

# Darmstadt Discussion Papers in Economics

## 20 Punkte, die bei den Verhandlungen über Ärztegehälter zu beachten sind

Hannes Spengler, Csilla Jámbor

Nr. 172

Arbeitspapiere  
des Instituts für Volkswirtschaftslehre  
Technische Universität Darmstadt



**A**pplied  
**R**esearch in  
**E**conomics

Hannes Spengler\*

Csilla Jámbor \*\*

## **20 Punkte, die bei den Tarifverhandlungen über Ärztegehälter zu beachten sind<sup>1</sup>**

Darmstadt, Juni 2006

\* Technische Universität Darmstadt und DIW Berlin; spengler@vwl.tu-darmstadt.de

\*\* Klinikum für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Johann Wolfgang Goethe  
Universität Frankfurt am Main; jambor@med.uni-frankfurt.de

---

<sup>1</sup> Für nützliche Hinweise bedanken wir uns bei Ingo Barenz und Bastian Hauer.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Ausgangssituation .....</b>	<b>1</b>
<b>Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung der Ärzteschaft und der institutionellen Rahmenbedingungen.....</b>	<b>3</b>
1    Implikationen des Gesundheitssystems für Ärztegehälter.....	3
2    Arzt ist ungleich Arzt.....	3
3    Krankenhaus ist ungleich Krankenhaus .....	4
4    Dienstherr ist ungleich Dienstherr .....	5
<b>Arbeitsbedingungen (Gehalt, Arbeitszeit, Aufgabenspektrum) .....</b>	<b>6</b>
5    Ärztegehälter nach Qualifikationsstufen .....	6
6    Ärztegehälter im Vergleich zu Gehältern anderer nicht-verbeamteter Akademiker im öffentlichen Dienst.....	8
7    Arbeitszeiten.....	9
8    Dokumentationspflichten.....	11
<b>Arbeitsmarkchancen und -risiken.....</b>	<b>12</b>
9    Faktische Vollbeschäftigung .....	12
10   Prekäre Beschäftigungsverhältnisse .....	13
11   Möglichkeit der Niederlassung und des Wechsels in die Privatwirtschaft.....	13
12   Leichter Zugang zu internationalen Arbeitsmärkten.....	14
<b>Zusatzverdienstmöglichkeiten .....</b>	<b>15</b>
13   Bereitschaftsdienste/Rufbereitschaften/Überstunden.....	15
14   Poolbeteiligungen .....	15
15   Notarztstätigkeiten/Vertretung niedergelassener Kollegen/Medizinische Gutachten.....	15
16   Auslandseinsätze .....	16
<b>Geldwerte Vor- und Nachteile .....</b>	<b>17</b>
17   Weiterbildung .....	17
18   Ärztenspezifische Rentenversicherung.....	17
19   Private Krankenversicherung.....	18
20   Begehrtes und teures Studium .....	18
<b>Fazit und Ausblick .....</b>	<b>20</b>

## Ausgangssituation

Ausgelöst durch den Rückzug der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) aus den Verhandlungen um einen neuen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) zur Ablösung des BAT und der einseitigen Kündigung von Tarifverträgen zu Urlaubs- und Weihnachtsgeld, in Verbindung mit der Anhebung der wöchentlichen Arbeitszeit auf bis zu 42 Stunden kam es im Mai 2005 an den Universitätskliniken in Hessen und Baden-Württemberg - in der Folgezeit in ganz Deutschland - zu Ärztestreiks. Diese Protestaktionen fanden unter der Federführung des Marburger Bundes (MB) statt. Im September 2005 beschloss der MB auf seiner Hauptversammlung, die unmittelbar vor der geplanten Unterzeichnung des TVöD durch ver.di für die Arbeitnehmerseite stattfand, die Verhandlungsvollmacht an ver.di zu widerrufen. Begründet wurde dieser Schritt mit der Vermeidung „massiver Gehaltseinbußen“ für Ärzte, die der TVöD mit sich brächte. Deshalb steht der MB seit September 2005 einerseits mit der TdL - die Ärzte an Unikliniken und sonstigen Landeskrankenhäusern betreffend - und andererseits seit März 2006 mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) - die Ärzte an kommunalen Krankenhäusern betreffend - in direkten Tarifverhandlungen.<sup>2</sup>

