VERGÜTUNG 01.08.2007

BDC|Umfrage: Umsetzung der neuen Tarifverträge bei chirurgischen Oberärzten

Einleitung

Ende 2006 wurden zwischen dem Marburger Bund (MB) und der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) für die Universitätskliniken und der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) für die kommunalen Häuser eigenständige Tarifverträge für die beschäftigten Ärzte abgeschlossen (TV-Ärzte bzw. TV-Ärzte/VKA) [1, 2, 3, 4]. Diese Tarifverträge lösen den Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) für Ärzte ab und erkennen den MB als Tarifpartner an. Dem Abschluss ging ein mehrmonatiger Streik an den Kliniken und mühsame Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern voraus. Erstmalig wurden damit im Krankenhaustarifwerk Entgeltgruppen eingeführt, die eine leistungs- und positionsbezogene Vergütung für Assistenzärzte, Fachärzte, Oberärzte und leitende Oberärzte vorsehen.

Textkasten 1: Definition des OA und Ltd. OA im TV-Ärzte

Tarifrechtliche Definition des Oberarztes (Entgeltgruppe Ä3)

Oberarzt ist derjenige Arzt, dem die medizinische Verantwortung für Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik beziehungsweise Abteilung vom Arbeitgeber übertragen worden ist. Oberarzt ist ferner der Facharzt in einer durch den Arbeitgeber übertragenen Spezialfunktion, für die dieser eine erfolgreich abgeschlossene Schwerpunkt- oder Zusatzweiterbildung nach der Weiterbildungsordnung fordert.

Tarifrechtliche Definition des Leitenden Oberarztes (Entgeltgruppe Ä4)

Fächärztin/Facharzt, der/dem die ständige Vertretung des leitenden Arztes (Chefarzt) vom Arbeitgeber übertragen worden ist.

Zusätzlich beinhalten die vier Entgeltgruppen Abstufungen, die sich an der Dauer der Tätigkeit in der Entgeltgruppe orientieren. Schon frühzeitig nach dem Abschluss des Tarifwerkes wurde die Umsetzung des neuen Eingruppierungsmerkmales ‚Oberarzt' (Ä3/EIII) als problematisch angesehen. Dieses resultiert insbesondere aus der Beschreibung der Position „Oberarzt", die im TV-Ärzte und TV-Ärzte/VKA unterschiedlich verhandelt wurde (s. Textkasten 1). Die zu enge und trotzdem uneindeutige Definition in den Tarifverträgen wurde von vielen Krankenhausträgern ausgenutzt. Um Kosten zu sparen, wurde bei vielen Oberärzten die Eingruppierung in die neuen Oberarzt-Entgeltgruppen abgelehnt und stattdessen ohne Veränderung des täglichen Arbeitsablaufes vielfach eine Einstufung in die Entgeltgruppe der ‚Fachärzte' vorgenommen. Zur nüchternen Analyse der aktuellen Situation chirurgischer Oberärzte, wurde im Februar dieses Jahres eine Umfrage initiiert [5]. In dieser Ausgabe der BDC-Mitteilungen sollen die Ergebnisse dargestellt und durch eine Stellungnahme des BDC kommentiert werden.

Methodik der Umfrage

Der Fragebogen zur Umfrage wurde im Februar 2007 in den Mitteilungen des BDC publiziert und über die Website des BDC (www. bdc.de) online geschaltet. Gleichzeitig wurden über den E-Mail Verteiler des Berufsverbandes alle leitenden Oberärzte der kommunalen Häuser und der Universitätskliniken im gesamten Bundesgebiet kontaktiert, mit der Bitte, sich mit ihrer Abteilung an der Umfrage zu beteiligen. Die insgesamt neun Fragen waren bewusst kurz und allgemein gehalten, um einen hohen und schnellen Rücklauf und damit die Aktualität dieser Umfrage zu gewährleisten. Die ersten beiden Fragen bezogen sich auf den Krankenhausträger und Versorgungstyp, die weiteren Fragen auf die Umsetzung des Tarifrechtes auf Oberarztebene. Hierbei wurden zum großen Teil offene Fragen gestellt, um der vermuteten Heterogenität der Umsetzung Rechnung zu tragen. Die Auswertung der Umfrage erfolgte rein deskriptiv.

