geradezu kontraproduktiv ist es, die Eingruppierung von der Anzahl der „unterstellten“ Mit-

arbeiter/innen abhängig zu machen (Ärztlicher Bereich, Apotheken, leitende Pflegekräfte und deren Vertretungen). Statt optimierte Prozesse und ökonomisch verantwortliches Handeln zu belohnen, fördert diese Regelung ein additives Ressourcenmanagement aus monetärem Eigeninteresse. Die qualitativen Aspekte (Führungsqualität, konzeptionelles Arbeiten, ökonomische Kompetenz etc.) werden zu wenig berücksichtigt.

- Der BAT ist nicht leicht zu überschauen. Es gibt zum Beispiel ca. 500 Zulagen, deren Sinnhaftigkeit in vielen Fällen zu bezweifeln ist. Einige Zulagen sind völlig überholt, zum Beispiel eine Schreibzulage für die Höhe von Anschlägen bei Schreibkräften. Auch hier sind aktuell andere Prioritäten zu setzen.
- Die neuen komplexen Anforderungen an die Mitarbeiter/innen und veränderte Arbeitsabläufe werden durch den BAT überhaupt nicht abgebildet. Interdisziplinarität, Transformationskompetenz sowie Kommunikations- und Kooperationsvermögen (in den Krankenhäusern relevante Qualifikationen) sind keine eingruppierungsrelevanten Faktoren.
- Dies trifft auch für neue Arbeitsformen wie Team- und Projektarbeit zu, die seit Jahren in den Krankenhäusern praktiziert, aber in keiner Weise tariflich/strukturell berücksichtigt werden. Insbesondere im Hinblick auf die notwendigen prozessorientierten Arbeitsabläufe ist es erforderlich, diese Qualifikation in der Vergütung zu berücksichtigen.
- Seit über 100 Jahren gilt der Gleichbehandlungsgrundsatz als ehernes Prinzip im Arbeitsrecht. Im Krankenhausbereich verstößt die Gewerkschaft dagegen. So erhalten private Krankenhausträger im Ergebnis aus der Trägersicht bessere Tarifverträge als staatliche und kommunale Häuser mit dem BAT. So gibt es zum Beispiel Verträge, in denen kein Anspruch auf Abschluss einer Zusatzversorgung wie bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) verankert ist. Somit sind in diesen Fällen die privaten Häuser frei, ob und wie eine zusätzliche Versorgung der Mitarbeiter bereitgestellt wird. Man kann in günstigere Rentenversicherungen einsteigen, die nach dem Kapitaldeckungsstockverfahren arbeiten und nicht nach dem Prinzip des Generationenvertrages. Dies allein ist schon ein gewichtiger Vorteil. Besser sind diese Tarifverträge auch schon deshalb, weil sie speziell auf die Bedürfnisse eines Krankenhauses zugeschnitten sind.⁴⁾

Probleme der Zusatzversorgung

Nach § 46 BAT hat der Angestellte Anspruch auf Versicherung unter eigener Beteiligung zum Zweck einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung nach Maßgabe eines besondere Tarifvertrages. Diese Versorgungstarifverträge sind abgeschlossen. Versicherungsträger sind etliche Zusatzversorgungskassen; sie waren in der Regel umlagefinanziert. Nach dem Altersversorgungsplan 2001, auf den sich die Tarifverträge Altersversorgung beziehen, steht es jeder Kasse frei, von einem Umlageverfahren ganz oder teilweise auf Kapitaldeckung umzusteigen. Aufgrund des Altersaufbaus der Bevölkerung, der eher eine Urnenals eine Kegelform aufweist, und des Rückgangs der Arbeitnehmer im Verhältnis zu den Rentnern ist die Umlagefinanzierung nachteilig gegenüber einer Kapitaldeckungsstockfinanzierung. Es gibt kommunale Zusatzversorgungskassen,

die schrittweise die Kapitaldeckung bis hin zur fast vollständigen Kapitaldeckung eingeführt haben, je nachdem, wie viele „Altlasten“ sie zu finanzieren haben.