Die Forderungen des Marburger Bundes liegen auf dem Tisch und stimmen für die beiden Tarifbereiche weitgehend überein. Man verlangt

- den Abschluss eines arzt-spezifischen Tarifvertrages,
- eine Erhöhung der Ärzt-einkommen um 30 Prozent,
- die vollständige Vergütung sämtlich erbrachter Arbeitsleistungen,
- die Abschaffung überlanger Dienstzeiten bei praktikablen Arbeitszeitregelungen im Sinne der Ärzte und Patienten,
- Abschaffung kurzzeitig befristeter Arbeitsverträge und den
- Abbau bürokratischer patienten-ferner Tätigkeiten.

Auf Landesebene werden die Gehaltsforderungen mit den Kürzungen bei Urlaubs- und Weihnachtsgeld begründet und ferner die Sicherstellung von Forschung und Lehre innerhalb der Arbeitszeit an Unikliniken gefordert.

---

<sup>2</sup> Da Hessen und Berlin die TdL verlassen haben, verhandeln diese Länder (bzw. deren öffentlich rechtliche Anstalten) direkt mit dem Marburger Bund.

Im Mittelpunkt des obigen Forderungskatalogs steht die Gehaltsforderung von 30 Prozent. Da diese bei gegebenen Budgets weder von den Ländern noch von den Kommunen erfüllt werden kann, verliefen die Tarifverhandlungen von Anfang an schleppend und sind nun jedenfalls auf Landesebene in eine bedrohliche Sackgasse eingemündet. So sind derzeit die Ärzte an 39 Universitätskliniken und Landeskrankenhäusern an einem sogenannten „Wochenstreik“ beteiligt, bei dem im Wechsel eine Woche gestreikt und eine Woche gearbeitet wird. In Baden-Württemberg sind die Ärzte sogar in den Dauerstreik getreten. Auch wird es immer wahrscheinlicher, dass in Kürze auch die kommunalen Krankenhäuser bestreikt werden. Letztere blieben bisher nur deshalb von Streiks verschont, weil die Tarifpartner für die Zeit der Tarifverhandlungen eine Friedenspflicht vereinbart haben. Diese erlischt jedoch, sobald die Verhandlungen von einem Tarifpartner als gescheitert erklärt werden.

Die beschriebene Situation kann mittlerweile für den Patienten/Bürger, der sich durch seine Krankenversicherungsbeiträge und Steuerabgaben einen Anspruch auf qualifizierte und umfassende medizinische Versorgung erwirbt, eine konkrete Gefahr darstellen, da mitunter dringend notwendige Behandlungen (z.B. Tumoroperationen) nicht termingerecht durchgeführt werden. Außerdem bedrohen die Streiks bereits jetzt die wirtschaftliche Existenz mancher Kliniken. Es ist deshalb unverzichtbar, so rasch wie möglich eine verlässliche und dauerhafte Befriedung zu erzielen. Um zu einer Versachlichung der kommenden Debatten beizutragen, werden nachfolgend 20 Punkte vorgestellt, die den Anspruch erheben, die Situation von Ärzten im öffentlichen Dienst möglichst umfassend und unvoreingenommen zu beleuchten.