Ergebnisse

Insgesamt beantworteten 393 chirurgische Abteilungen den Fragebogen. Am häufigsten waren hierbei Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung (n=165, 42 Prozent) vertreten. 69 universitäre Abteilungen (18 Prozent) beantworteten diesen Fragebogen (Tabelle 1). Erwartungsgemäß war mit 57 Prozent die Kommune (Stadt,

Gemeinde, Landkreis) der am häufigsten vertretene Krankhausträger. Auf die Frage „Erhalten alle klinisch tätigen Oberärzte Ihrer Abteilung/Klinik von der KH-Verwaltung im Rahmen der Tarifumstellung den Status eines Oberarztes zuerkannt?“ antworteten 64 Prozent (n=225) mit nein. Nur in 36 Prozent der Chirurgischen Abteilungen (n=125) wurde das gültige Tarifrecht auf Oberarztebene vollständig umgesetzt und alle Oberärzte in die neue Entgeltgruppe „Oberarzt“ eingruppiert (Tabelle 2). Die Folgefrage bezog sich auf die Anzahl der Oberärzte, denen der Status eines Oberarztes von der Verwaltung tarifrechtlich zuerkannt wurde, wenn nicht alle Oberärzte in die neuen Entgeltgruppen „Oberarzt“ eingestuft wurden (Tabelle 3).

Tabelle 1: Teilnehmende Abteilungen nach Versorgungstypen (n = 393)

Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung	n = 165	42 %
Krankenhaus der Schwerpunktversorgung	n = 96	24 %
Krankenhaus der Maximalversorgung	n = 54	14 %
Universitätskliniken	n = 69	18 %
Sonstige	n = 9	2 %

Tabelle 2: Erhalten alle klinisch tätigen Oberärzte Ihrer Abteilung/Klinik von der KH-Verwaltung im Rahmen der Tarifumstellung den Status eines Oberarztes zuerkannt? (n=350)

Ja	n=125 (36 %)
Nein	n=225 (64 %)

Tabelle 3: Wie vielen OÄ wird der Status als OA nach dem neuen Tarif von ihrer Verwaltung zuerkannt , wenn nicht alle Oberärzte anerkannt werden. (Angaben in %, n = 231)?

	0 %	0 – 25 %	25 – 50 %	50 – 75 %	> 75 %	k. A.
n	74	48	43	19	15	32
%	32	20,8	18,6	8,2	6,5	13,9

Tabelle 4: Ist die Nicht-Anerkennung als tarifrechtlicher Oberarzt durch die Krankenhausverwaltung mit einem Einkommensverlust gegenüber dem alten Status vor Abschluss der Tarifverträge verbunden? (n=232)

Ja	n=146 (63 %)
Nein	n=86 (37 %)

In 32 Prozent der chirurgischen Abteilungen, in welchen das Tarifrecht nicht vollständig umgesetzt wurde, wurde keinem Oberarzt der entsprechende Status zugebilligt. Stattdessen wurden alle existierenden Oberärzte tarifrechtlich in die Facharztgruppe eingestuft. In 21 Prozent der Abteilungen wurden maximal ein Viertel (25 Prozent) der Oberärzte anerkannt, d.h. 75 Prozent der als Oberarzt in diesen Abteilungen tätigen Kollegen werden von der KH-Verwaltung nicht als solche bezahlt. Lediglich in 15 Prozent der Abteilungen wurden mehr als 50 Prozent der klinisch tätigen Oberärzte tarifrechtlich anerkannt. Abteilungen, in welchen über diese Frage mit der Verwaltung noch verhandelt wurde, wurden in die Gruppe „keine Angaben“ eingestuft. Auf die Frage nach den Begründungen des Krankenhausträgers für die Nicht-Anerkennung als tarifrechtlicher Oberarzt wurde von 144 Abteilungen (60 Prozent) angegeben, dass im Tarifvertrag der Status des Oberarztes nicht eindeutig definiert sei oder die betreffenden Oberärzte die Kriterien der Tarifverträge nicht erfüllen. Weitere Begründungen waren mangelnde finanzielle Mittel des Krankenhausträgers zur Umsetzung (n = 59, 25 Prozent) und eine zu hohe Anzahl von Oberärzten im Verhältnis zur Abteilungsgröße (n = 30, 13 Prozent). In 63 Prozent der chirurgischen Abteilungen (n = 146) war die Nicht-Anerkennung als tarifrechtlicher Oberarzt mit einem Einkommensverlust gegenüber dem alten Status vor Abschluss des Tarifvertrages verbunden.

Tabelle 5: Welche Voraussetzungen/Bedingungen soll ein OA erfüllen, um von der Krankenhausverwaltung tarifrechtlich anerkannt zu werden (392 Antworten bei möglicher Mehrfachnennung)?

