



TARIFRUNDE 2021 FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE:
**GESUNDHEITSVERSORGUNG
UNTER ATTRAKTIVEN
ARBEITSBEDINGUNGEN**

**HINTERGRUNDINFORMATIONEN
ZUR TARIFRUNDE 2021**

TARIFVERHANDLUNGEN FÜR
ÄRZTINNEN UND ÄRZTE
AN KOMMUNALEN KRANKENHÄUSERN

INHALTSVERZEICHNIS

1. VORWORT	3
2. DIE VERHANDLUNGEN AUF EINEN BLICK.....	4
3. DIE FORDERUNGEN DER GEWERKSCHAFT MARBURGER BUND	6
4. DIE VKA-POSITIONEN IM DETAIL	11
4.1 WIRTSCHAFTLICHE SITUATION DER KRANKENHÄUSER.....	14
4.2 KONTINUIERLICHE ENTGELTSTEIGERUNGEN UND WEITERE AUFWERTUNGEN	18
4.3 VERGLEICHBARE TARIFABSCHLÜSSE	21
5. DIE KOMMUNALEN KRANKENHÄUSER.....	22
5.1 KRANKENHAUSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE	22
5.2 ARBEITSBEDINGUNGEN AN KOMMUNALEN KLINIKEN	24
5.3 BEDEUTUNG KOMMUNALER KRANKENHÄUSER.....	29
6. ÜBER DIE VKA	32
6.1 WER WIR SIND	32
6.2 GREMIEN UND VORSITZENDE DER VKA	33
6.3 MITGLIEDVERBÄNDE.....	35

1. VORWORT

Am 14. Oktober 2021 beginnen die Tarifverhandlungen für die Ärztinnen und Ärzte an den 324 kommunalen Krankenhäusern. Bereits jetzt lässt sich deutlich sagen: So angespannt wie derzeit war die wirtschaftliche Lage in den kommunalen Kliniken noch nie.

Warum ist das so? Die liquiden Mittel gehen immer weiter zurück. Dazu kommen steigende Ausgaben für Personalkosten, Material und Investitionen. Dem gegenüber stehen jedoch stagnierende, in einigen Krankenhäusern auch sinkende Einnahmen. Am stärksten schlagen die Personalkosten zu Buche, fast ein Drittel davon entfällt auf den ärztlichen Dienst der öffentlichen Krankenhäuser. Belastet wird die wirtschaftliche Situation der kommunalen Kliniken zusätzlich dadurch, dass der von den Ländern zu tragende bestandserhaltende Investitionsbedarf von sechs Milliarden Euro pro Jahr von den Ländern tatsächlich nur zur Hälfte abgedeckt wird.

Die Corona-Pandemie hat die angespannte Lage in den Krankenhäusern noch verschärft: Unsere Häuser haben dringend benötigte Betten freigehalten und dafür Operationen abgesagt. Die Folge waren massive Verluste auf der Einnahmenseite. Die Krankenhäuser haben zwar zur Bewältigung der Corona-Pandemie erhebliche finanzielle Hilfen von der Bundesregierung erhalten. Das strukturelle Finanzierungsproblem der Häuser ist damit aber nicht gelöst, sondern nur aufgeschoben worden. Licht am Ende des Tunnels sehen die kommunalen Krankenhäuser derzeit (noch) nicht, denn die wirtschaftliche Situation bleibt schwierig, hängt sie doch von der Anzahl der Behandlungsfälle und deren Finanzierung ab.

Das Forderungspaket des Marburger Bundes, das im Wesentlichen Entgelterhöhungen von 5,5 Prozent bei einer Laufzeit von einem Jahr, eine deutliche Reduzierung der Einsatzzeiten während der Rufbereitschaft sowie eine Verschärfung der bestehenden tariflichen Vorgaben für die Bereitschaftsdienste vorsieht, überfordert die kommunalen Kliniken einmal mehr. Allein die Entgeltforderung würde Mehrkosten von rund 320 Millionen Euro für die Krankenhäuser bedeuten. Auch die höhere Bereithaltepauschale, die der Marburger Bund anstrebt, schlägt in Abhängigkeit von der Verteilung der Dienste auf die Wochentage mit über 90 Millionen Euro zu Buche. Damit, und mit den geforderten strukturellen Änderungen bei Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft, könnten die Kliniken weder den öffentlichen Auftrag zur Gesundheitsversorgung erfüllen, noch eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung der Bürgerinnen und Bürger mit stationären Krankenhausleistungen sicherstellen. Wir brauchen weiterhin zwingend bezahlbare Ruf- und Bereitschaftsdienste mit flexiblen Arbeitszeitregelungen!

Dass die Pandemie zu Mehrbelastungen bei vielen Ärztinnen und Ärzten geführt hat, ist uns bewusst. Die Forderungen müssen jedoch Maß und Mitte haben – über dieses Ziel ist der Marburger Bund leider deutlich hinausgeschossen.

Die VKA will einen Tarifabschluss erzielen, der den Anforderungen und Möglichkeiten der kommunalen Krankenhäuser gerecht wird. Konkret heißt das, die Arbeitsbedingungen der Ärzteschaft müssen attraktiv bleiben, der Tarifabschluss aber auch finanzierbar sein. Vor allem muss der Abschluss die Rahmenbedingungen in den einzelnen Häusern berücksichtigen. Damit wollen wir Arbeitsplätze sichern und die Wirtschaftlichkeit der Häuser sicherstellen.

Wolfgang Heyl
Verhandlungsführer

Niklas Benrath
Hauptgeschäftsführer

2. DIE VERHANDLUNGEN AUF EINEN BLICK

Terminplan

1. Verhandlungsrunde	14. Oktober 2021
2. Verhandlungsrunde	16. November 2021
3. Verhandlungsrunde	16./17. Dezember 2021

Worum geht es?

Verhandelt wird für die rund 60.000 Ärztinnen und Ärzte an den 324 kommunalen Krankenhäusern in Deutschland, die Mitglied eines kommunalen Arbeitgeberverbandes unter dem Dach der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) sind. In der Tarifrunde geht es um den „Tarifvertrag für die Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern“ (TV-Ärzte/VKA).

Dieser gilt als Referenztarifvertrag für andere Krankenhausträger und hat insofern auch eine besondere volkswirtschaftliche Bedeutung.

Wer verhandelt?

Tarifvertragsparteien sind auf der Arbeitgeberseite die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) und auf der Arbeitnehmerseite die Gewerkschaft Marburger Bund.

Die VKA ist durch den Vorsitzenden des Gruppenausschusses der VKA für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, Herrn Wolfgang Heyl, als Verhandlungsführer der VKA, den Hauptgeschäftsführer der VKA, Herrn Niklas Benrath, und die weiteren Mitglieder der Verhandlungskommission vertreten.



Wolfgang Heyl



Niklas Benrath

Wo wird verhandelt?

1. Verhandlungsrunde am 14. Oktober 2021:
H4 Hotel Berlin Alexanderplatz
Karl-Liebknecht-Strasse 32
10178 Berlin

2. Verhandlungsrunde am 16. November 2021:

Steigenberger Airport Hotel Berlin
Willy-Brandt-Platz 3
12529 Schönefeld

3. Verhandlungsrunde am 16./17. Dezember 2021:

Ort noch offen

Weitere Informationen zur Tarifrunde:

Auf folgenden Seiten finden Sie Pressemitteilungen, Hintergrundinfos, Bildmaterial, etc.

www.tarifrunde-aerzte.vka.de

www.vka.de

Ansprechpartnerin für die Medien:

Ulrike Heine

Referentin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der VKA

Tel.: (030) 209 699 461, Mobil: 0160 9412 1850

E-Mail: ulrike.heine@vka.de

Ansprechpartner für die kommunalen Krankenhäuser

sind die kommunalen Arbeitgeberverbände (KAV) in den 16 Bundesländern. Eine Auflistung samt Kontaktdaten finden Sie auf der Seite 35.

3. DIE FORDERUNGEN DER GEWERKSCHAFT MARBURGER BUND

Der Marburger Bund hat der VKA am 22. September 2021 folgende Forderungen übermittelt:

- I. Ab dem 1. Januar 2022 hat die Ärztin/ der Arzt nur bis zu vier Bereitschaftsdienste im Kalendermonat zu leisten. Die Anordnung weiterer Dienste ist nur im Notfall nach § 14 ArbZG zulässig. Bei teilzeitbeschäftigten Ärztinnen und Ärzten verändert sich die Anzahl der Dienste entsprechend ihrem Beschäftigungsumfang.
- II. Ab dem 1. Januar 2022 wird § 10 Abs. 12 dergestalt modifiziert, dass gegenüber Ärztinnen und Ärzten nur an höchstens zwei Wochenenden im Kalendermonat regelmäßige Arbeit, Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaft angeordnet werden darf. Die Anordnung von Arbeitsleistung an weiteren Wochenenden ist nur im Notfall nach § 14 ArbZG zulässig.

Wird an weiteren Wochenenden Arbeitsleistung angeordnet, erhöht sich

- im Falle eines Bereitschaftsdienstes dessen Bewertung um 20 v.H.
- im Falle einer Rufbereitschaft die Vergütung um 20 v.H.
- im Falle der regelmäßigen Arbeit das individuelle Stundenentgelt um 20 v.H.

Die Regelungen zur Übertragung von Wochenenden entfallen. Jedenfalls ein Wochenende ohne jede Arbeitsleistung im Kalendermonat ist zu gewährleisten.

- III. Ab dem 1. Januar 2022 beträgt in § 10 Abs. 11 die Erhöhung der Bewertung der Bereitschaftsdienste 25 Prozentpunkte und der Zuschlag zum Rufbereitschaftsentgelt 25 v. H..
- IV. Ab dem 1. Januar 2022 werden die Modalitäten der Rufbereitschaft nach den folgenden Maßgaben geändert:
 - Gegenüber dem Arzt/ der Ärztin dürfen im Kalendermonat nur bis zu 12 Rufbereitschaften angeordnet werden. Bei teilzeitbeschäftigten Ärztinnen und Ärzten verändert sich die Anzahl der Rufbereitschaften entsprechend ihrem Beschäftigungsumfang. Die Länge der einzelnen Rufbereitschaft beträgt maximal 24 Stunden. Sie beginnt und endet zu den dienstplanmäßig festgelegten Zeiten; dabei gelten zu Beginn und am Ende einer Rufbereitschaft erbrachte Arbeitsleistungen als Inanspruchnahme in der Rufbereitschaft.
 - § 5 Abs. 3 ArbZG ist nur anwendbar, wenn zumindest die Hälfte der ungekürzten Ruhezeit in der Zeit zwischen 00:00 und 06:00 Uhr liegt.
 - Schließt sich, wegen Inanspruchnahmen in der Rufbereitschaft, die mehr als die Hälfte der Ruhezeit betragen oder weil nicht mindestens die Hälfte der ungekürzten Ruhezeit zwischen 00:00 und 06:00 Uhr liegt, eine erneute Ruhezeit an die Beendigung der Rufbereitschaft an, so erfolgt deswegen kein Zeit- oder Entgeltabzug gegenüber dem Arzt/ der Ärztin.

- Rufbereitschaft darf nur angeordnet werden, wenn zwischen einem Abschnitt der Vollarbeit oder Ruhezeit und einem hierauf folgenden Abschnitt der Vollarbeit oder Ruhezeit nicht auch Bereitschaftsdienst angeordnet wird.
- Die Rundungsregelung des § 11 Abs. 3 Satz 4 gilt auch für telefonische oder Inanspruchnahme mittels technischer Einrichtungen sowie etwaige Zeitzuschläge.
- Die Pauschale gemäß § 11 Abs. 3 Satz 2 beträgt für die Tage Montag bis Freitag das Dreifache, für Samstag, Sonntag sowie für Feiertage das Sechsfache des auf eine Stunde entfallenden Anteils des Tabellenentgelts der jeweiligen Entgeltgruppe und -stufe.
- Die Regelungen zu stundenweiser Rufbereitschaft (§ 11 Abs. 3 Sätze 7 bis 9) werden gestrichen.
- Leisten Ärztinnen und Ärzte sowohl Rufbereitschaft als auch Bereitschaftsdienst findet im Hinblick auf die Anzahl eine jeweilige Anrechnung statt.