# **Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung der Ärzteschaft und der institutionellen Rahmenbedingungen**

## **1 Implikationen des Gesundheitssystems für Ärztegehälter**

In der Bundesrepublik Deutschland wird die medizinische Versorgung - insbesondere die ärztliche Behandlung -, ähnlich wie Bildung als meritorisches Gut eingestuft. Die alleinige oder vorwiegende Bereitstellung solcher Güter durch den Markt würde per Definition zu einer Unterversorgung - gemessen am gesellschaftlich wünschenswerten Versorgungsgrad - führen. Durch das bestehende gesetzliche Sozialversicherungssystem gewährleistet der Staat sämtlichen Bürgern unabhängig von deren wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit eine umfassende medizinische Versorgung. Andererseits ist das Budget der gesetzlichen Krankenkasse durch die Versicherungsbeiträge der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten begrenzt. Hohe Arbeitslosigkeit und die voranschreitende Überalterung der Gesellschaft und dadurch bedingt eine Verringerung der Beitragszahlerquote sowie eine stärkere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch voranschreitende altersbedingte Morbidität und technologischen Fortschritt belasten das Gesundheitssystem sowohl von der Einnahmen- als auch von der Ausgabe-seite.

Ärztegehälter müssen weitgehend im beschriebenen gesetzlichen Gesundheitssystem finanziert werden und können hierzulande deshalb allenfalls in kleinen Teilbereichen wie z.B. dem Markt für Privatpatienten (und dort auch nicht vollständig) aus dem freien Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage nach ärztlicher Dienstleistung resultieren. Vor diesem Hintergrund ist eine signifikante Erhöhung der Gehälter (z.B. um 30 Prozent), geschweige denn eine international wettbewerbsfähige Bezahlung der deutschen Ärzteschaft im öffentlichen Dienst ohne substanzielle Veränderungen des Gesundheitssystem nicht zu realisieren. Innerhalb des bestehenden Systems kann Spielraum für Lohnerhöhungen nur durch Effizienzgewinne oder/und durch eine höhere Belastung der Beitragszahler erreicht werden.

## **2 Arzt ist ungleich Arzt**

Ärzte unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Qualifikation und Produktivität. Diese Unterschiede sind beim Arztberuf aufgrund der weitreichenden Folgen von Behandlungsfehlern möglicherweise noch stärker ausgeprägt als bei anderen Berufsgruppen. Bei einer am Alimentsprinzip ausgerichteten (d.h. vorwiegend zeit- und familienstandsorientierten) Entlohnung

nach Bundesangestelltentarif (BAT) wird keine hinreichende Differenzierung der Ärzteneinkommen nach Qualifikation und Leistungsfähigkeit vorgenommen. Qualifikations- und Leistungskomponenten finden dagegen verstärkt im neuen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst des Bundes und der Kommunen (TVöD) Anwendung. Im jüngst von der TdL unterbreiteten Angebot eines Tarifvertrages für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) findet sich eine relativ starke qualifikationsspezifische Differenzierung der Einkommen, wobei der Begriff „Facharzt mit entsprechender Tätigkeit“ einer eindeutigen Definition bedarf.<sup>3</sup> Jedoch sehen weder TVöD noch TV-L eine explizite Honorierung von Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen vor.

Vor dem Hintergrund einer leistungs- bzw. produktivitätsorientierten Bezahlung sind hohe Lohnerhöhungen (z.B. um 30%) insbesondere für Berufsanfänger abzulehnen.