Klinische Leitungsfunktion mit zugewiesenem Bereich	n=185	(47,2%)
Erwerb einer Schwerpunktbezeichnung	n=55	(14,0%)
Personalunterstellung	n=45	(11,5%)
Keine Kriterien genannt	n=38	(9,7%)
Wissenschaftliche Qualifikation	n=12	(3,1%)

Sonstige	n=57	(14,5%)

In 37 Prozent (n = 87) hatte diese Nicht-Anerkennung keine finanziellen Nachteile gegenüber dem alten Status (Tabelle 4). In einer weiteren Frage sollten die Vorschläge gelistet werden, die von Seiten der Krankenhausverwaltung für die Anerkennung als Oberarzt im Sinne der Oberarzt-Entgeltgruppe gemacht wurden (255 Antworten, Mehrfachnennung möglich). In den meisten Abteilungen wurden seitens des Arbeitgebers keine Vorschläge zur Umsetzung des Tarifvertrages unterbreitet (n = 82, 32, Prozent). In 31, 3 Prozent (n = 80) wurde von den Verwaltungen vorgeschlagen, eine beschränkte Anzahl von Oberärzten anzuerkennen. 43 Krankenhausverwaltungen (16, 9 Prozent) stellten einen finanziellen Ausgleich durch andere Mittel in Aussicht (Pool-Gelder, außertarifliche Zuschläge, Pauschal- bzw. Leistungszulagen). Ein Arbeitgeber empfahl den Oberärzten, das Krankenhaus zu wechseln. Nach den Voraussetzungen, die von Oberärzten zur tarifrechtlichen Anerkennung gefordert werden, wurde ebenfalls gefragt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 dargestellt (392 Antworten bei möglicher Mehrfachnennung). Ein letztes Feld war für freie Kommentare. Eine Auswahl dieser ist in Textkasten 2 und 3 zusammengestellt.

Textkasten 2: Stimmungslage unter den betroffenen Oberärzten

- „Das Problem muss publik gemacht werden, denn wir verlieren derzeit die Motivation, derartig viel Mehrarbeit bei gleichzeitig sinkendem Entgelt zu leisten, Rückzug auf Dienst nach Vorschrift ohne Zusatzaufgaben kann zur Realität werden."
- „Als Oberarzt sollten die bezahlt werden, die tagtäglich Entscheidungen treffen müssen, weil sie die Klinik im Rufdienst leiten."
- „Es wurde bisher von den Oberärzten eine entsprechende Leistung erwartet, die weit über das Maß eines Assistenzarztes mit Facharztbezeichnung hinausgeht. Auf einmal soll die erfüllte Erwartung nichts mehr wert sein."
- „Es ist doch eigentlich bodenlos, wie sich Verwaltungen und Krankenhausträger in dieser Sache benehmen und durch Tarifrückstufungen die Motivation von Leistungsträgern an einem ganz sensiblen und wichtigen Stellrad im Krankenhausgefüge negativ beeinflussen."
- „Ich und meine Kollegen hoffen, dass landesweit dieser Missstand diskutiert wird und vehement gegen diese Gutsherrenpolitik der Verwaltung vorgegangen wird."
- „Es ist schlichtweg eine Sauerei wie mit den Hauptleistungsträgern umgegangen wird."

Textkasten 3: Kommentare betroffener Oberärzte zum Marburger Bund

- „Die Marburger-Bund-Definition ist extrem unglücklich gewählt"
- „Nachdem der Marburger Bund uns verkauft hat, könnte uns vielleicht der BDC unterstützen".
- „Der Marburger Bund ist für die Misere verantwortlich durch die missverständliche Definition des OA Status".
- „Der Marburger Bund kannte die brisante Klausel der Oberarzt-Definition sicher genau, die er unterschrieb."
- „An der schlampigen Vertragsverhandlung seitens des Marburger Bundes gerade in Bezug auf die Oberärzte ist leider nichts zu ändern."