Eklatant sind die Altlastenprobleme⁵⁾ insbesondere bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), der die kommunalen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Berlin sowie die Bundeswehrkrankenhäuser und die Universitätsklinika angehören⁶⁾. Die Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sind bei der VBL höher als bei allen anderen Zusatzversorgungskassen. Das Krankenhaus zahlt – Sanierungsgeld und Arbeitnehmerbeteiligung eingeschlossen – monatlich 9,71 Prozent des Gehalts seiner Mitarbeiter an die VBL. Die durch die VBL verursachte Zahlungslast liegt damit doppelt so hoch wie bei den Mitbewerbern. Der Grund hierfür ist insbesondere darin zu sehen, dass der Bund Bereiche wie die Lufthansa ausgegliedert oder in anderen Bereichen wie der Bundeswehrverwaltung ganz wesentlich ausgedünnt hat. So gehört der Bund heute zu den Nutznießern der VBL:

☞ Während bei allen Beteiligten der VBL heute durchschnittlich 1,67 Erwerbstätige einem Rentner gegenüberstehen, beträgt dieser so genannte Rentenlastquotient beim Bund nur 0,9. Die Zahl der Rentner des Bundes übersteigt also bereits heute die Zahl der aktiv Beschäftigten. Die Kommunen zahlen für den Bund mit. Die VKA überprüft zurzeit sehr konkret, inwieweit diese Unausgewogenheit prozessual auf ihre Rechtmäßigkeit überprüft werden kann.

Denkbare Fluchtwege und erfolgreiche Fluchten

Austritt aus der VBL

Die Mitgliedschaft in der VBL ist durch eine selbständige Beteiligungsvereinbarung nach § 20 der Satzung der VBL zu Stande gekommen. Die Beteiligungsvereinbarung kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres gekündigt werden. Allerdings sind nach § 23 Absatz 2 der Satzung zur Deckung der aus dem Anstaltsvermögen nach dem Ausscheiden zu erfüllenden Leistungsansprüche „Gegenwerte“ zu zahlen, die nicht selten so hoch sind, dass ein Ausscheiden nicht lohnt und/oder angesichts der bilanziellen Situation des Krankenhauses nicht darstellbar ist. Sollte sich der Ausstieg im Einzelfall lohnen, dürfte damit zu rechnen sein, dass auf die Solidarität der Versicherten-gemeinschaft hingewiesen und dem Haus bedeutet wird, ein Ausstieg sei nicht opportun.

Allerdings deutet sich ein Umdenken in der „Versicherten-gemeinschaft“ der VBL an:

- Die Zahl der Kündigungen unter Inkaufnahme der Gegenwertzahlung nimmt zu.⁷⁾ Darüber hinaus berechnen zur Zeit homogene Gruppen Beteiligter ihre Gegenwertverpflichtungen und verhandeln über deckungsgleiche Kreditpakete, um den eventuellen planmäßigen Gruppenaustritt und eine anderweitige Neuversicherung ihres Gesamtbestandes vorzubereiten; hierbei assistieren an der Neuordnung interessierte Versicherungsträger.

- Schließlich verstummen zur Zeit nicht die Gerüchte, dass auch Länder Berechnungen darüber anstellen, ob sie im Rahmen der VBL Nettozahler sind und ihre Versicherten anderswo besser sichern können. Diese Überlegungen werden auch durch Berichte darüber gefördert, dass die VBL das angelegte Kapital schlecht verwaltet hat.⁸⁾

Dies alles sind Nachrichten, wie sie für ein Versicherungssystem kaum schlechter sein können. Sollten die Träger der VBL nicht demnächst in einem Kraftakt Maßnahmen ergreifen, um das System wieder auf sichere Füße zu stellen, droht eine Reaktion nach dem Motto: Rette sich, wer kann. Es ist kaum zu glauben, dass Bund, Länder und andere öffentliche Träger auf der einen und die Gewerkschaften auf der anderen Seite so nachlässig mit dieser Versorgungsanstalt umgegangen sind. Jeder Träger – also auch jedes rechtlich selbständige Krankenhaus – möge prüfen, ob die Kündigung der Beteiligung unter Inkaufnahme der Gegenwertzahlung nicht der bessere Weg in die Zukunft ist. Es ist zu hoffen, dass dieser Schritt zu einer self-destroying-prophecy beiträgt.