### **3 Krankenhaus ist ungleich Krankenhaus**

Krankenhäuser unterscheiden sich stark hinsichtlich des angebotenen Leistungsspektrums. Es werden vier Versorgungsstufen unterschieden: Grundversorgung, Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung. Entsprechend dieser Stufen unterscheidet sich auch der Anspruch an die ärztliche Arbeit. Während Chirurgen in Häusern der Grundversorgung vorwiegend mit vergleichsweise einfachen Operationen befasst sind (z.B. mit Entfernungen der Gallenblase), werden in Häusern der Maximalversorgung komplizierte Eingriffe wie z.B. große Leberoperationen durchgeführt. Die schwierigsten und riskantesten Operationen - wie z.B. Organtransplantationen - finden schließlich zumeist in Universitätskliniken oder in hochspezialisierten kommunalen Häusern statt. An Universitätskliniken herrscht für Ärzte ferner eine Mehrfachbelastung, da neben der Patientenversorgung (häufig vom gleichen Personal) auch Forschung und Lehre betrieben werden muss.<sup>4</sup> Da Universitätskliniken und kommunale Maximalversorgungskliniken i.d.R. in Ballungsräumen angesiedelt sind, herrscht in solchen Häusern gewöhnlich auch eine quantitativ höhere Arbeitsbelastung außerhalb der gewöhnlichen Dienstzeiten - sprich während der Bereitschaftsdienstzeiten.

---

<sup>3</sup> Die TdL hat sich mit ver.di und der dbb tarifunion am 19. Mai 2006 auf Eckpunkte eines Tarifvertrages für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) verständigt. Der auf Basis dieser Eckpunkte noch endzuverhandelnde TV-L tritt zum 1.11.2006 in Kraft. In Anlage 5 des Eckpunktepapieres finden sich die besonderen Regelungen für Ärzte an Universitätskliniken, die Bestandteil des TV-L werden. Der MB lehnt die Übernahme des TV-L für seine Mitglieder ab. Deshalb wäre der TV-L dann zunächst nur für jene weniger als 1.000 im Landesdienst stehenden Ärzte relevant, die von ver.di vertreten werden.

<sup>4</sup> Konstruktive Vorschläge zur Entflechtung und Qualitätssteigerung von Patientenversorgung, Forschung und Lehre macht der Wissenschaftsrat in seiner Drucksache 5913/04 Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin“ vom 30. Januar 2004.

Es wäre deshalb an eine pauschale Differenzierung der Ärzteneinkommen nach der Versorgungsstufe des Krankenhauses zu denken. In der Praxis würde dies jedoch das Problem mit sich bringen, dass kleine Krankenhäuser im ländlichen Raum weniger Zulauf von leistungsfähigen Facharztanwärtern erhielten als bisher. Zudem gibt es natürlich auch in kleinen Häusern Ärzte, die dauerhaft stärker belastet werden als mancher Arzt in einem größeren Haus. Eine Höherbezahlung von Ärzten an Universitätskliniken (im Vergleich zu Ärzten an kommunalen Krankenhäusern) sollte jedoch aufgrund der Sondersituation der Unikliniker (qualitative Mehrfachbelastung und durchgängig hohes quantitatives Arbeitsaufkommen) ernsthaft in Erwägung gezogen werden. Einen Schritt in diese Richtung könnte der TV-L darstellen, dessen vollständige Auswertung hinsichtlich Gehältern und Arbeitszeiten jedoch noch aussteht.

#### **4 Dienstherr ist ungleich Dienstherr**

Städtische Krankenhäuser und Kreiskrankenhäuser werden von den Kommunen getragen, Universitätskliniken und sonstige Landeskrankenhäuser von den Bundesländern. Dieser Unterschied kommt u.a. darin zum Ausdruck, dass der Marburger Bund einerseits mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) über die Einkommen und Arbeitszeiten für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern und andererseits mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) über die Arbeitsbedingungen für Ärzte an Landeskliniken verhandelt.<sup>5</sup> Der *status quo* innerhalb dieser beiden Tarifbereiche ist jedoch signifikant verschieden. Im Bereich der VKA wurde zum 1.10.2005 flächendeckend der TVöD eingeführt, der höher qualifizierten Ärzten bereits jetzt höhere Einkommen als nach dem zuvor gültigen BAT bringt und ab 2007 zusätzlich Leistungsentgelte vorsieht. Im Bereich der TdL wird dagegen weiterhin nach BAT bezahlt, wobei der Länder-BAT etwas niedriger liegt als der frühere kommunale BAT.<sup>6</sup> Die Bruttounterschiede (Nettounterschiede) im Jahresgehalt zwischen VKA (TVöD) und TdL (BAT) betragen z.B. bis zu 7.253 € (3.259 €)<sup>7</sup> für einen 27jährigen ledigen kinderlosen Assistenzarzt mit einem Jahr Berufserfahrung, bis zu 10.145 € (4.397 €) für einen 38jährigen, ledigen, kinderlosen Facharzt nach 5jähriger fachärztlicher Tätigkeit und 8.309 € (5.710 €) für einen 47jährigen, verheirateten Oberarzt mit 2 Kindern nach 14jähriger fachärztlicher und 7jähriger oberärztlicher Tätigkeit (siehe Punkt 5). Diese Differenzen zugunsten der