Diskussion

Die Autoren sind sich bewusst, dass die Ergebnisse dieser Umfrage eine Momentaufnahme der aktuellen Umsetzung des geltenden Tarifrechts darstellen und viele chirurgische Abteilungen während laufender Verhandlungen mit ihrer Krankenhausverwaltung an dieser Umfrage teilgenommen haben. Ziel dieser Umfrage war es, eine Analyse der Umsetzung des geltenden Tarifrechtes zu liefern und auf ein aktuelles Problem der Berufspolitik aufmerksam zu machen. Auch wenn sich die Ergebnisse dieser Umfrage in einigen Monaten anders darstellen könnten, lassen sich dennoch aus dieser Momentaufnahme wichtige Rückschlüsse ziehen. Zunächst einmal zeigt die rege Teilnahme und Resonanz auf diese Umfrage, wie aktuell dieses Thema und wie problematisch die Umsetzung der neuen Tarifverträge auf Oberarztebene ist. Allein die Tatsache, dass auch sechs Monate nach Abschluss der Tarifverträge noch um die Umsetzung mit den Verwaltungen des Krankenhauses verhandelt werden muss, ist aus Sicht der betroffenen Oberärzte unzumutbar. Dieser Umstand ist mit nichts zu rechtfertigen und zeigt, dass viele Krankenhausträger in Gutsherrenmanier die unglückliche tarifrechtliche Definition zum Anlass genommen haben, an den Personalkosten ihrer Leistungsträger zu sparen.

Mit dieser Umfrage wird auch dokumentiert, wie heterogen die Umsetzung des aktuellen Tarifrechts gehandhabt wird. Dass der gültige Tarifvertrag von Seiten der Krankenhausträger zu einer so unterschiedlichen Auslegung geführt hat, ist in erster Linie auf die im Tarifvertrag niedergeschriebene Definition des Oberarztes und deren rigide Umsetzung zurückzuführen. Die Problematik liegt insbesondere darin, dass die Übertragung dieser Funktion an den Arbeitgeber gebunden ist und somit die Ernennung durch den Klinikchef oder Abteilungsleiter keine tarifrechtlich relevante Bedeutung hat. Mit dieser Argumentation haben viele Krankenhausverwaltungen ihren Oberärzten die Einstufung in die zustehende Entgeltgruppe Ä3/EIII verweigert. In diesem Zusammenhang wurde an anderer Stelle bereits auf die so genannte konkludente Übertragung der Verantwortung hingewiesen [6]. Diese bedeutet, dass die Übertragung der Verantwortung für einen Teil- oder Funktionsbereich als Oberarzt nicht ausschließlich schriftlich durch die Verwaltung erfolgen muss, sondern auch durch eine Tätigkeitsbeschreibung im Arbeitsvertrag oder andere Indizien, z.B. Übertragung von Verantwortung im Bereitschaftsdienst oder die Außendarstellung der Klinik im Internet. Ein Arbeitgeber, der für seinen Arbeitnehmer ein solches Arbeitsumfeld schafft, kann die Eingruppierung als Oberarzt nicht verweigern, nur weil im Arbeitsvertrag die Funktion nicht benannt ist oder keine offizielle Ernennung erfolgt ist [6].

Dass um die tarifrechtliche Position des Oberarztes zwischen Marburger Bund und der TdL/VKA lange gestritten wurde ist hinlänglich bekannt und zeigt sich allein daran, dass in den Tarifverträgen für die Universitätskliniken (TV-Ärzte) und den kommunalen Häusern (TV-Ärzte/VKA) unterschiedliche Definitionen ausgehandelt wurden [7]. Nach §16 TV-Ärzte/VKA ist Oberarzt derjenige, dem der Arbeitgeber die medizinische Verantwortung für selbstständige Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik oder Abteilung ausdrücklich übertragen hat. Diese verbale Verschärfung wird die Umsetzung des Tarifrechtes an den kommunalen Häusern zusätzlich erschweren. Mit diesem ausgehandelten Kompromiss muss sich jedoch der Marburger Bund an seinen eigenen Vorgaben messen lassen. Der Marburger Bund hatte während der Verhandlungsphase mit der TdL und VKA seinen Mitgliedern erklärt, dass kein Arzt durch die neuen Tarifverträge finanziell schlechter gestellt würde als vorher. Setzt man diesem Anspruch die Ergebnisse dieser Umfrage entgegen, muss konstatiert werden, dass dieses Ziel verfehlt wurde. Umso schwerer wiegt, dass es wichtige Leistungsträger der chirurgischen Abteilungen trifft – die Oberärzte.

Die Umfrage zeigt, dass in mindestens einem Drittel der chirurgischen Abteilungen Oberärzte von Gehaltseinbußen durch die neuen Tarifverträge betroffen sind. Die Höhe dieser finanziellen Verluste zu ermitteln war nicht Gegenstand dieser Umfrage und lässt sich wohl bei der heterogenen Auslegung des Tarifrechts nur schwer abschätzen. Neben dem finanziellen Verlust demoralisiert die Tatsache, wie gering die oberärztliche Arbeit von Seiten der Verwaltung wertgeschätzt wird Die Art und Weise wie leitende Angestellte der Verwaltung mit ihren Leistungsträgern umgehen, ist kurzsichtig und entwürdigend. Kommunale Krankenhausträger und Universitätskliniken haben immer noch nicht erkannt, dass motiviertes und gut bezahltes ärztliches Personal das eigentliche Kapital des Unternehmens Krankenhaus ist. Ärzte sind aufgrund ihres ethischen Anspruchs und ihrer örtlichen Bindung erpressbar. Es „gehört sich nicht", über das eigene Gehalt zu sprechen. Diese Maxime hat leider auch der Marburger Bund zu lange verfolgt und sich lediglich auf die Arbeitszeit konzentriert.