Sollte sich ein Krankenhaus zu einem Austritt aus der VBL entscheiden, so könnte unter der weiter bestehenden BAT-Tarifzugehörigkeit ein gesonderter Tarifvertrag über die Altersversorgung abgeschlossen werden.⁹⁾ Dies ist möglich und wurde in Einzelfällen bereits praktiziert. Direktversicherungen sind die am häufigsten gewählte Form der Altersversorgung. Mit einem neuen Tarifvertrag sind Regelungen unter anderem für bestehende Arbeitsverhältnisse erforderlich; Neueinstellungen werden über das neu vereinbarte Tarifsysteem erfasst. Bei zur VBL wesensgleichen Zusatzversorgungskassen sind die Regelungen ähnlich.

■ Chefärzte und leitende Mitarbeiter nicht in die VBL

Angesichts der schwierigen Lage der Krankenhäuser ist es wenig verständlich, dass oft noch Mitarbeiter wie Chefärzte, Krankenhausdirektoren oder andere leitende Personen in der VBL oder vergleichbaren Zusatzversorgungskassen versichert sind, die nach § 3 BAT i.V.m. § 20 Absatz 1 Satz 2 der Satzung der VBL versicherungsfrei sind. Sie können jederzeit aus der VBL ausscheiden – mit finanziellen Vorteilen für den Einzelnen und das Haus. Hier gibt es Gestaltungsspielräume; der Anstellungsvertrag wäre einvernehmlich nur ein wenig zu ändern. Personalleiter und Krankenhausdirektoren sollten einmal genauer hinschauen.

Kündigung der Tarifverträge des BAT

Die Tarifverträge des BAT sind auf Arbeitgeberseite abgeschlossen worden vom Bund, der Tarifgemeinschaft der Länder (TdL) und von der Vereinigung kommunaler Arbeitgeber (VKA). Stehen auf einer Seite eines Tarifvertrages mehrere Tarifvertragsparteien wie beim BAT, so kann es gewollt sein, dass der mehrgliedrige Tarifvertrag eine geschlossene Einheit darstellt oder dass mehrere voneinander unabhängige Tarifverträge geschlossen werden. Was gewollt ist, muss im Wege der Auslegung ermittelt werden. Das Bundesarbeitsgericht hat 1976 entschieden¹⁰⁾, dass es sich beim BAT um einen mehrgliedrigen Tarifvertrag handelt. Jede der vertragschließenden Parteien kann den BAT demnach gegenüber einer Gegenpartei oder allen Gegen-

parteien kündigen. Die Kündigung gilt jeweils für den Geltungsbereich desjenigen, der gekündigt hat oder dem gegenüber gekündigt wurde. Für den Bereich der übrigen Vertragsparteien bleibt der Tarifvertrag unberührt¹¹⁾.

In der Lohnrunde 2003 wurde der Vergütungstarifvertrag mit Wirkung bis zum 31. Januar 2005 geschlossen. Wegen der materiellen Inhalte des BAT haben die Tarifvertragsparteien sich geeinigt, ebenfalls bis zum 31. Januar 2005 ein neues Tarifrecht des öffentlichen Dienstes zu entwickeln. Sollte ein Krankenhaus an eine Kündigung des BAT denken, wenn zum Beispiel kein zufriedenstellendes neues Tarifrecht des öffentlichen Dienstes entwickelt wird, so dürfen die folgenden Punkte nicht vergessen werden:

- Nach § 4 Absatz 5 Tarifvertragsgesetz (TVG) wirkt das alte Tarifrecht nach, bis mit der Gewerkschaftsseite ein neuer Tarifvertrag geschlossen ist. Partner der Tarifverhandlungen wären wiederum ver.di und die Tarifunion des Deutschen Beamtenbundes; der Christliche Gewerkschaftsbund ist nur noch begrenzt regional aktiv und damit bundesweit nicht mehr tariffähig.