V. Die Tabellenentgelte nach der Anlage zu § 18 Abs. 1 Satz 1 TV-Ärzte/VKA (einschließlich der Beträge aus einer individuellen Zwischenstufe und aus einer individuellen Endstufe gem. § 6 Abs. 4 TVÜ-Ärzte/VKA) werden ab dem 1. Oktober 2021 um 5,5 v.H. angehoben.

VI. Die Laufzeit der Forderung unter Punkt V. beträgt 1 Jahr.

Die Bewertung der Forderungen durch die VKA im Detail:

Entgelterhöhungen

- Tarifierhöhung um 5,5 Prozent
 - Laufzeitbeginn: 1. Oktober 2021
 - Laufzeit: 12 Monate
- **Bewertung durch die VKA:** Die Entgeltforderung allein würde Mehrkosten von rund 320 Millionen Euro jährlich für die kommunalen Krankenhäuser bedeuten, die diese enorm belasten würde. Werden die weiteren Forderungen des Marburger Bundes (siehe nachstehend) hinzugezählt, würde ein Kostenvolumen von insgesamt mindestens 420 Millionen Euro (Erhöhung der Tabellenentgelte: rund 320 Millionen Euro, Rufbereitschaftspauschale: rund 93 Millionen Euro, Anhebung des Zuschlags für kurzfristige Bereitschaftsdienste: rund 8 Millionen Euro) erreicht. Dies zusammen entspricht bei der geforderten einjährigen Laufzeit einer prozentualen Personalkostensteigerung um mindestens rund 7,3 Prozent.

Bereitschaftsdienst

- Ab dem 1. Januar 2022 hat die Ärztin/der Arzt nur bis zu vier Bereitschaftsdienste im Kalendermonat zu leisten. Die Anordnung weiterer Dienste ist nur im Notfall nach § 14 ArbZG zulässig. Bei teilzeitbeschäftigten Ärztinnen und Ärzten verändert sich die Anzahl der Dienste entsprechend ihrem Beschäftigungsumfang.
 - Beginn: 1. Januar 2022
- **Bewertung durch die VKA:** Die Forderung zur Begrenzung der Bereitschaftsdienste auf vier Dienste pro Monat ohne den bisher vereinbarten Durchschnittszeitraum des Kalenderhalbjahres stellt eine sehr starke Limitierung der Arbeitsorganisation in den Krankenhäusern dar. Eine solche Regelung würde für die Ärztinnen und Ärzte zu Dienstplänen mit mehr Vollarbeit im Schichtdienst führen und damit zu mehr Arbeitseinsätzen. Neben den steigenden Personalkosten gingen damit zudem Einschränkungen für die Ärzteschaft einher, z.B. weniger Möglichkeiten, mehr als zwei Wochen Urlaub zu gewähren. Folge wären auch längere Fortbildungszeitfenster wegen der geringeren Anzahl an Operationen.

Bereitschaftsdienst und freie Wochenenden

- Ab dem 1. Januar 2022 wird § 10 Abs. 12 dergestalt modifiziert, dass gegenüber Ärztinnen und Ärzten nur an höchstens zwei Wochenenden im Kalendermonat regelmäßige Arbeit, Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaft angeordnet werden darf. Die Anordnung von Arbeitsleistung an weiteren Wochenenden ist nur im Notfall nach § 14 ArbZG zulässig.
Wird an weiteren Wochenenden Arbeitsleistung angeordnet, erhöht sich

- im Falle eines Bereitschaftsdienstes dessen Bewertung um 20 v. H.
- im Falle einer Rufbereitschaft die Vergütung um 20 v. H.
- im Falle der regelmäßigen Arbeit das individuelle Stundenentgelt um 20 v. H.

Die Regelungen zur Übertragung von Wochenenden entfallen. Jedenfalls ein Wochenende ohne jede Arbeitsleistung im Kalendermonat ist zu gewährleisten.

- Beginn: 1. Januar 2022
- **Bewertung durch die VKA:** Die Anordnung von zusätzlichen Bereitschaftsdiensten und Arbeit an zusätzlichen Wochenenden soll ab 1. Januar 2022 nur noch in Notfällen im Sinne von § 14 Arbeitszeitgesetz (ArbZG) möglich sein. Nach den derzeitigen Regelungen gemäß § 10 Abs. 10 und 12 TV-Ärzte/VKA ist die Anordnung zusätzlicher Dienste bzw. Arbeit an weiteren Wochenenden an die Voraussetzung der Gefährdung der Patientensicherheit geknüpft. Über die Forderung des Marburger Bundes wird die bisherige Regelung stark eingeschränkt, denn **Notfälle i.S.v. § 14 Abs. 1 sind ungewöhnliche, nicht vorhersehbare und vom Willen des Betroffenen unabhängige Ereignisse, die die Gefahr eines unverhältnismäßigen Schadens mit sich bringen.** Die Anforderungen an die Anordnung von Bereitschaftsdiensten würden damit massiv verschärft.

Des Weiteren sollen die Übertragungsregelungen, die es ermöglichen, nicht gewährte freie Wochenenden im nachfolgenden Kalenderhalbjahr zu gewähren, entfallen. Zusätzlich soll im Fall der Anordnung von Arbeitsleistung an weiteren Wochenenden ein Zuschlag i.H.v. 20 Prozent eingeführt werden. Dies ist zum einen unnötig, da über die bestehende Regelung die mit Arbeit belegten Wochenenden zu einem späteren Zeitpunkt als freie Wochenenden nachgeholt werden. Zum anderen führt die Forderung zu einer erheblichen Verteuerung der zusätzlichen Dienste.

Dienstplanung

- Erhöhung der Bereitschaftsdienstbewertung sowie Zuschlag zur Rufbereitschaft gemäß § 10 Abs. 11 TV-Ärzte/VKA von 10 Prozentpunkten auf 25 Prozentpunkte bzw. 10 v.H. auf 25 v.H.
- Laufzeitbeginn: 1. Januar 2022
- **Bewertung durch die VKA:** Eine weitere Forderung des Marburger Bundes besteht darin, die Bewertung des Bereitschaftsdienstes (zurzeit Erhöhung um 10 Prozentpunkte) und den Zuschlag für das Rufbereitschaftsentgelt (zurzeit Zuschlag i.H.v. 10 Prozent) i.S.d. § 10 Abs. 11 TV-Ärzte/VKA auf 25 Prozentpunkte bzw. Prozent zu erhöhen. Wird der Dienstplan nicht spätestens einen Monat vor dem Beginn des jeweiligen Planungszeitraums aufgestellt beziehungsweise liegen zwischen einer notwendigen Dienstplanänderung und dem Antritt des Dienstes weniger als drei Tage, sieht § 10 Abs. 11 TV-Ärzte/VKA eine Erhöhung der Bewertung der Bereitschaftsdienste von 10 Prozentpunkten bzw. einen Zuschlag zum Rufbereitschaftsentgelt von 10 Prozent vor.

Die Forderung führt zu einer Kostensteigerung, die von der VKA nicht nachvollzogen werden kann. Denn die benannte Regelung ist erst im Jahr 2020 in den TV-Ärzte/VKA eingeführt worden und soll Ausnahmefälle regeln. Die Regelung soll die

Arbeitgeberseite zur vorausschauenden Dienstplanung anhalten. Die Vereinbarung eines weiteren Zusatzentgelts für die Ärztinnen und Ärzte schließt die VKA aus.

Rufbereitschaft

- Umfangreiche Änderungen zu den Regelungen zur Rufbereitschaft (u.a. Begrenzung der Anzahl auf nur bis zu 12 Rufbereitschaften pro Monat, Erhöhung der Pauschalvergütungen auf das Drei- bzw. Sechsfache und Festlegung zwingender Ruhezeiten).
- Laufzeitbeginn: 1. Januar 2022
- **Bewertung durch die VKA:** Die maximale Anzahl der Rufbereitschaftsdienste soll ab 1. Januar 2022 auf zwölf Dienste pro Kalendermonat begrenzt werden. Bislang sieht der TV-Ärzte/VKA keine quantitative Begrenzung für die Anordnung von Rufbereitschaftsdiensten vor. Zusätzlich soll die in § 5 Abs. 3 ArbZG normierte Ruhezeitausgleichsregelung nur dann zur Anwendung kommen, wenn mindestens die Hälfte der ungekürzten Ruhezeit zwischen 00:00 und 6:00 Uhr liegt. Im Falle einer Inanspruchnahme innerhalb dieses Zeitfensters, verlängert sich damit die Ruhezeit im Anschluss an die Rufbereitschaft entsprechend.

Die Forderung stellt aus unserer Sicht eine unnötige Verkomplizierung für die betriebliche Praxis dar. Rufbereitschaft soll nach den Forderungen des Marburger Bundes nur angeordnet werden können, wenn zwischen einem Abschnitt der Vollarbeit oder Ruhezeit und einem hierauf folgenden Abschnitt der Vollarbeit oder Ruhezeit nicht auch Bereitschaftsdienst angeordnet wird. Sofern Ärztinnen und Ärzte sowohl Rufbereitschaft als auch Bereitschaftsdienst leisten, soll im Hinblick auf die maximale Anzahl eine jeweilige Anrechnung erfolgen.

Auch führen die Forderungen des Marburger Bundes zu einer deutlichen Verteuerung der Rufbereitschaft. So soll die Vergütung der Zeit der Bereithaltung während der Rufbereitschaft nach § 11 Abs. 3 Satz 2 TV-Ärzte/VKA anstatt des Zweifachen des Stundenentgelts während der Woche und des Vierfachen an Wochenenden und Feiertagen nunmehr das Drei- beziehungsweise Sechsfache betragen. Die Rundungsregelung nach § 11 Abs. 3 Satz 4 TV-Ärzte/VKA soll auch für telefonische Inanspruchnahme oder Inanspruchnahme mittels technischer Einrichtungen Anwendung finden, was ebenfalls mit einer deutlichen Verteuerung einhergehen würde. Bisher werden solche Arbeitseinsätze erst addiert und die Summe auf die volle Stunde aufgerundet.

Darüber hinaus fordert der Marburger Bund die Abschaffung der stundenweisen Rufbereitschaftsvergütung nach § 11 Abs. 3 Sätze 7 ff. TV-Ärzte/VKA, was dann zum sofortigen Anspruch der vorgenannten Rufbereitschaftspauschalen führt – auch bei nur kurzen Rufbereitschaftszeiträumen.

Die gesamten Forderungen zum Bereich der Rufbereitschaft sind äußerst kritisch zu bewerten. Sie führen zu einem weiteren Eingriff in die Arbeitsorganisation. Die Arbeit in Rufbereitschaft kann bereits jetzt von den Ärztinnen und Ärzten abgelehnt werden, wenn die tariflich festgelegten Voraussetzungen nicht vorliegen. Auch bestehen bei der Dienstplanung entsprechende Mitbestimmungsrechte des Betriebs beziehungsweise Personalrates. Es ist nicht nachvollziehbar, dass trotz der bereits bestehenden kostenintensiven Regelung noch weitergehende und höhere Rufbereitschaftsentgelte in den Tarifvertrag mit aufgenommen werden sollen.

4. DIE VKA-POSITIONEN IM DETAIL

Die VKA hat sich zum Ziel gesetzt, einen Tarifabschluss zu erzielen, der den kommunalen Krankenhäusern und der Leistung der dort beschäftigten Ärztinnen und Ärzte gerecht wird. Dieser Abschluss muss für die kommunalen Arbeitgeber finanzierbar sein und gleichzeitig die Arbeitsbedingungen für die Ärzteschaft attraktiv halten.

Im Vordergrund stehen dabei die in den kommunalen Krankenhäusern geltenden Rahmenbedingungen. Tarifregelungen dürfen weder zu Einschränkungen des laufenden Betriebs führen (u.a. im Hinblick auf das beispielsweise am Wochenende zum Einsatz kommende Personal) noch darf die Versorgung der Patientinnen und Patienten gefährdet werden.