---

<sup>5</sup> Da Hessen und Berlin die TdL verlassen haben, verhandeln diese Länder (bzw. deren öffentlich rechtliche Anstalten) direkt mit dem Marburger Bund.

<sup>6</sup> Sämtliche nachfolgenden Angaben beziehen sich auf die aktuellen Tarifvertragsbedingungen für Neueingestellte (d.h. bestehende BAT-Verträge auf Landesebene und sog. Überleitungsfälle auf kommunaler Ebene bleiben unberücksichtigt.)

<sup>7</sup> Sämtliche angegebenen Beträge in diesem Beitrag - soweit nicht ausdrücklich anders ausgewiesen - entstammen dem Tarifgebiet West.



in kommunalen Häusern beschäftigten Ärzte werden dadurch vergrößert, dass die tarifliche Wochenarbeitszeit im Bereich der VKA fast ausschließlich 38,5 Stunden<sup>8</sup> beträgt, im Bereich der TdL aber (mindestens 38,5) bis zu 42 Stunden gearbeitet wird.

Obwohl unter Punkt 3 Gründe angeführt wurden, die rechtfertigen, dass an Unikliniken höhere Ärztegehälter als an kommunalen Krankenhäusern gezahlt werden, stellt sich die Realität derzeit umgekehrt da. Diese Schieflage könnte durch den TV-L bzw. die darin enthaltenen besonderen Regelungen für Ärzte an Universitätskliniken nur teilweise beseitigt werden. Die Bruttojahresgehälter obiger exemplarischer Arzttypen würden zwar im Bereich der Bundesländer (TV-L) dann 1250 € für einen Assistenzarzt, 4500 € für einen Facharzt bzw. 11.050 € für einen Oberarzt höher liegen als in den Kommunen oder beim Bund (TVöD) (siehe Punkt 5). Jedoch basiert der TV-L im Gegensatz zum TVöD auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 42 anstatt von 38,5 Stunden. Damit würden die Arztgehälter im Bereich der Länder (TV-L) unter Berücksichtigung der höheren Wochenarbeitszeit nur bei dem exemplarischen Oberarzt oberhalb des TVöD liegen. Für normale Fachärzte, die keine Oberärzte sind, könnte das Gehalt nach TV-L bei restriktiver Auslegung des Eingruppierungskriteriums „Facharzt mit entsprechender Tätigkeit“ (siehe Punkt C der Anlage 5 zum TV-L) sogar deutlich hinter jenem nach TVöD zurückbleiben.

## **Arbeitsbedingungen (Gehalt, Arbeitszeit, Aufgabenspektrum)**

### **5 Ärztegehälter nach Qualifikationsstufen**

Die nachfolgenden Gehaltsangaben sind jährliche Brutto- und Nettoverdienste für drei exemplarische „Arzttypen“, wobei bei der Berechnung des Nettoeinkommens (Angaben in Klammern) aus Vereinfachungsgründen davon ausgegangen wurde, dass alle drei Arzttypen in Hessen beschäftigt, Kirchenmitglied (mit 9% Kirchensteuer) und Mitglied der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung sind.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> In Baden-Württemberg werden 39 Stunden, im Tarifgebiet Ost 40 Stunden gearbeitet.