Austritt aus dem Arbeitgeberverband führt weder zum Austritt aus der VBL noch unmittelbar zur Lösung vom BAT

- Immer wieder ist die Ansicht zu hören, durch den Austritt aus dem Arbeitgeberverband löse man sich uno actu aus der VBL und dem BAT. Der Austritt aus dem Arbeitgeberverband hat jedoch keine Verbindung mit dem Austritt aus der VBL. Zur Lösung von der VBL bedarf es der Kündigung der Beteiligungsvereinbarung (siehe oben).
- Wie Foit in dieser Zeitschrift eindrucksvoll darlegte¹²⁾, führt der Austritt aus dem Arbeitgeberverband auch nicht unmittelbar zur Kündigung des BAT, der im Übrigen nicht aus einem Tarifvertrag, sondern aus einem Geflecht von Tarifverträgen besteht, die einzeln zu kündigen wären.
- Nach § 3 Absatz 3 TVG gilt die Tarifgebundenheit eines aus dem Verband ausgetretenen Arbeitgebers fort. Zudem greift die Nachwirkung gemäß § 4 Absatz 5 TVG, wonach der Tarifvertrag solange weiter gilt, bis er durch eine andere Regelung ersetzt wird. Ferner ist einzelvertraglich in aller Regel der BAT in den Arbeitsvertrag einbezogen. ▶



FAA
 FachArztAgentur
 GmbH
 Ärztliche Urlaubs- und
 Krankheitsvertreter für
 Klinikum und Krankenhaus.

Wir vermitteln, organisieren und betreuen
 kurzfristig und flexibel
 einsetzbare ärztliche Honorarvertretungen.

Telefon: 05 21 / 8 97 31 16 · Fax: 05 21 / 8 97 31 17
 Maagshöhe 8 · 33729 Bielefeld
 www.facharztagentur.de · info@facharztagentur.de

● Unabhängig hiervon wird die Gewerkschaftsseite den Flüchtigen mit besonders negativer Aufmerksamkeit bedenken, wie die Erfahrung – jetzt wieder auch in Berlin – lehrt.¹³⁾ Der Austretende hätte sich, da der Sachverstand eines Arbeitgeberverbandes ihm nicht mehr zur Verfügung stünde, eigenes Know how aufzubauen.

● Frei wäre ein ausgetretenes Krankenhaus tariflich nur bei den Neueinstellungen. Hier aber könnte sich die Situation auf dem Personal-/Stellenmarkt negativ bemerkbar machen. Dem einzelnen Haus würde es angesichts des zunehmenden Mangels an Ärzten und Pflegepersonal nicht leicht fallen, Personal zu schlechteren Bedingungen als denen des BAT einzustellen¹⁴⁾.

Versuch eines Sonderweges durch die DKG

Die DKG hat intensiv Wege aus dem aufgezeigten Dilemma geprüft, bis dahin, ob sie nicht selbst als Arbeitgeberverband auftreten könne¹⁵⁾. Das Ergebnis war negativ: Die DKG ist kein Arbeitgeberverband im Sinne des Tarifvertragsgesetzes. Ein Tarifträgerverband im Sinne von Artikel 9 Absatz 3 Grundgesetz setzt auf Arbeitgeberseite die Mitgliedschaft von Arbeitgebern voraus. Mitglieder der DKG sind jedoch nicht die einzelnen Krankenhäuser, sondern die Landeskrankenhausgesellschaften und die Spitzenverbände von Krankenhäusern mit jeweils nur relativ wenigen Beschäftigten. Zudem muss die „Koalition“ die Interessen ihrer Mitgliedschaft gegenüber dem sozialen Gegenspieler verfolgen. Der Abschluss von Tarifverträgen gehört jedoch bei keinem der DKG-Mitgliedverbände zu den satzungsmäßigen Aufgaben; kein Mitgliedverband der DKG ist selber Arbeitgeberverband.

Die DKG hätte einen eingetragenen Verein als Tarifträger und damit als Koalition im Sinne von Artikel 9 Absatz 3 Grundgesetz gründen können, dessen Mitglieder die einzelnen rechtsfähigen Krankenhäuser wären. Diese aber sind in aller Regel bereits Mitglied in kommunalen, kirchlichen oder anderen speziellen Arbeitgeberverbänden. Die Muttergesellschaften der Krankenhäuser würden Austritte aus ihren Arbeitgeberverbänden schwerlich zulassen. Dieser Weg wurde deshalb von der DKG verworfen. Ob im Falle der Gründung dieser eingetragene Verein als Tarifträger erfolgreicher mit der Gewerkschaftsseite hätte verhandeln können, bleibt offen.