Gehälter der Ärztinnen und Ärzte

Seit 2011 stiegen die **Entgelte** für die Ärztinnen und Ärzte an den kommunalen Krankenhäusern kontinuierlich an. In zehn Jahren erhöhten sich die durchschnittlichen Tabellenentgelte der Ärztinnen und Ärzte von 5.294 Euro auf 7.008 Euro je Monat – dies ergibt ein **Lohnplus von rund 33 Prozent**.

Zusätzlich zu diesem reinen Tabellenentgelt erhalten die Ärztinnen und Ärzte durch Bereitschaftsdienste, Rufbereitschaft und weiterer Zulagen ein deutliches **Plus von durchschnittlich 15 Prozent** zu ihrem monatlichen Tabellenentgelt.

Die Entgelte der Ärztinnen und Ärzte haben sich durch die **letzte Tarifierhöhung** um zwei Prozent zum 1. Januar 2021 erhöht.

- **Fazit: Entsprechend ihrem besonderen und verantwortungsvollen Beruf beziehen die Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern aktuell bereits ein äußerst attraktives Gehalt. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen im kommunalen öffentlichen Dienst liegen sie weit an der Spitze.**

Arbeitsbedingungen

Die **Arbeitsbedingungen** an den kommunalen Krankenhäusern haben sich im Laufe der Jahre stetig immer weiter verbessert.

Das durchschnittliche **Arbeitszeitvolumen** ist seit Jahren konstant rückläufig. Zu einer deutlichen Reduzierung der Arbeitszeit in den Krankenhäusern hat auch die Umsetzung der EU-Arbeitszeitrichtlinie beigetragen. Die im TV-Ärzte/VKA festgeschriebene wöchentliche Arbeitszeit beträgt – wie auch in anderen Berufen – 40 Stunden. Eine Ausdehnung dieser Arbeitszeit ist nur in tarifvertraglich festgelegten Grenzen bei Vorliegen einer Dienst- oder Betriebsvereinbarung und mit Zustimmung des Arztes („Opt-Out“) möglich.

Die VKA spricht sich für eine **Vereinheitlichung** von Verfahrensweisen beispielsweise bei der Berechnung der Dienste in den Häusern aus. Auch ist eine Klärung im Hinblick auf die Wertung von Unterbrechungszeiten wie z.B. Urlaub, Arbeitsunfähigkeit und Elternzeiten wünschenswert. Die Modalitäten rund um die Dienstplanung (Dienstvergabe, Fristen u.a.) sollen auch weiterhin auf der betrieblichen Ebene mittels Dienst- und Betriebsvereinbarungen geregelt werden – ein Verfahren, das sich seit Jahren bewährt hat, da damit besser auf die Eigenheiten jedes Klinikums reagiert werden kann.

Zugleich bedarf es einer Klarstellung in Bezug auf die Dienstplanaufstellung. Bislang gilt diese grundsätzlich als abgeschlossen, sobald der Arbeitgeber über die zuständigen Leitungskräfte die Dienstpläne aufgestellt hat. Eine Aufstellung darf jedoch nicht ausschließlich von der Mitbestimmung durch die Betriebs- und Personalräte abhängen. Maßgeblich sind auch die Personal- und die Patientensituation.

Die kommunalen Kliniken benötigen darüber hinaus **flexible Regelungen**. Eine Versorgung der Bürgerinnen und Bürger mit stationären Krankenhausleistungen rund um die Uhr, an sieben Tagen in der Woche verlangt einen **bezahlbaren Bereitschaftsdienst** mit flexiblen Arbeitszeitregelungen. Gleiches gilt für die Rufbereitschaft und der Arbeit zu „ungünstigen“ Zeiten wie beispielsweise an den Wochenenden oder in Schichtarbeit. Ein Ausgleich in Freizeit oder durch finanzielle Zuschläge ist tarifvertraglich verankert. Die Entlohnung ist in den vergangenen Jahren um mehr als ein Drittel gestiegen.

- **Fazit: Die kommunalen Kliniken benötigen zwingend flexible Regelungen, damit sie ihren öffentlichen Auftrag zur Gesundheitsversorgung erfüllen können. Vor dem Hintergrund einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung lehnt die VKA weitere Einschränkungen für den Bereitschaftsdienst und der Arbeitszeiten ab. Die Dienste müssen weiterhin bezahl- und leistbar sein.**

Die weitreichenden Forderungen zur weiteren Begrenzung der Bereitschaftsdienste und der Rufbereitschaft sind schlicht nicht umsetzbar.

Finanzierung

Die Krankenhäuser können die Preise ihrer Leistungen nicht selbst entsprechend der tatsächlichen Kostenentwicklung anpassen. Der Gesetzgeber setzt mit der Grundlohnrate eine Obergrenze der Preissteigerungen fest. Darüberhinausgehende Mehrkosten müssten die Krankenhäuser durch Einsparungen an anderer Stelle ausgleichen. Dies ist bei der finanziellen Situation der Krankenhäuser jedoch kaum mehr möglich.

Die kommunalen Krankenhäuser hatten alle verfügbaren Kapazitäten für Corona-Patienten vorgehalten und planbare Operationen abgesagt. Dies hatte **massive Einnahmeverluste** zur Folge. Im Verlauf der Pandemie zeigte sich, dass die Ausgleichszahlungen des Bundes insbesondere für große Krankenhäuser mit **hohen Vorhaltekosten** nicht ausreichten. So wurden 2020 strukturelle Finanzierungsprobleme durch die Stützungsprogramme der Bundesregierung im Umfang von bis zu 10 Milliarden Euro überdeckt, aber nicht gelöst. Und auch im zweiten behördlich angeordneten Lockdown im Winter 2020/2021 wurden wieder tausende **Operationen abgesagt**. Nach jüngsten Angaben der Krankenkasse AOK gingen die Fallzahlen in den deutschen Krankenhäusern – psychiatrische Kliniken ausgenommen – basierend auf den Abrechnungsdaten der knapp 27 Millionen AOK-Versicherten zwischen März und Mai 2020 um 27 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum zurück.

Diese **Krisensituation** traf die Krankenhäuser zusätzlich zu einer ohnehin **schwierigen wirtschaftlichen Situation**, die sich seit 2017 kontinuierlich verschlechtert hat. So sank das durchschnittliche Jahresergebnis der Krankenhäuser im Jahr 2016 von 2,2 Prozent auf 1,2 Prozent im Jahr 2018 und betrug im Jahr 2019 lediglich 0,3 Prozent des Umsatzes.

Des Weiteren geht die Zahl der stationär behandelten Patienten zurück. Auch haben die kommunalen Krankenhäuser mit **Überkapazitäten bei der durchschnittlichen Bettenbelegung** zu kämpfen, die ohne Bezug zu Corona 77 Prozent beträgt. Bis 2017 konnten die Krankenhäuser die steigenden Kosten (vornehmlich Personalkosten) durch eine steigende

Zahl von Behandlungsfällen zwar nahezu kompensieren. Für die kommenden Jahre werden aber **stagnierende Fallzahlen** erwartet, weil sich der Trend zu immer mehr ambulanten Behandlungen fortsetzt. Diese werden wiederum deutlich schlechter vergütet als stationäre Fälle. Die Kombination aus strukturellen Problemen und der Corona-Krise stellen die Krankenhäuser vor riesige Probleme.

- **Fazit:** Die vom Marburger Bund geforderten 5,5 Prozent Entgelterhöhung sprengen jeglichen Rahmen und sind mit einem Volumen von 320 Millionen Euro für die kommunalen Krankenhäuser nicht finanzierbar. Auch die höhere Bereithaltepauschale, die der Marburger Bund anstrebt, schlägt in Abhängigkeit von der Verteilung der Dienste auf die Wochentage mit weiteren über 90 Millionen Euro zu Buche.

Die Summe aus Entgeltforderung, Bereithaltepauschale und Zuschlag für kurzfristige Bereitschaftsdienste entspricht einer Entgelterhöhung für die Ärztinnen und Ärzte von rund 7,3 Prozent pro Jahr. Überproportionale Tarifsteigerungen können die kommunalen Krankenhäuser jedoch nicht verkraften.

4.1 WIRTSCHAFTLICHE SITUATION DER KRANKENHÄUSER

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie fordern das gesamte Gesundheitssystem. Nicht nur Kapazitäten in den Kliniken mussten angepasst und Arbeitsabläufe geändert werden. Während der Pandemie haben die Krankenhäuser Intensivbetten freigehalten und die Anzahl der planbaren Behandlungen reduziert, wodurch weniger Einnahmen erzielt und Arbeitskapazitäten frei geworden sind. Dieser Zustand hat noch immer massive Einnahmeverluste zur Folge. Denn in Abhängigkeit vom Infektionsgeschehen teilen die Krankenhäuser ihre Kapazitäten neu ein und ein Ende ist bislang nicht absehbar.

Zunehmende Kostenbelastung

Im Verlauf der Pandemie zeigte sich, dass die Ausgleichszahlungen des Bundes insbesondere für große Krankenhäuser mit hohen Vorhaltekosten nicht ausreichten. Diese Krisensituation traf die Krankenhäuser zusätzlich zu ihrer ohnehin schwierigen wirtschaftlichen Situation, die sich seit 2017 kontinuierlich verschlechtert hat. Dies bestätigt auch der Deutsche Städtetag, wonach „nahezu alle der bundesweit rund 500 kommunalen Krankenhäuser (...) mittlerweile chronisch unterfinanziert“ seien. Zudem habe sich im Corona-Jahr 2020 das Geschäftsergebnis der Häuser um durchschnittlich rund sechs Millionen Euro verschlechtert.¹

Aufgrund der Corona-Pandemie abgesagte Behandlungen führen bei den Krankenhäusern zu massiven Einnahmeverlusten.



Laut diesjährigem Krankenhaus Rating Report hat sich den Forschern des RWI zufolge im Jahr 2019 die wirtschaftliche Lage in den deutschen Krankenhäusern weiter verschlechtert. „13 Prozent lagen im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr. Auch ihre Jahresergebnisse sind gesunken, 33 Prozent der Kliniken schrieben auf Konzernebene einen Jahresverlust“, heißt es dort.²

Ein seit Jahren bestehendes Problem ist der Rückgang der stationär behandelten Patienten. Bis 2017 konnten die Krankenhäuser die steigenden Kosten durch eine steigende Zahl von Behandlungsfällen zwar nahezu kompensieren. Im letztjährigen Krankenhaus Rating Report gingen die Wissenschaftler vom RWI für die kommenden Jahre daher zunächst noch von einer Stagnation der Fallzahlen aus. Der Trend zu immer mehr ambulanten Behandlungen hatte sich fortgesetzt, die wiederum deutlich schlechter vergütet werden als stationäre Fälle.³ Aufgrund der COVID-19-Pandemie ist im Jahr 2020 die stationäre Fallzahl jedoch um dramatische 13 Prozent gesunken, in den ersten Monaten der Pandemie vorübergehend sogar um 30 Prozent, so die RWI-Forscher im Krankenhaus Rating Report 2021. Die Kombination aus strukturellen Problemen und der Corona-Krise stellt die Krankenhäuser somit vor massive Probleme.