Dabei hätte ein Großteil der Ärzte nichts gegen längere Arbeitszeiten, wenn diese vernünftig bezahlt würden. Die Krankenhausträger haben die Chance verpasst, mit ihren Leistungsträgern im einvernehmlichen Dialog eine Lösung zwischen notwendiger ökonomischer Gestaltung und angemessenen Arbeitsbedingungen zu finden. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass in einem Fünftel der Abteilungen nicht einmal ein Vorschlag zur Konfliktlösung von Seiten des Arbeitgebers gemacht wurde und in fast 20 Prozent der chirurgischen Abteilungen mehr als sechs Monate nach Einführung des Tarifrechtes kein einziger Oberarzt als solcher durch die Krankenhausverwaltung anerkannt wurde – als ob es an diesen Abteilungen keine Oberärzte geben würde. Die erzielten Einsparungen bei ärztlichen Personalkosten durch bewusste Missdeutung des Tarifvertrages werden sich schon bald als Fehlkalkulation erweisen. Die Geringschätzung der chirurgischen Leistung und der dominat-patriarchalische Umgangston bedingen die ständig sinkende Motivation ärztlicher Leistungsträger, wie diese Umfrage zeigt. Dieser Motivationsverlust betrifft nicht die chirurgische Tätigkeit und die Sorge um den Patienten selbst, sondern hat die mangelnde Identifikation mit dem eigenen Krankenhaus und Arbeitgeber zur Folge.

Stellungnahme des BDC

Das Problem der tarifrechtlichen Umsetzung auf Oberarzt-Ebene wurde auf der letzten Präsidiumssitzung des BDC am 16. Juni 2007 diskutiert und hierzu von allen Vertretern einstimmig eine Presseerklärung verabschiedet und publiziert. Der Wortlaut der Resolution ist im Textkasten 4 zu finden.

Textkasten 4: Resolution des BDC

- Der BDC begrüßt einen eigenständigen Tarifvertrag für Ärzte.
- Der BDC stellt fest, dass die chirurgischen Oberärzte die wesentlichen Leistungsträger der Chirurgischen Kliniken Deutschlands sind.
- Der BDC kritisiert die heterogene Umsetzung des Tarifvertrages bei Oberärzten in deutschen Kliniken.
- Der BDC fordert die Krankenhaus-Verwaltungen auf, alle bisher als Oberärzte tätige Kollegen in dieser Position zu bestätigen und nach dem gültigen Oberarzt-Tarif zu bezahlen.
- Der BDC fordert die Tarifparteien auf, in weiteren Verhandlungen den Status der Oberärzte im Sinne der Leistungsanforderungen an diese Berufsgruppe unmissverständlich und neu zu definieren.

Empfehlungen des BDC

Der BDC empfiehlt, die Tätigkeit eines chirurgischen Oberarztes klar und entsprechend der Versorgungsrealität zu definieren. Nach Auffassung des BDC gehört dazu auch die Würdigung oberärztlicher Tätigkeit im Ruf- und Bereitschaftsdienst, wo Oberärzte regelhaft die letzte Instanz der Entscheidung sind und die volle Verantwortung für die Klinik tragen. Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen steht den Tarifpartnern für die Ausarbeitung einer sachlich richtigen und der Versorgungsrealität entsprechenden Oberarzt-Definition jederzeit und gern zur Verfügung. Der Berufsverband fordert die Tarifpartner auf, keinen Oberarzt finanziell schlechter zu stellen, als vor Bestehen der neuen Tarifverträge. Insbesondere der Marburger Bund wird aufgefordert, sich hier für die chirurgischen Oberärzte einzusetzen und sein Versprechen zu halten, nachdem niemand durch die neuen Tarifverträge schlechter gestellt werden soll. Juristische Schritte werden nur selten Erfolg versprechen. Der Justitiar des BDC steht seinen oberärztlichen Mitgliedern jedoch gern zur Verfügung, um die Erfolgsaussichten im Einzelfall zu prüfen.