Aussiedeln von Betriebsteilen und die „Falle“ der Wesentlichkeitsgrenze

Die Krankenhäuser lösen sich heute zunehmend von Randbereichen wie Wäscherei, Essenszubereitung, Reinigungsdienst etc. Spezialisten können dies oft besser als die auf die Heilbehandlung konzentrierten Krankenhäuser. Im Wesentlichen erfolgt die Vergabe der Leistung an einen privaten Anbieter oder die Gründung von eigenen Servicebetrieben in der Rechtsform einer GmbH. Bei Servicegesellschaften wird häufig als umsatzsteuerlich günstige Lösung die Mehrheitsbeteiligung des Krankenhausträgers mit dem entsprechenden Dienstleister als Minderheitsgesellschafter favorisiert. Bei Vorliegen einer umsatzsteuerlichen Organschaft zwischen dem Krankenhaus und der Servicegesell-

schaft unterliegen die Leistungen der Servicegesellschaft an das Krankenhaus als Innenumsätze nicht der Umsatzsteuer (§ 2 Absatz 1, Absatz 2 Nr. 2 UStG). Im Rahmen der Servicegesellschaften wird mit anderen Lohnstrukturen gearbeitet als nach BMT-G.

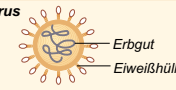
☞ Zu beachten ist freilich, dass dieser Vorgang, soweit er mit der Lösung von der VBL verbunden ist, nicht mit der Wesentlichkeitsgrenze des § 22 Absatz 3 der Satzung der VBL kollidiert. Wenn ein „wesentlicher Teil“ der Mitarbeiter der Muttergesellschaft ausgegliedert wird, so liegt ein wichtiger Grund zur Kündigung der Beteiligungsvereinbarung vor mit der Folge der Pflicht zur Zahlung hoher Gegenwerte.

Ab welchem Prozentsatz die Voraussetzung eines „wesentlichen Teils“ gegeben ist, kann nicht verbindlich beantwortet werden. Tatbeständlich galt zunächst für die außerordentliche Kündigung als Voraussetzung, dass der Beteiligte „den wesentlichen Teil“, mithin deutlich über 50 Prozent seiner Arbeitnehmer, auf einen oder mehrere andere Arbeitgeber übertragen hat. Da die Vorschrift wegen ihrer Breite praktisch wirkungslos war, wurde mit der 37. Satzungsänderung vom 1. Juli 2000 die Vorschrift dahin gehend geändert, dass es für das Kündigungsrecht der Anstalt ausreicht, dass „ein wesentlicher Teil“ verlagert wird. Wieder wurde nicht zahlenmäßig festgeschrieben, welcher Teil des Personals als „ein wesentlicher Teil“ anzusehen ist. Wenn man sich für die Auslegung vom Gegenteilsbegriff her annähert, wird deutlich, dass „ein unwesentlicher Teil“ wohl unter 20 Prozent liegen muss, so dass „ein wesentlicher Teil“ bei 20 Prozent erreicht sein wird. Bei bisherigen Privatisierungen legte die VBL einen Prozentsatz von 25 Prozent zugrunde. Die Fluchtbewegung aus der VBL wird diese jedoch dazu veranlassen, einen geringeren Prozentsatz als maßgeblich durchzusetzen.

☞ Wichtig ist auch zu beachten, dass die Satzung keine Frist für die Bemessung des „wesentlichen Teils“ gibt. Damit wird der Geschäftsführung der VBL ein erheblicher Spielraum für ihre Entscheidung eingeräumt.¹⁶⁾

Viren – klein, aber gefährlich

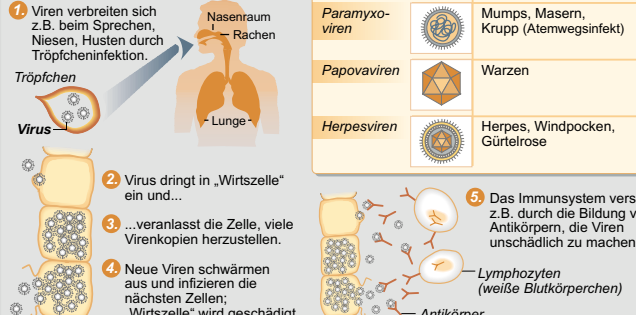
Virus



- Viren haben keinen eigenen Stoffwechsel und können sich nur über „Wirtszellen“, z.B. im Menschen, vermehren.
- Viren verändern sich schnell, so dass vorbeugende Impfungen (z.B. gegen Grippe) jährlich wiederholt werden müssen.