Dramatische Lage bei öffentlichen Krankenhäusern

In den vergangenen Jahren war in den Krankenhäusern ein Auseinanderdriften von Erlös- und Kostenentwicklung zu beobachten. Stetig steigende Kosten bei Personal, Material und Investitionsbedarf, aber stagnierende beziehungsweise sinkende Einnahmen – trotz steigender Vergütung (aufgrund steigender Landesbasisfallwerte) – haben dazu geführt, dass

¹ Pressemitteilung des Deutschen Städtetags vom 18. Juni 2021: <https://www.staedte-tag.de/presse/pressemeldungen/2021/defizite-bei-kommunalen-krankenhaeusern>

² Krankenhaus Rating Report 2021, RWI Essen, 16. Juni 2021

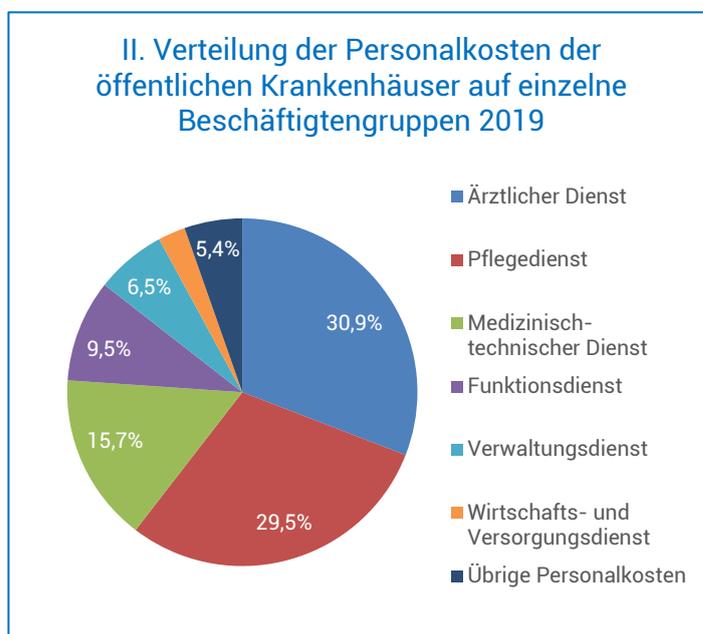
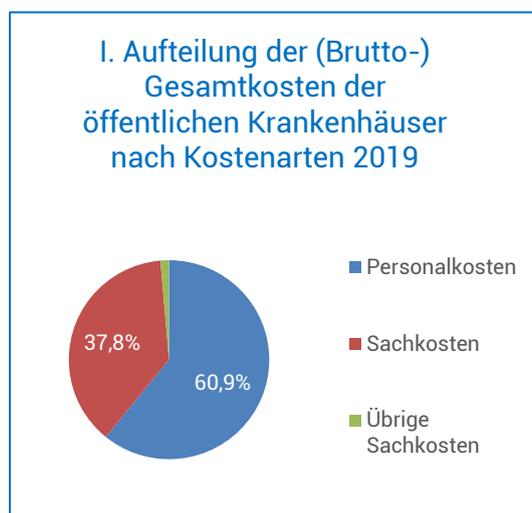
³ Krankenhaus Rating Report 2020, RWI Essen, 18. Juni 2020

jedes zweite Krankenhaus in Deutschland defizitär arbeitet. Besonders dramatisch ist die Lage bei den öffentlichen Krankenhäusern: Zwei von drei Krankenhäuser erwarten für das laufende Jahr einen Verlust.⁴

Zwei von drei kommunalen Krankenhäuser erwarten für das laufende Jahr 2021 einen Verlust.

Eine Ursache liegt darin begründet, dass in öffentlichen Krankenhäusern die Summe von Personal- und Materialaufwand im Verhältnis zu den Umsatzerlösen höher als bei anderen Trägern ist. Von 100 Euro Umsatz bleiben in öffentlichen Krankenhäusern nach Abzug von Personal- und Materialaufwand nur acht Euro übrig.⁵

Mit einem Anteil von rund 61 Prozent an den gesamten Ausgaben der öffentlichen Krankenhäuser im Jahr 2019 waren die Personalkosten der dominierende Kostenfaktor (siehe Grafik I.). Der ärztliche Dienst hatte dabei einen Anteil von rund 31 Prozent an den gesamten Personalausgaben der öffentlichen Krankenhäuser (siehe Grafik II.).⁶



Große Defizite bei dualistischer Finanzierung

Da die Krankenhausfinanzierung in Deutschland nach dem Prinzip der „**dualen Finanzierung**“ erfolgt, werden die Betriebskosten der Krankenhäuser, also alle Kosten, die für die Behandlung von Patienten entstehen, von den Krankenkassen finanziert. Die Investitionskosten hingegen werden durch die Bundesländer finanziert.

Die voll- und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser werden von den Krankenkassen (Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene: Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG, Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenversicherung – GKV, Verband der privaten Krankenversicherung – PKV) über das sogenannte aG-DRG-System (Diagnosis Related Groups) nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vergütet⁷. Der Basispreis für die einzelnen DRG-Leistungen wird seit 2005 durch die Landesbasisfallwerte für jedes Folgejahr festgelegt. Diese werden jährlich von den Krankenhausgesellschaften und

⁴ Roland Berger Krankenhausstudie 2021.

⁵ PwC Krankenhausbenchmark 2020.

⁶ Kostennachweis der Krankenhäuser 2019, Statistisches Bundesamt 2021.

⁷ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>

Krankenkassen auf Landesebene ausgehandelt. Eine wichtige Determinante für die jährliche Weiterentwicklung der Landesbasisfallwerte ist der Veränderungswert. Dieser berücksichtigt einerseits die Kostenentwicklung der Krankenhäuser (sog. Orientierungswert) und andererseits auch die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. Veränderungsrate). Liegt der Orientierungswert unterhalb der Veränderungsrate, wird die Veränderungsrate zum Veränderungswert. Zwischen 2013 und 2020 war der Orientierungswert in jedem Jahr niedriger als die Veränderungsrate. 2021 lag der Orientierungswert erstmalig mit 2,60 Prozent oberhalb der Veränderungsrate in Höhe von 2,53 Prozent.

Die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern liegt 2021 erstmalig über der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Investitionen bleiben aus

Auch notwendige Investitionen der Krankenhäuser bleiben aufgrund fehlender Mittel zunehmend aus, wie sich aus dem Katalog zur Bemessung des Investitionsbedarfes der Krankenhäuser für das Jahr 2021 ergibt, auf den sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung

Den kommunalen Krankenhäusern fehlen jedes Jahr 3 Milliarden Euro, um Investitionen tätigen zu können.

(PKV) geeinigt haben. Demnach wird die wirtschaftliche Situation in den Krankenhäusern auch dadurch belastet, dass der bestandserhaltende Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Höhe von sechs Milliarden Euro jährlich nur zur Hälfte von den Ländern abgedeckt wird, obwohl diese gesetzlich zur Finanzierung der Investitionskosten verpflichtet sind: Somit fehlen den Krankenhäusern mithin jedes Jahr drei Milliarden Euro.⁸ Auch der Deutsche Städtetag spricht

von einem anhaltenden Investitionsstau: Die Corona-Pandemie hat zu einer Verschärfung von diesem in den Kommunen und so auch den kommunalen Krankenhäusern beigetragen. Demnach lässt sich der Investitionsstau in den kommunalen Krankenhäusern mittlerweile auf mehr als 30 Milliarden Euro beziffern.

Auswirkungen auf die Krankenhausfinanzierung haben seit Jahren beide Finanzierungsstränge. So zeichnet sich auch weiterhin eine deutliche Unterfinanzierung der Krankenhäuser ab.

Hohe Inflation

Seit Anfang des Jahres 2021 hat die Preissteigerung in Deutschland erheblich Fahrt aufgenommen. Die aktuell vergleichsweise hohe Inflation ist vor allem auf starke Preissteigerungen im Bereich der Energie und Rohstoffe zurückzuführen. Ferner sind temporäre Sondereffekte, wie die Anhebung der CO₂-Steuer und das Auslaufen der Corona-bedingten Mehrwertsteuersenkung, für einen Teil der Preissteigerung ursächlich.

Für das gesamte Jahr 2021 erwartet die Bundesregierung in ihrer Frühjahrsprojektion eine Rate von 2,3 Prozent. Für das Jahr 2022 geht die Bundesregierung allerdings wieder von einer deutlich niedrigeren Inflationsrate von 1,4 Prozent aus.

⁸ Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2021

Trübe Aussichten

Zwar rechnet die Bundesregierung aufgrund der zunehmenden Lockerung der Corona-Schutzmaßnahmen, die eine deutliche Erholung der Binnenwirtschaft sowie der privaten Konsumausgaben zur Folge haben werden, für das Jahr 2021 mit einem Anstieg des Bruttoinlandsproduktes um 3,5 Prozent sowie für das Jahr 2022 mit einem weiteren Zuwachs in Höhe von 3,6 Prozent. Dennoch wird die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser schwierig bleiben: Die Umsätze der Krankenhäuser sind abhängig von der Anzahl der Behandlungsfälle und deren Finanzierung. Nachdem während der Corona-Krise 2020 die

4 von 5 Krankenhäuser erwarten in den nächsten fünf Jahren eine weitere Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation.

Zahl der Behandlungsfälle in den Krankenhäusern um 13 Prozent zurückgegangen war, ist die zukünftige Entwicklung der Behandlungsfälle auf das Vorkrisenniveau unsicher.

Darüber hinaus wird der krisenbedingte Rückgang der beitragspflichtigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Anstieg der Arbeitslosigkeit, den Umfang der Kurzarbeit und den Rückgang der Wirtschaftsleistung einen negativen Effekt auf die Veränderung der Finanzierungssätze (Landesbasisfallwerte) der Krankenhäuser haben. Wenn die Erlösentwicklung aber hinter der Kostenentwicklung bleibt, verstärkt sich das strukturelle Finanzierungsproblem der Krankenhäuser weiter.

Die finanziellen Hilfen für die Krankenhäuser während der Corona-Pandemie haben das strukturelle Finanzierungsproblem der Krankenhäuser nicht gelöst: Jedes zweite Krankenhaus in Deutschland erwartet in diesem Jahr einen Rückgang der liquiden Mittel. Vier von fünf Krankenhäuser erwarten in den nächsten fünf Jahren eine weitere Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation.⁹

⁹ Roland Berger Krankenhausstudie 2021.

4.2 KONTINUIERLICHE ENTGELTSTEIGERUNGEN UND WEITERE AUFWERTUNGEN

Die Ärztinnen und Ärzte an den kommunalen Krankenhäusern konnten sich in den vergangenen Jahren über kontinuierliche Entgeltsteigerungen freuen.

Der letzte Tarifabschluss

Die letzte Tarifrunde für die Ärztinnen und Ärzte an den kommunalen Krankenhäusern endete nach fünf Verhandlungsrunden am 22. Mai 2019. Die VKA und der Marburger Bund hatten sich zum TV-Ärzte/VKA auf einen Tarifabschluss mit einer Mindestlaufzeit von 33 Monaten rückwirkend zum 1. Januar 2019 verständigt. Der Vertrag wurde durch den Marburger Bund zum 30. September 2021 gekündigt.

Die Tarifeinigung hatte eine Erhöhung der Entgelte für Ärztinnen und Ärzte in Höhe von insgesamt 6,64 Prozent, die Einführung eines Flexibilitätszuschlags für die kurzfristige Übernahme von Bereitschaftsdiensten sowie maßgebliche Verbesserungen der Arbeitsbedingungen, beispielsweise bei Wochenendarbeit und Bereitschaftsdiensten, gebracht. Auch die Bereitschaftsdienstkosten wurden überproportional erhöht und die Anordnungsbefugnis für Ruf- und Bereitschaftsdienst wurde eingeschränkt.



Die Eckpunkte der Tarifeinigung:

- Entgelterhöhung in drei Stufen: ab dem 1. Januar 2019 um 2,5 Prozent, ab dem 1. Januar 2020 um 2 Prozent und ab dem 1. Januar 2021 um weitere 2 Prozent, insgesamt damit um 6,64 Prozent,
- Laufzeit: 33 Monate,
- entlastende Regelungen zur Gestaltung von Bereitschaftsdiensten und zusätzliche Bereitschaftsdienstzuschläge,
- Verlässlichkeit bei der Dienstplangestaltung,
- Flexibilitätszuschlag bei kurzfristiger Dienstplanänderung,
- Ermöglichung von mindestens 24 freien Wochenenden pro Jahr,
- klarere Regelungen zur Planung, Dokumentation und Erfassung der Arbeitszeit,
- rechtssichere Anerkennung des Marburger Bundes als ausschließlich zuständige Gewerkschaft.

Besonders strittig in den Tarifverhandlungen waren die Forderungen des Marburger Bundes, die Ärztinnen und Ärzte an zwei Wochenenden pro Monat dienstfrei zu stellen und die Maximalbelastung des Bereitschaftsdienstes für Ärztinnen und Ärzte tarifvertraglich zu regeln. Im Ringen um einen Ausgleich, der im Ergebnis die Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten und auch die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser sicherstellt, konnten sich die Tarifvertragsparteien darauf verständigen, dass die Ärztinnen und Ärzte an 24 Wochenenden im Kalenderjahr keine Dienste leisten müssen. Übernehmen die Ärztinnen und Ärzte mehr als vier Bereitschaftsdienste pro Monat, erhalten sie gestaffelt erhöhte Zuschläge.

Die Gehälter der Ärztinnen und Ärzte

Das Gehalt der Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern ist im TV-Ärzte/VKA geregelt und setzt sich aus mehreren Bestandteilen zusammen.

Laut Tarifvertrag gehören hierzu:

- Grundgehalt (Tabellenentgelt),
- zusätzliche Bezahlung für Bereitschaftsdienste und für Rufbereitschaft,
- Zuschläge zum Beispiel für Nacht-, Schicht oder Wechselschichtarbeit, Sonn- und Feiertagsarbeit,
- leistungs- und erfolgsorientierte Prämien.

Durch diese gesonderten Vergütungsbestandteile können die Ärzte in den kommunalen Krankenhäusern durchschnittlich **15 bis 20 Prozent** ihres Tabellenentgelts **zusätzlich** verdienen.

Die Krankenhausärztinnen und -ärzte erhalten zudem Zeitzuschläge, unter anderem für Überstunden, Nachtarbeit, Sonntags- und Feiertagsarbeit. Weitere Zuschläge gibt es darüber hinaus für Wechselschicht- und Schichtarbeit sowie für Arbeit an Samstagen zwischen 13 und 21 Uhr, die keine Wechselschicht- oder Schichtarbeit ist.

Bezahlung der Sonderformen der Arbeit

Neben dem Entgelt für die tatsächliche Arbeitsleistung erhalten die Ärztinnen und Ärzte an den kommunalen Krankenhäusern Zeitzuschläge

- für Überstunden 15 Prozent,
- für Nachtarbeit 15 Prozent,
- für Sonntagsarbeit 25 Prozent,
- bei Feiertagsarbeit
 - ohne Freizeitausgleich 135 Prozent,
 - mit Freizeitausgleich 35 Prozent,
- für Arbeit am 24. Dezember und 31. Dezember jeweils ab 6 Uhr 35 Prozent,

des auf eine Stunde entfallenden Anteils des Tabellenentgelts der Stufe 3 der jeweiligen Entgeltgruppe, bei Ärztinnen und Ärzten der Entgeltgruppen III und IV der höchsten tariflichen Stufe.

Das Tabellenentgelt

Das Tabellenentgelt ist das reine Grundgehalt für eine 40-Stunden-Woche, ohne Zulagen oder Zuschläge. Es handelt sich also um den Betrag, der in der Entgelttabelle im Tarifvertrag abgebildet ist.

Die Entgeltgruppe (EG) richtet sich nach der Tätigkeit der Ärztinnen und Ärzte:

- **EG I** für Ärztinnen und Ärzte,
- **EG II** für Fachärztinnen und Fachärzte,
- **EG III** für Oberärztinnen und Oberärzte,
- **EG IV** für leitende Oberärztinnen und Oberärzte sowie Chefarztstellvertreterinnen und -stellvertreter.

Das Tabellenentgelt der Ärztinnen und Ärzte richtet sich nach deren Tätigkeit und Erfahrungsstufen.

Die Stufen und Stufenaufstiege

Neben der Gliederung der Entgelttabelle für Ärztinnen und Ärzte nach TV-Ärzte/VKA in die vier Entgeltgruppen erfolgt die Aufteilung in maximal sechs Erfahrungsstufen. Das monatliche Entgelt beträgt für Ärzte ohne Facharzttitel mindestens 4.694,75 Euro. Ärztinnen und Ärzte, die als ständige Vertretung der Chefärztin/des Chefarztes in EG IV eingruppiert sind, erhalten ab dem 4. Jahr der Tätigkeit monatlich mindestens 9.782,39 Euro.

Bei Leistungen einer Ärztin oder eines Arztes, die erheblich über dem Durchschnitt liegen, kann die erforderliche Zeit für das Erreichen der Stufen 2 bis 5 jeweils verkürzt werden. Dank der Stufenaufstiege kommen die Ärztinnen und Ärzte somit – ganz unabhängig von Tarifrunden – zu Lohnsteigerungen.

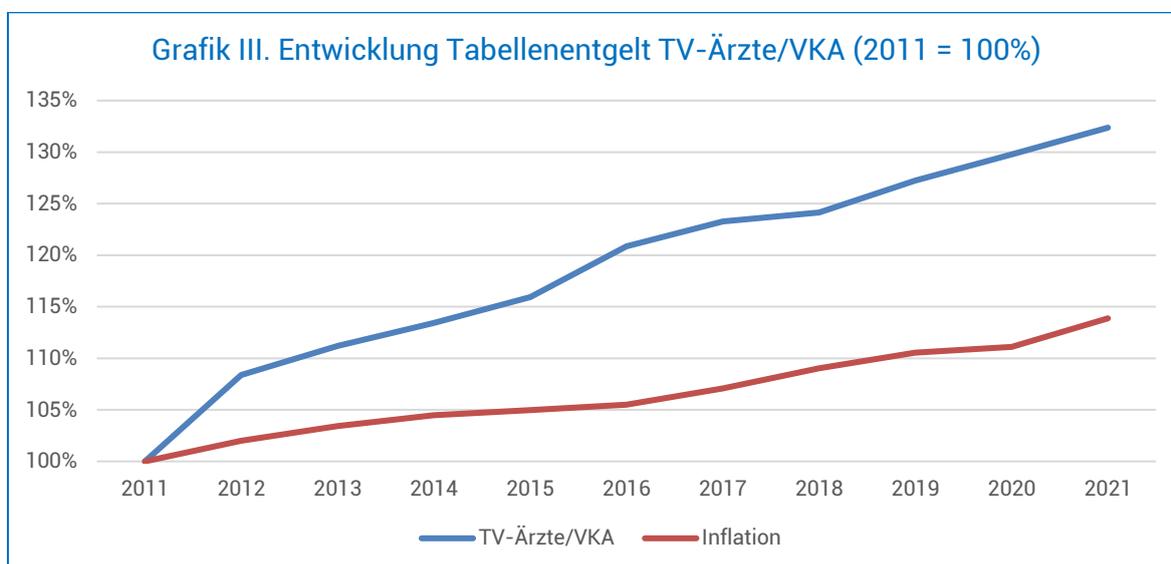
Zudem können Zeiten einer vorhergehenden Tätigkeit angerechnet werden. Das heißt, Ärztinnen und Ärzte steigen nicht zwingend in der Stufe 1 ein, so wird die ärztliche Tätigkeit auf die Stufenlaufzeit angerechnet.

Die Gehälter von Chefärztinnen und Chefärzten werden außertariflich vereinbart.

Aktuelle Entgelttabelle TV-Ärzte/VKA (ab 1.1.2021, Monatsentgelt in Euro)							
		ab dem					
		1. Jahr	4. Jahr	7. Jahr	9. Jahr	11. Jahr	13. Jahr
EG IV	CA-Vertreter	9.129,74	9.782,39				
EG III	Oberarzt	7.761,27	8.217,43	8.870,03			
EG II	Facharzt	6.196,32	6.715,85	7.172,04	7.438,15	7.697,88	7.957,64
		ab dem					
		1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	5. Jahr	6. Jahr
EG I	Arzt	4.694,75	4.960,89	5.150,94	5.480,39	5.873,21	6.034,78

Dynamische Entwicklung der Entgelte

Die Tabellenentgelte haben sich in den letzten Jahren sehr dynamisch entwickelt: Ausgehend vom Jahr 2011 beträgt die Steigerung bis ins aktuelle Jahr hinein rund 33 Prozent (siehe Grafik III.). Im selben Zeitraum haben sich die Verbraucherpreise nur um rund 14 Prozent erhöht. Das heißt, die Ärztinnen und Ärzte haben – auch ohne Berücksichtigung der stark gestiegenen Bereitschaftsdienstvergütung – in den letzten zehn Jahren überproportionale Realeinkommenszuwächse erfahren.



4.3 VERGLEICHBARE TARIFABSCHLÜSSE

Der Marburger Bund verhandelt nicht nur mit der VKA die Arbeitsbedingungen für Beschäftigte an Krankenhäusern. Auch mit anderen Trägern werden Tarifvereinbarungen getroffen.

Eine Auswahl:

- Juli 2021 **Helios** (Konzern): Laufzeit 21 Monate, Entgeltsteigerung 3,8 Prozent (in zwei Stufen). Forderung des Marburger Bundes: 5,5 Prozent auf 12 Monate.
- Mai 2021 **BG-Kliniken**: Laufzeit 39 Monate, Nachzahlungen: 2,55 Prozent für 12 Monate und 5,1 Prozent für 3 Monate, ab Januar 2021 Entgeltsteigerung 4,6 Prozent, Absenkung Arbeitszeit ab Januar 2022 von 42 auf 40 Stunden (Wahlrecht; bei Beibehaltung von 42 Stunden: weitere Entgeltsteigerung um 4,8 bis 5 Prozent), Einmalzahlung (Corona-Pauschale) 600 Euro.
- November 2020 **Asklepios Kliniken**: Laufzeit 30 Monate, Entgeltsteigerung 6,64 Prozent (in drei Stufen: 2,5 Prozent, 2 Prozent, 2 Prozent).
- September 2020 **Sana Kliniken**: Laufzeit 18 Monate, Entgeltsteigerung 4,03 Prozent (in zwei Stufen: 3 Prozent, 1 Prozent).
- März 2020 **TdL-Unikliniken**: Laufzeit 33 Monate, Entgeltsteigerung 6,64 Prozent (in drei Stufen: 2,5 Prozent, 2 Prozent, 2 Prozent).

Am ehesten vergleichbar sind die Entgelte der Ärztinnen und Ärzte im Tarifbereich der VKA mit dem Entgeltniveau der Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken, die der Marburger Bund mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) verhandelt. Da die Wochenarbeitszeiten bei den unterschiedlichen Trägern differieren, würde ein Vergleich der Tabellenentgelte eine Verzerrung darstellen.

5. DIE KOMMUNALEN KRANKENHÄUSER

Die kommunalen Krankenhäuser stellen in der öffentlichen Daseinsvorsorge die umfassende und flächendeckende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicher – sowohl in den Großstädten als auch in der Fläche. Sie sind – wie die Häuser anderer Träger – an die Grundsätze wirtschaftlicher Betriebsführung gebunden und sollten einen ausgeglichenen



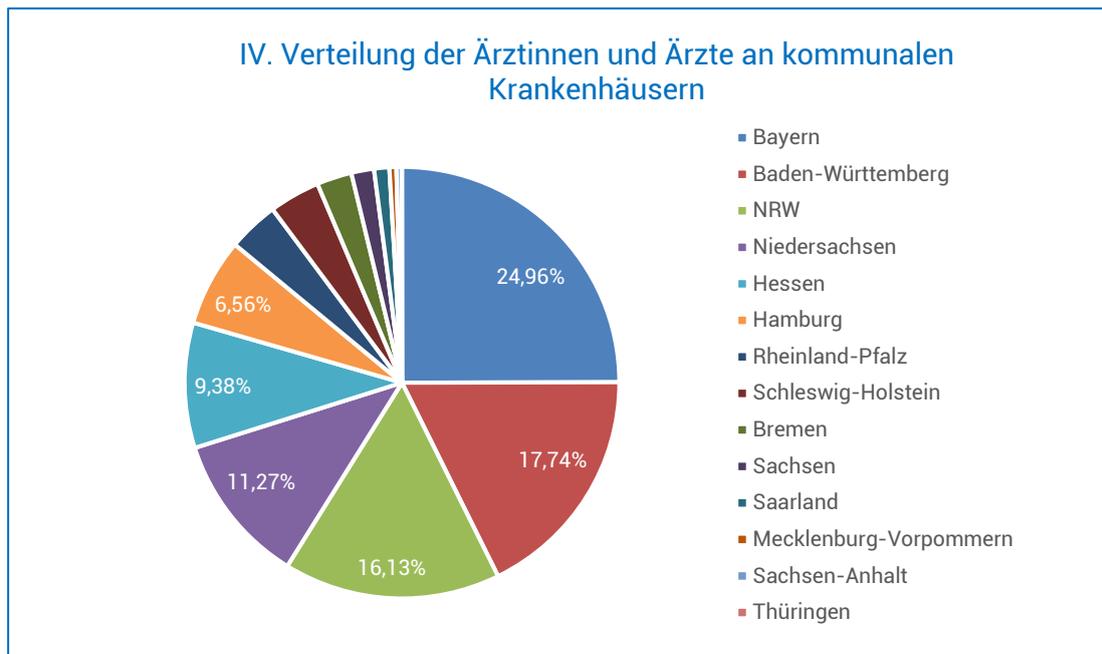
Jahresabschluss erzielen. Aber anders als bei privaten Trägern ist die adäquate medizinische Versorgung der Gesamtbevölkerung ihr eigentlicher Zweck. Das heißt, die Gewinnerzielung dient in den kommunalen Krankenhäusern dazu, eine umfassende medizinische Versorgung auf lokaler Ebene zu bieten. Zugleich stärken die kommunalen Krankenhäuser den jeweiligen Wirtschaftsstandort.¹⁰

5.1 KRANKENHAUSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE

Nach Angaben der Krankenkasse AOK (und basierend auf Erhebungen der Bundesärztekammer BÄK) waren zum Jahresende 2020 insgesamt 409.121 Ärztinnen und Ärzte berufstätig, wovon etwas mehr als die Hälfte (211.904) im Klinikbereich beschäftigt war.¹¹

Zum Stichtag 31. Mai 2020 waren rund 60.000 Ärztinnen und Ärzte im Bereich des TV-Ärzte/VKA bei den kommunalen Krankenhäusern beschäftigt.