Beispiel eines Infektionsverlaufs

1. Viren verbreiten sich z.B. beim Sprechen, Niesen, Husten durch Tröpfcheninfektion.
2. Virus dringt in „Wirtszelle“ ein und...
3. ...veranlasst die Zelle, viele Virenkopien herzustellen.
4. Neue Viren schwärmen aus und infizieren die nächsten Zellen; „Wirtszelle“ wird geschädigt oder zerstört.
5. Das Immunsystem versucht, z.B. durch die Bildung von Antikörpern, die Viren unschädlich zu machen.



Virenarten (Auswahl)	Krankheiten, die sie verursachen (Beispiele)
Coronaviren	SARS (Schweres Akutes Atemwegssyndrom), Magen-Darm-Entzündungen
Picornaviren	Polio (Kinderlähmung)
Retroviren	AIDS, Leukämie
Paramyxoviren	Mumps, Masern, Krupp (Atemwegsinfekt)
Papovaviren	Warzen
Herpesviren	Herpes, Windpocken, Gürtelrose

© Globus 8462

Ausblick

Der Druck auf die Krankenhäuser ist kaum mehr erträglich. Die Gewerkschaftsseite wird sich weiterhin primär um ihre Mitglieder sorgen und weniger um die, die keine Arbeit haben; sie bleibt auf hohe Lohnforderungen zentriert. Die Regierung auf der anderen Seite ist auf die Senkung der Lohnnebenkosten fokussiert. Der Kostendruck wird über Jahre hinaus anhalten.

Angesichts dessen ist klar, dass die zentrifugalen Kräfte – nicht alleine im Krankenhausbereich – zunehmen. Obwohl die Flucht aus der VBL und aus den Tarifverträgen des BAT nicht leicht ist, stehen wir erst am Beginn einer solchen Bewegung. Wenn die Verantwortlichen für das Versorgungswerk der VBL sich nicht mit Kraft ihrer Verantwortung stellen und wirksame Wege der Sanierung finden, droht die VBL – leider – zusammenzubrechen.

Ob und inwieweit die Verhandlungsgemeinschaft des Bundes, der Tarifgemeinschaft der Länder und der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände aufrecht zu erhalten ist, muss intensiv geprüft werden. Das Unbehagen über das Ergebnis der BAT-Lohnrunde(n) ist nicht nur krankenhausspezifisch. Dies zeigt sich auch darin, dass die Länder Baden-Württemberg, Bayern und Saarland aus der Verhandlungsgemeinschaft von Bund und Ländern aussteigen und sich statt dessen bei künftigen Tarifverhandlungen mit anderen Ländern zusammenschließen wollen¹⁷⁾. Berlin hat für sich schon einen Sonderweg gefunden.

Ein klarer Weg in die Zukunft für die Krankenhäuser ist noch nicht auszumachen. Die Tariflandschaft mitsamt den Versorgungswerken ist in Bewegung geraten. Die weitere Entwicklung ist sehr aufmerksam zu beobachten, wobei die Veränderungsgeschwindigkeit bei den Versorgungswerken größer ist.