Die regionale Verteilung (siehe Grafik IV.) zeigt dabei eine starke Konzentration auf die fünf Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Hessen, die zusammen einen Anteil von fast 80 Prozent der Ärztinnen und Ärzte stellen.



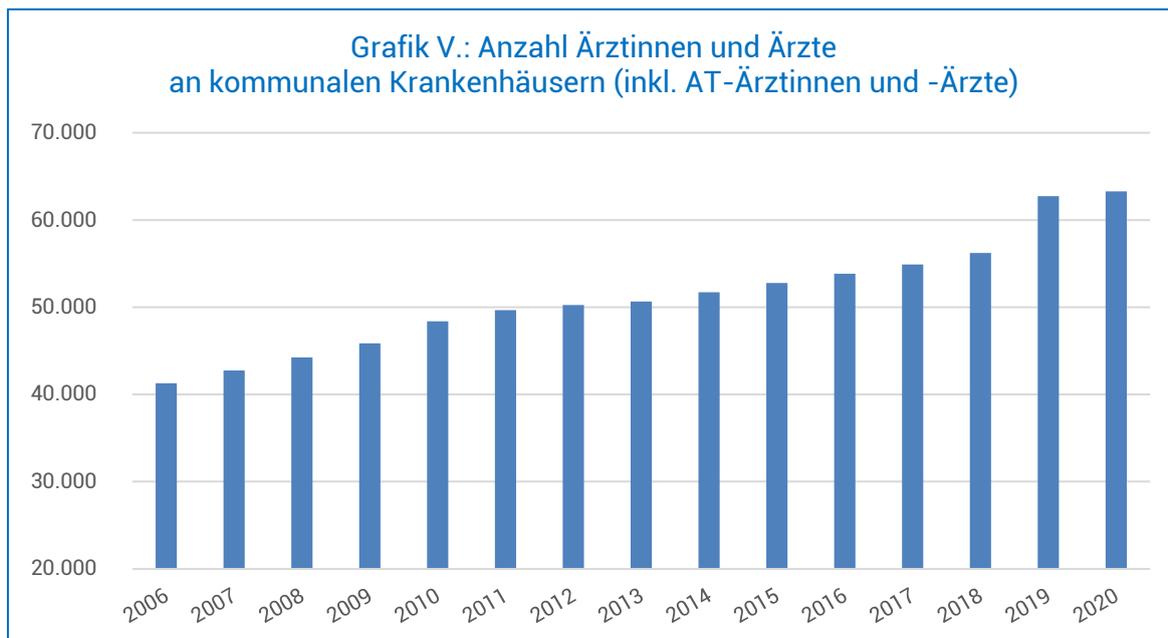
¹⁰ https://www.landkreistag.de/images/stories/themen/MedVersorgung/2017_DLT_DST_Kommunale_Krankenh%C3%A4user.pdf

¹¹ https://www.aok-bv.de/hintergrund/dossier/aerztliche_versorgung/index_15339.html

Steigende Beschäftigtenzahl

Seit 2011 sind rund 31 Prozent mehr, seit 2006 sogar etwa 58 Prozent mehr Ärztinnen und Ärzte an einem kommunalen Krankenhaus tätig (siehe Grafik V.).

Die Hälfte aller Beschäftigten in den kommunalen Krankenhäusern sind Ärztinnen und Ärzte ohne Facharzttitel. Rund 20 Prozent sind Fachärztinnen und Fachärzte. Weitere 20 Prozent stellen die Oberärztinnen und Oberärzte. Leitende Oberärztinnen und leitende Oberärzte sind mit einem Anteil von rund 8 Prozent vertreten. Insgesamt machen die rund 60.000 Ärztinnen und Ärzte einen Anteil von rund 12 Prozent von den insgesamt rund 500.000 Beschäftigten in den kommunalen Krankenhäusern aus.



5.2 ARBEITSBEDINGUNGEN AN KOMMUNALEN KLINIKEN

Der Bereitschaftsdienst

Die kommunalen Krankenhäuser haben den öffentlichen Auftrag, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung an 365 Tagen und rund um die Uhr sicherzustellen. Gäbe es die Option der Anordnung von Bereitschaftsdienst nicht, könnte die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Teilen nicht mehr gewährleistet werden. Am Markt gibt es nämlich derzeit nicht ausreichend Ärztinnen und Ärzte, um die dafür erforderlichen Kapazitäten abzudecken.



Laut Definition wird als Bereitschaftsdienst „jene Zeitspanne bezeichnet, in der ein Arbeitnehmer sich für dienstliche Zwecke bereithalten muss, um seine Arbeitskraft einsetzen zu können, sofern dies nötig sein sollte.“¹² Hierbei legt der Arbeitgeber fest, an welchem Ort sich der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin aufzuhalten hat (Ortsgebundenheit), um im Bedarfsfall die Arbeit aufzunehmen.

Regelungen im TV-Ärzte/VKA

Der Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern (TV-Ärzte/VKA) regelt, dass Bereitschaftsdienst nur ange-

ordnet werden darf, **wenn zu erwarten ist, dass zwar Arbeit anfällt, erfahrungsgemäß aber die Zeit ohne Arbeitsleistung überwiegt** (§ 10 Abs. 1 TV-Ärzte/VKA).

Das Ableisten von Bereitschaftsdienst ist durch Höchstgrenzen der täglichen beziehungsweise wöchentlichen Arbeitszeit beschränkt: Pro Tag darf die maximale Arbeitszeit im Zusammenhang mit Bereitschaftsdienst auf bis zu 24 Stunden verlängert werden. Voraussetzung dafür ist eine Prüfung

Sonderregelung Opt-Out

Das deutsche Arbeitszeitgesetz erlaubt eine Überschreitung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit von 48 Stunden nur, wenn regelmäßig Bereitschaftsdienst geleistet wird. Diese Ausnahme von der Regel muss tarifvertraglich fixiert sein und der Arbeitnehmer muss schriftlich einwilligen, wenn von der gesetzlichen Höchstarbeitszeit nach oben abgewichen wird. Dieser Regelung kommt vor allem bei Diensten zu besonderen Zeiten sowie zur Abfederung von Belastungsspitzen, etwa bei Krankheitsvertretungen, hohe Bedeutung zu.

Die bisherige Opt-Out-Regelung im VKA-Tarifvertrag legt für die Ärztinnen und Ärzte eine durchschnittliche Höchstarbeitszeit von 56 Stunden je Woche fest (§ 10 Abs. 5 TV-Ärzte/VKA). Durch Tarifvertrag auf Landesebene kann darüber hinaus in begründeten Einzelfällen eine durchschnittliche wöchentliche Höchstarbeitszeit von bis zu 66 Stunden vereinbart werden.

Vornehmlich kleine Häuser sind auf die flexiblen Regelungen angewiesen. Aber auch innerhalb der Häuser gibt es Abteilungen, die Ärztinnen und Ärzte in der Nacht benötigen – und somit auf Opt-Out zurückgreifen. Andere Abteilungen haben wesentlich weniger Bedarf. Krankenhäuser sowie Ärztinnen und Ärzte profitieren gleichermaßen von der Regelung: Die Versorgungsleistung wird rund um die Uhr sichergestellt und die Ärztinnen und Ärzte erhalten eine zusätzliche Vergütung.

¹² <https://www.juraforum.de/lexikon/bereitschaftsdienst>

alternativer Arbeitszeitmodelle unter Einbeziehung des Betriebsarztes und ggf. daraus resultierender Maßnahmen zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes.

An Wochenenden und Feiertagen wird in der Regel ausschließlich Bereitschaftsdienst geleistet. Dieser darf maximal 24 Stunden betragen, wenn dadurch für die Ärztinnen und Ärzte mehr Wochenenden und Feiertage frei sind.

Die Wertung des Bereitschaftsdienstes

Der Bereitschaftsdienst ist in drei verschiedene Kategorien unterteilt, die sich jeweils durch den Umfang der tatsächlichen Arbeitsleistung unterscheiden.

Stufe	Arbeitsleistung innerhalb des Bereitschaftsdienstes	Bewertung als Arbeitszeit
I	bis zu 25 %	70 %
II	mehr als 25 bis 40 %	85 %
III	mehr als 40 bis 49 %	100 %

Die Bezahlung von Bereitschaftsdiensten

Das Bereitschaftsdienstentgelt ist bisher an die lineare Entgelterhöhung der Entgelttabelle gekoppelt und damit dynamisch.

Nach § 12 Abs. 2 TV-Ärzte/VKA wird seit 1. Januar 2021 für die als Arbeitszeit gewertete Zeit des Bereitschaftsdienstes das nachstehende Entgelt (in Euro) je Stunde gezahlt:

EG	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
I	30,25	30,25	31,39	31,39	32,54	32,54
II	35,97	35,97	37,11	37,11	38,27	38,27
III	38,83	38,83	39,97	-	-	-
IV	42,25	42,25	-	-	-	-

Zuschläge für Bereitschaftsdienst

Ärztinnen und Ärzte erhalten **zusätzlich zu ihrem Bereitschaftsdienstentgelt**

- für jede als Arbeitszeit gewertete Stunde, die an einem Feiertag geleistet worden ist, einen Zeitzuschlag in Höhe von 25 Prozent des Bereitschaftsdienst-Stundenentgelts,
- für die Zeit des Bereitschaftsdienstes in den Nachtstunden (zwischen 21 und 6 Uhr) je Stunde einen Zeitzuschlag in Höhe von 15 Prozent des Bereitschaftsdienst-Stundenentgelts,
- zusätzlich zum Stundenentgelt wird für die Zeit des Bereitschaftsdienstes je Stunde ein Zuschlag in Höhe von 15 Prozent des Stundenentgelts gezahlt. Ab mehr als monatlich vier Diensten erhöht sich die Bewertung des Bereitschaftsdienstes um 10 Prozentpunkte; der Zuschlag erhöht sich bei jedem weiteren Bereitschaftsdienst um weitere 10 Prozentpunkte.

Die Rufbereitschaft

Als weitere Arbeitsform hat sich im Krankenhausbereich die Rufbereitschaft etabliert. Hält sich der Arzt auf Anordnung des Arbeitgebers **außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit an einer dem Arbeitgeber anzuzeigenden Stelle** auf, so leistet er Rufbereitschaft (§ 10 Abs. 8 TV-Ärzte/VKA). Eine Anordnung ist nur gestattet, wenn erfahrungsgemäß lediglich in Ausnahmefällen Arbeit anfällt. Durch die tatsächliche Arbeitsleistung innerhalb der Rufbereitschaft kann die gesetzliche tägliche Höchstarbeitszeit von zehn Stunden überschritten werden.

Anders als beim Bereitschaftsdienst zählt das Bereithalten während der Rufbereitschaft selbst nicht als Arbeitszeit im Sinne des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG). Als Arbeit im Sinne des ArbZG gilt nur die sog. Heranziehungszeit während der Rufbereitschaft, also der tatsächliche Arbeitseinsatz.

Tägliche Pauschale

Für die Rufbereitschaft erhalten Ärztinnen und Ärzte eine **tägliche Pauschale** – unabhängig davon, ob sie in der Rufbereitschaft tatsächlich arbeiten mussten.

Die Tagespauschale für die Übernahme der Rufbereitschaft richtet sich nach der Entgeltgruppe des Arztes. Die Pauschale beträgt für die Tage Montag bis Freitag das Zweifache und für Samstag, Sonntag sowie für Feiertage das Vierfache des jeweiligen Stundenentgelts.

Für die tatsächliche Inanspruchnahme der Ärztin oder des Arztes innerhalb der Rufbereitschaft wird zusätzlich das **Überstundenentgelt** gezahlt, ohne dass diese Zeit technisch eine Überstunde darstellt. Ebenfalls werden **Zeitzuschläge** wie z.B. Nacharbeit oder Wochenend- und Samstagsarbeit gezahlt.

Wird die Arbeitsleistung am Aufenthaltsort z.B. telefonisch erbracht, wird die Dauer der Telefonate insgesamt addiert und dann auf die volle Stunde aufgerundet. Zugleich werden auch hierfür das Überstundenentgelt sowie weitere Zeitzuschläge (wenn die Rufbereitschaft z.B. auf die Zeit nach 21 Uhr oder auf einen Sonntag fällt) gezahlt.

Was ist der Unterschied zwischen Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft?

Sollte der/die Beschäftigte vom Arbeitgeber in ihrer/seiner **Ortswahl** eingeschränkt sein und es der/dem Beschäftigten nicht möglich sein, ihre/seine Aktivitäten während dieser Zeit eigenständig zu planen und auszuüben, so gilt dies nicht mehr als Rufbereitschaft, sondern als klassischer Bereitschaftsdienst.

Beispielhaft wäre dies der Fall, wenn die/der Beschäftigte nicht in der Lage ist, Zeit mit ihrer/seiner Familie zu verbringen, Einkäufe zu tätigen oder Termine wahrzunehmen.

Eine Ärztin oder ein Arzt, die/der die Nacht im Krankenhaus verbringt und bei Notfällen arbeitet, leistet somit einen Bereitschaftsdienst.

Die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte

Der TV-Ärzte/VKA sieht eine regelmäßige **Wochenarbeitszeit von durchschnittlich 40 Stunden** für die Ärztinnen und Ärzte in den kommunalen Krankenhäusern vor.

Eine Ausdehnung dieser Arbeitszeit ist nur in tarifvertraglich festgelegten Grenzen, bei Vorliegen einer Dienst- oder Betriebsvereinbarung und mit Zustimmung der Ärztin/des Arztes („Opt-Out“) möglich. Die EU-Arbeitszeitrichtlinie und deren Umsetzung im Tarifvertrag TV-Ärzte/VKA hat in den Krankenhäusern zu einer deutlichen Reduzierung der Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte geführt.

Somit ist es tarifvertraglich ausgeschlossen, dass Ärztinnen und Ärzte bis zu oder sogar mehr als 36 Stunden am Stück arbeiten oder eine 80-Stunden-Woche haben.

Ein Arzt oder eine Ärztin darf dem Tarifvertrag der kommunalen Krankenhäuser sowie der EU-Arbeitszeitrichtlinie zufolge in der Regel acht, aber maximal zwölf Stunden (Schichtdienst) arbeiten. Alle anfallenden Stunden, die darüber hinausgehen, können nur Bereitschaftsdienst sein – und auch diese Anzahl an Diensten ist begrenzt.

“Die Krankenhäuser brauchen flexible Arbeitszeitregelungen. Nur so lässt sich der 24/7-Betrieb der Krankenhäuser und das Wohl des Patienten sicherstellen.”

Wolfgang Heyl, Verhandlungsführer der VKA

Übersicht zu den Arbeitszeitregelungen

- Die Wochenarbeitszeit nach dem TV-Ärzte/VKA beträgt durchschnittlich 40 Stunden.
- Die tägliche Arbeitszeit beträgt grundsätzlich acht Stunden.
- Gemäß der EU-Arbeitszeitrichtlinie darf die Wochenarbeitszeit im Jahresdurchschnitt auf 48 Stunden ausgeweitet werden.
- Die tägliche Arbeitszeit kann im Schichtdienst auf bis zu zwölf Stunden ausgedehnt werden. Hierfür gelten enge Einschränkungen.
- Die tägliche Arbeitszeit darf ausschließlich mit Bereitschaftsdienst über acht Stunden hinaus auf bis zu 24 Stunden ausgedehnt werden. Voraussetzung für die Verlängerung der täglichen Arbeitszeit mit Bereitschaftsdienst:
 - Prüfung alternativer Arbeitszeitmodelle,
 - ggf. daraus resultierender Maßnahmen zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes.
- Wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Bereitschaftsdienst fällt, kann im Rahmen des Arbeitszeitgesetzes und innerhalb der genannten Grenzwerte eine Verlängerung der täglichen Arbeitszeit über acht Stunden hinaus auch ohne Ausgleich erfolgen („Opt-Out“). Die wöchentliche Arbeitszeit darf dabei durchschnittlich bis zu 56 Stunden betragen. Hierzu bedarf es des Einverständnisses der Ärztin oder des Arztes.

Arbeitszeitdokumentation

Bereits vor der letzten Tarifrunde mit dem Marburger Bund wurden zudem Regelungen vereinbart, wonach die Arbeitszeiten der Ärztinnen und Ärzte durch elektronische Verfahren oder auf andere Art zu erfassen sind. Dann wurde im Rahmen der letzten Tarifeinigung vereinbart, dass grundsätzlich die gesamte Anwesenheit der Ärztinnen und Ärzte am Arbeitsplatz abzüglich der tatsächlich gewährten Pausen als Arbeitszeit gilt. Eine abweichende Bewertung bei Nebentätigkeiten/privaten Tätigkeiten des Arztes/der Ärztin sowie

ein persönliches Einsichtsrecht in die Arbeitszeitdokumentation wurde ebenfalls vereinbart.

Mit dieser Regelung zur Arbeitszeitdokumentation wird auch eine europarechtskonforme Umsetzung der Verpflichtung zur Erfassung der Arbeitszeiten gewährleistet.

5.3 BEDEUTUNG KOMMUNALER KRANKENHÄUSER

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland ist aufgrund der Trägerstruktur in drei Gruppen unterteilt: öffentliche (darunter kommunale), freigemeinnützige und private Krankenhäuser. Im Jahr 2019 gab es in Deutschland insgesamt 1.914 Krankenhäuser, davon waren 545 (28,5 Prozent) in öffentlicher Trägerschaft. Von diesen 545 öffentlichen Krankenhäusern sind 324 (60 Prozent) in kommunaler Trägerschaft.

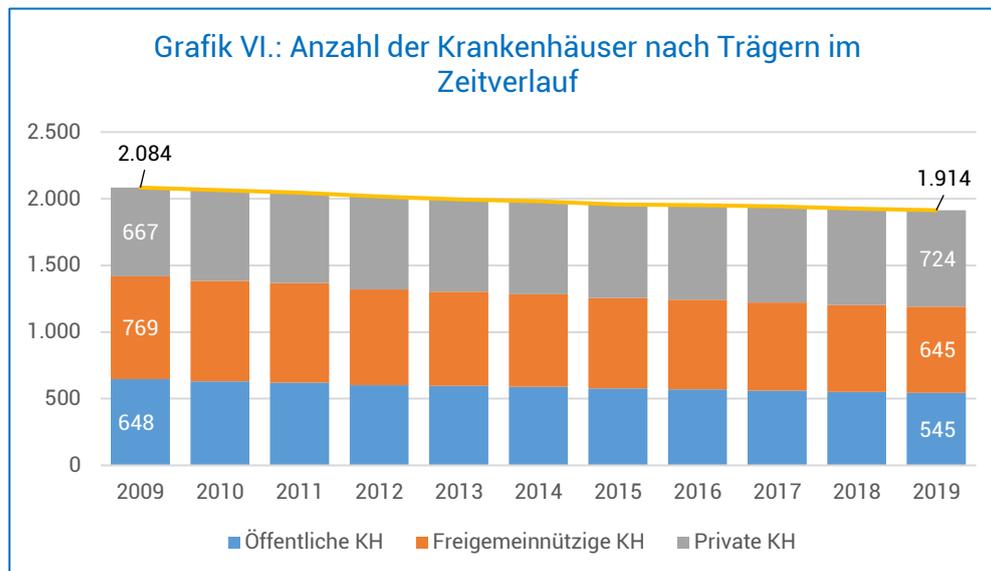


Rückläufige Zahl

Der Krankenhaus-Sektor befindet sich weiterhin in einem Konsolidierungsprozess: Die Gesamtzahl der Häuser ist seit Jahren rückläufig, zwischen 2009 und 2019 nahm sie von 2.084 auf 1.914 um 170 (-8,2 Prozent) ab (siehe Grafik VI.).

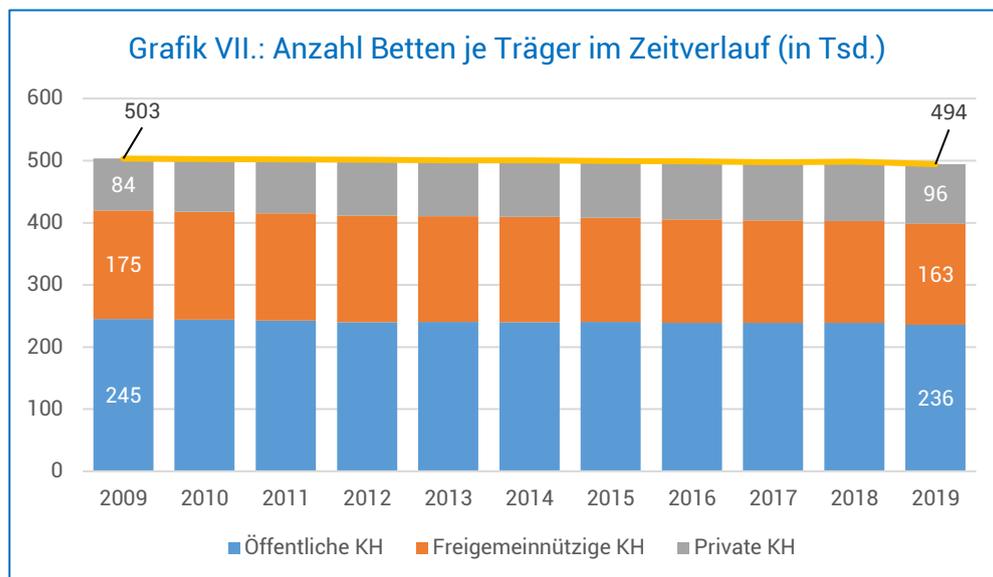
Die Entwicklung nach Trägerschaft ist dabei durchaus unterschiedlich: Öffentliche, ebenso freigemeinnützige (Kirchen oder Wohlfahrtsverbände) Träger haben innerhalb von zehn Jahren ihren Häuserbestand um rund 16 Prozent komprimiert. Dagegen haben private Träger ihren Häuserbestand um rund 8,5 Prozent erweitert.

Die Entwicklung nach Trägerschaft ist dabei durchaus unterschiedlich: Öffentliche, ebenso freigemeinnützige (Kirchen oder Wohlfahrtsverbände) Träger haben innerhalb von zehn Jahren ihren Häuserbestand um rund 16 Prozent komprimiert. Dagegen haben private Träger ihren Häuserbestand um rund 8,5 Prozent erweitert.