Anmerkungen

- 1) Der Verfasser hat dies als Mitglied des Präsidiums immer wieder selbst erlebt; anders war zum Beispiel die Haltung der Oberbürgermeister und Landräte, da für sie das Selbstkostendeckungsprinzip nicht galt.
- 2) Man erinnere sich an die damalige Kampagne der DKG „Berufe fürs Leben“, die mit ursächlich dafür war, dass 1991 die Vergütungen speziell für die im Krankenhaus vorkommenden Berufe erhöht wurden.
- 3) Sollte der EuGH die Richtlinien für anwendbar erklären, ist nicht auszuschließen, dass die Bundesregierung initiativ wird, um die Richtlinien zu ändern.
- 4) Es wird nicht verkannt, dass es auch im BAT-Bereich eine nicht geringe Zahl spezieller Regelungen für den Krankenhausbereich gibt (zum Beispiel die Kr-Tabelle). Erforderlich ist aber angesichts der heutigen Anforderungen an den Krankenhausbereich ein ganz eigenes Krankenhausarbeitsvertrag.
- 5) Unter Ausblendung der Altlasten wäre eine vollständig kapitalgedeckte zusätzliche Altersversorgung mit einem Beitrag in Höhe von 4 Prozent der Bruttovergütung darstellbar.
- 6) Das Universitätsklinikum Leipzig ist zum Jahresende 2002 aus der VBL ausgetreten; siehe Dienst für Gesellschaftspolitik vom 10. April 2003, Seite 5.
- 7) Zum 31. Dezember 2002 haben 47 Arbeitgeber die Mitgliedschaft bei der VBL gekündigt. Gut ein Drittel dieser Kündigungen kamen aus dem Lager der Sozialversicherungsträger: 6 Ortskrankenkassen, 12 Innungskrankenkassen und ihre Verbände und einige Berufsgenossenschaften kündigten die Beteiligung. Die Barmer Ersatzkassen, die

Techniker-Krankenkasse etc. sind schon zuvor ausgetreten. Weitere Einzelheiten siehe „VBL: Sanierungsgelder in Millionenhöhe verspielt?“, Dienst für Gesellschaftspolitik vom 10. April 2003, Seite 3 f. sowie „Krankenkassen: Die öffentliche Altersversorgung der Mitarbeiter ist desolat geworden“, Der gelbe Dienst 7/2003, der vom „Beginn der Massenflucht aus der VBL“ spricht.

- 8) Da die VBL umlagenfinanziert ist, handelt es sich im Wesentlichen „nur“ um das Kapital, das den Grundbestand darstellt. Zu den schlechten Anlageergebnissen dieser Bestände siehe Fundstellen in der vorigen Fußnote.
- 9) Dieser gesonderte Tarifvertrag nach § 46 BAT hat nichts mit der daneben existierenden und für die Krankenhäuser zu begrüßenden Entgeltumwandlung zu tun, die aufgrund des Tarifvertrages vom 18. Februar 2003 auch für den öffentlichen Dienst anwendbar ist.
- 10) BAG vom 8. September 1976 – 4 AZR 359/75 – AP Nr. 5 zu § 1 TVG Form.
- 11) Siehe hierzu Schaub, Arbeitsrechts-Handbuch, 9. Auflage, München 2000, XV. Buch, Das Tarifrecht, Rn. 24, 25, 39; Böhm/Spiertz, Kommentar zum Bundesangestelltentarif, 3. Auflage, 2000, § 74 BAT, Rn. 16.
- 12) Siehe Dr. Otto Foit: „Erst denken, dann handeln. Ein Austritt aus dem Kommunalen Arbeitgeberverband löst das Problem nicht.“ Das Krankenhaus 2003, Seite 148 f.
- 13) Auf den Berliner Senat wird einiges zukommen; ein guter Abriss hierzu findet sich bei Löw, „Berlins Tarifflucht ist noch nicht gesichert, Übernahmeverträge können Bindung an Abschluss für öffentlichen Dienst bewirken“, FAZ vom 15. Januar 2003, Nr. 12, Seite 19
- 14) Im Einzelnen hierzu praxisnah Foit a.a.O.
- 15) Siehe hierzu das unveröffentlichte Gutachten von Heinze, Februar 1999, erhältlich bei der DKG.
- 16) Siehe zum Ganzen auch: Berger/Kiefer/Langenbrinck, „Das Versorgungsrecht für die Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes“, § 22 B 36.14; Gilbert-Hesse, „Die Versorgung der Angestellten und Arbeiter des öffentlichen Dienstes“, § 22, Anm. 4 a.
- 17) Siehe hierzu „Tarifgemeinschaft der Länder treibt auseinander; auch Baden-Württemberg kündigt seinen Ausstieg an“, FAZ vom 27. März 2003, Seite 8.

Anschrift des Verfassers:

DKG-Präsident Landrat Dr. Burghard Rocke, Hilgenkamp 18, 25588 Oldendorf ■

Redaktion
„das Krankenhaus“

Telefon
02 11/4 54 73 - 150

Telefax
02 11/4 54 73 - 61

E-Mail:
p.ossen@dkgev.de