Auslastung der Krankenhausbetten

Die Entwicklung der Bettenzahl folgt der oben beschriebenen Entwicklung des Häuserbestandes (siehe Grafik VII.). Zwischen 2009 und 2019 wurden insgesamt fast 10.000 Betten abgebaut. Freigemeinnützige Träger reduzierten innerhalb von zehn Jahren ihre Betten um fast sieben Prozent. Öffentliche Träger meldeten im selben Zeitraum fast vier Prozent ihrer Betten ab. Nur die privaten Träger erhöhten ihre Bettenzahl, sie stieg um mehr als 14 Prozent.



Steigende Zahl an Intensivbetten

Die Corona-Pandemie hat dazu geführt, dass viele Patientinnen und Patienten mit schwerer COVID-19-Erkrankung stationär behandelt werden mussten. Ein Großteil der Krankenhäuser hat einen Teil seiner Krankenhausbetten vorübergehend flexibel in Intensivstationen umgewandelt.

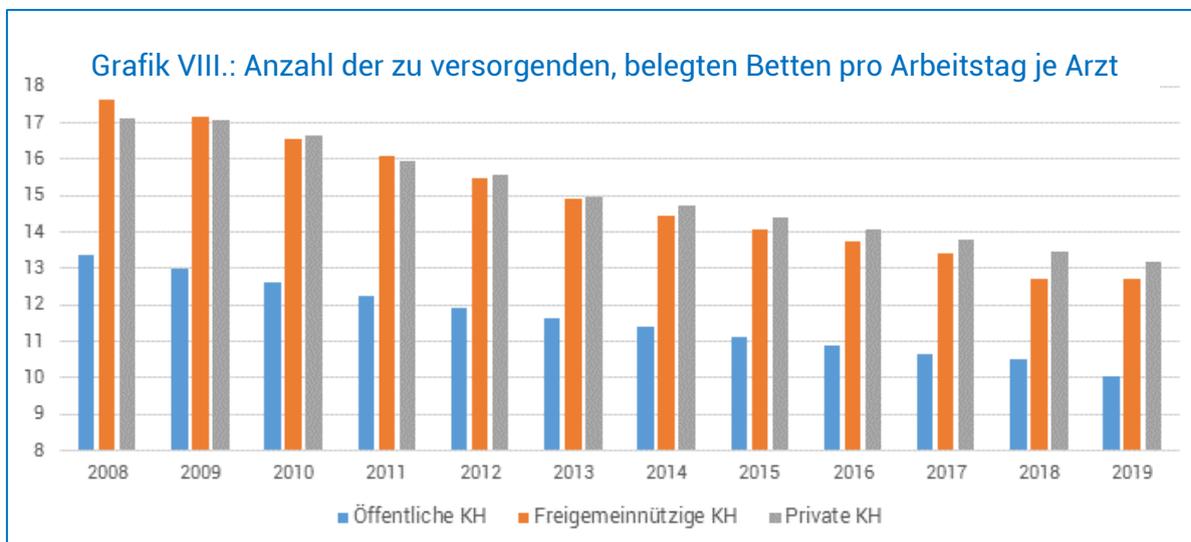
Vor der Corona-Krise gab es in Deutschland bundesweit rund 28.000 Intensivbetten, davon 22.000 mit Beatmungsmöglichkeit. Diese waren durchschnittlich zu 70 bis 80 Prozent belegt. Bundesweit wurden in einer gemeinsamen Kraftanstrengung die Kapazitäten ausgebaut. Zusätzlich haben alle Krankenhäuser, unterstützt durch zentrale Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit, weitere Beatmungsplätze geschaffen. Die Zahl der betreibbaren für COVID-19-Patientinnen und -Patienten geeigneten Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit konnte so auf mehr als 28.000 gesteigert werden. Zusätzlich steht eine Reserve bereit, die innerhalb einer Woche aktiviert werden kann. Diese Reserve schwankt je nach Personalsituation zwischen 10.000 und 12.000 Betten. Sie wird erst durch weiteres Rückfahren der Regelversorgung und weitere Maßnahmen verfügbar.¹³

Sinkende Arbeitsbelastung

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte an den kommunalen Kliniken ist in den vergangenen 15 Jahren stetig gestiegen. Die Tendenz geht somit deutlich Richtung Aufbau von Personal.

¹³ <https://www.dkgev.de/dkg/coronavirus-fakten-und-infos/>

Durch den allgemeinen Personalzuwachs im Bereich der Ärztinnen und Ärzte in kommunalen Kliniken sowie aufgrund der Betten- und Fallzahlentwicklung¹⁴ ist die tatsächliche Arbeitsbelastung für die ärztliche Belegschaft über die Jahre nicht nur faktisch gesunken, sondern im Vergleich zu freigemeinnützigen oder privaten Krankenhaus-Trägern auch auf einem deutlich niedrigeren Niveau (Grafik VIII.).



¹⁴ Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser. Eigene Berechnung der VKA.

6. ÜBER DIE VKA

6.1 WER WIR SIND

Die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) ist eine Spitzenorganisation im Sinne des Tarifvertragsgesetzes.

Die Mitglieder der VKA sind die 16 kommunalen Arbeitgeberverbände in Deutschland (siehe Seite 35). Als Dachverband schließt die VKA Tarifverträge mit den zuständigen Gewerkschaften des öffentlichen Dienstes für die rund 10.000 kommunalen Arbeitgeber mit ihren mehr als 2,3 Millionen Beschäftigten, inklusive dem Marburger Bund für die rund 60.000 Ärztinnen und Ärzte an den 324 kommunalen Krankenhäusern.

Neben der Regelung der Arbeitsbedingungen für die kommunalen Beschäftigten vertritt die VKA diese auf tarif-, arbeits- und sozialrechtlichem Gebiet gegenüber den Gewerkschaften, staatlichen Stellen und anderen Organisationen.

Schwerpunkte der VKA:

- Festlegen der Grundsätze der Tarifpolitik.
- Abschluss von Tarifverträgen und Vereinbarung verbindlicher Richtlinien.
- Grundsatzbestimmungen für den Abschluss von Tarifverträgen durch die Mitglieder.
- Förderung des Erfahrungsaustauschs zwischen den Mitgliederverbänden und Beratung in rechtlichen Fragen.
- Regelung der Zusatzversorgung für die Beschäftigten im kommunalen öffentlichen Dienst.
- Beteiligung am Europäischen Sozialen Dialog.
- Einsatz für die Modernisierung des Tarifrechts zur Stärkung des Wettbewerbs um Fachkräfte.

Die VKA ist zuständig für die Sparten Verwaltung, Krankenhäuser, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, Sparkassen, Flughäfen, Ver- und Entsorgungsbetriebe. Grundlage der meisten Beschäftigungsverhältnisse bei den kommunalen Arbeitgebern ist der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD).

Die VKA mit Geschäftsstelle in Berlin existiert seit 1949. Seit 2019 ist Ulrich Mädge, Oberbürgermeister der Hansestadt Lüneburg, Präsident der VKA. Hauptgeschäftsführer ist Niklas Benrath und Geschäftsführer Dr. Wolfgang Spree.

6.2 GREMIEN UND VORSITZENDE DER VKA

Mitgliederversammlung und Präsidium

Präsident	Oberbürgermeister Ulrich Mädge	Lüneburg
Erster Stellvertreter	N.N.	
Zweiter Stellvertreter	Landrat Michael Harig	Bautzen
Weitere Stellvertreter	Vorständin Kerstin Oster N.N. Vorstandsvorsitzender Dr. Hariolf Teufel	Berlin Göppingen

Gruppenausschuss für Verwaltung

Vorsitzender	Berufsmäßiger Stadtrat Dr. Alexander Dietrich	München
Stellvertreter	Oberbürgermeister Frank Frühauf	Idar- Oberstein
Weiterer Stellvertreter	Bürgermeister Ulrich Hörning	Leipzig

Gruppenausschuss für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen

Vorsitzender	Geschäftsführer Wolfgang Heyl	Frankfurt am Main
Stellvertreter	Geschäftsführer a.D. Jürgen Jung	Baden-Baden
Weiterer Stellvertreter	Geschäftsführer Dr. Michael Moormann	Lüneburg

Unterausschuss für Pflege- und Betreuungseinrichtungen

Sprecher/in	N.N.	
-------------	------	--

Gruppenausschuss für Sparkassen

Vorsitzender	Vorstandsvorsitzender Dr. Hariolf Teufel	Göppingen
Stellvertreter	Vorstandsvorsitzender Roland Manz	Annaberg- Buchholz
Weiterer Stellvertreter	Vorstandsvorsitzender Helmut Käfer	Kusel

Gruppenausschuss für Versorgungsbetriebe

Vorsitzende	Vorständin Kerstin Oster	Berlin
Stellvertreter/in	N.N.	
Weitere Stellvertreterin	Geschäftsführerin Maike Trulson-Schult	Eilenburg

Unterausschuss für Entsorgungsbetriebe

Sprecher	Geschäftsführer Peter Mooren	Köln
----------	------------------------------	------

Gruppenausschuss für Flughäfen

Vorsitzender	Vorstand Michael Müller	Frankfurt am Main
Stellvertreterin	Leiterin Zentralbereich Personal Sandra Carstensen	Hamburg
Weiterer Stellvertreter	Geschäftsführer Walter Schoefer	Stuttgart

Gruppenausschuss für Nahverkehrsbetriebe und Häfen

Vorsitzender	Geschäftsführer Thomas Wissgott	Frankfurt am Main
Stellvertreterin	Vorstandsvorsitzende Myriam Berg	Erfurt
Weiterer Stellvertreter	Vorstand Peter Densborn	Köln

Geschäftsführerkonferenz

Vorsitzender	Hauptgeschäftsführer Niklas Benrath	Berlin
--------------	-------------------------------------	--------

6.3 MITGLIEDVERBÄNDE

KAV Baden-Württemberg Panoramastraße 27, 70174 Stuttgart, www.kavbw.de	KAV Niedersachsen Ernst-August-Platz 10, 30159 Hannover, www.kav-nds.de
KAV Bayern Hermann-Lingg-Straße 3, 80336 München, www.kav-bayern.de	KAV Nordrhein-Westfalen Werth 79, 42275 Wuppertal, www.kav-nw.de
KAV Berlin Goethestraße 85, 10623 Berlin, www.kavberlin.de	KAV Rheinland-Pfalz Deutschhausplatz 1, 55116 Mainz, www.kav-rp.de
KAV Brandenburg Stephensonstraße 4a, 14482 Potsdam, www.kav-brandenburg.de	KAV Saar Talstraße 9, 66119 Saarbrücken, www.kav-saar.de
KAV Bremen Schillerstraße 1, 28195 Bremen, www.kav-bremen.de	KAV Sachsen Holbeinstraße 2, 01307 Dresden, www.kavsachsen.de
AV Hamburg Bei dem neuen Krahn 2, 20457 Hamburg, www.av-hamburg.de	KAV Sachsen-Anhalt Merseburger Straße 97, 06112 Halle (Saale), www.kav-sachsenanhalt.de
KAV Hessen Allerheiligentor 2-4, 60311 Frankfurt am Main, www.kav-hessen.de	KAV Schleswig-Holstein Reventlouallee 6, 24105 Kiel, www.kavsh.de
KAV Mecklenburg-Vorpommern Bertha-von-Suttner-Straße 5, 19061 Schwerin, www.kav-mv.de	KAV Thüringen Alfred-Hess-Straße 31a, 99094 Erfurt, www.kav-thueringen.de

Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA)

Leipziger Straße 51

10117 Berlin

Hauptgeschäftsführer: Niklas Benrath

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit: Ulrike Heine

Stand: 7. Oktober 2021

Weitere Informationen unter: www.vka.de



TARIFRUNDE 2021 FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE:

**GESUNDHEITSVERSORGUNG
UNTER ATTRAKTIVEN
ARBEITSBEDINGUNGEN**



Bildnachweise:

Seite 4 – Bild Wolfgang Heyl, Seite 18, Seite 22: Bürgerhospital u. Clementine Kinderhospital
gemeinnützige GmbH

Seite 14: Steve Buissinne auf Pixabay

Seite 24: Sammy-Williams auf Pixabay

Seite 29: Adobe Stock_upixa

Alle Grafiken/ Seite 4 – Bild Niklas Benrath: VKA