<sup>9</sup> Diese Annahme ist eher untypisch, da Ärzte sofern ihr Bruttoeinkommen die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet eine private Krankenversicherung der gesetzlichen Variante vorziehen (siehe Punkt 19). Aufgrund der im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung niedrigeren Beiträge für Ärzte in der privaten Krankenversicherung fallen die nachfolgenden Nettogehälter zu niedrig aus. Durch die Tatsache, dass Ärzte nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung, sondern in einer spezifischen Ärzteversorgung versichert sind, werden die Nettogehälter nicht verzerrt. Die Ärzteversorgung bewirkt jedoch eine Besserstellung von Ärzten (im Vergleich zu sonstigen Arbeitnehmern) hinsichtlich der zu erwartenden Alterbezüge (siehe Punkt 18).

Assistenzarzt, 27 Jahre, ledig, keine Kinder, nach einem Jahr Beschäftigungszeit:

BAT (VKA): 40.247,60 € <sup>0</sup> / (21.228,55 €)	38,5 Std.
TVöD (VKA) <sup>11</sup> :44.350,96 € <sup>2</sup> / (22.893,39 €)	38,5 Std.
BAT (TdL): 37.097,88 bis 38.597,88 € <sup>3</sup> / (19.634,88 bis 20.151,24 €) bis zu	42 Std.
TV-L (TdL): 45.600 € / (23.405,40 €) <sup>14</sup>	42 Std.

Facharzt, 38 Jahre, ledig, keine Kinder, nach 5 Jahren fachärztlicher Tätigkeit:

BAT (VKA): 53.800,09 € <sup>5</sup> / (26.559,65 €)	38,5 Std.
TVöD (VKA):57.304,99 € <sup>6</sup> / (27.824,80 €)	38,5 Std.
BAT (TdL): 47.159,64 bis 49.349,64 € <sup>7</sup> / (23.427,84 bis 24.254,54 €) bis zu	42 Std.
TV-L (TdL): 61.800 € / (29.637,12) <sup>18</sup>	42 Std.

Oberarzt, 47 Jahre, verheiratet, 2 Kinder, nach 14 Jahren fachärztlicher und 7 Jahren oberärztlicher Tätigkeit und Erfüllung der Voraussetzungen des §12.1 Abs. (2) oder (3) TVöD<sup>19</sup>:

BAT (VKA): 70.907,14 € <sup>0</sup> / (46.399,73 €)	38,5 Std.
TVöD (VKA): 70.584,67€ <sup>1</sup> / (46.210,31 €)	38,5 Std.
BAT (TdL): 62.275,68 bis 65.225,68 € <sup>2</sup> / (40.500,48 bis 42.252,43 €) bis zu	42 Std.
TV-L (TdL): 81.600 € <sup>3</sup> / (52.569,72 €)	42 Std.

Anhand (realistischer) exemplarischer Arzttypen zeigt sich, dass die Einführung des TVöD im kommunalen Bereich nicht etwa - wie vielfach von Ärztevertretern angeführt - eine Gehaltsreduktion, sondern sogar eine Gehaltssteigerung mit sich gebracht hat - lediglich für den

---

<sup>10</sup> 12 x 3.079,96 € (Grundvergütung VerGr. II, Stufe 2 (2.400,08 €) + Allg. Zulage (114,60 €) + Ortszuschlag, Stufe 1 (565,28 €) + 255,65 € (Urlaubsgeld) + 3.032,43 € (Zuwendung mit Aufschlagssatz von 27,81 €).

<sup>11</sup> Keine Überleitungsfälle.

<sup>12</sup> 12 x 3.400,00 € (Grundgehalt EGr. 14, Stufe 2) + 3.550,96 € (Jahressonderzahlung).

<sup>13</sup> 12 x 3.091,49 € (Grundvergütung VerGr. II, Alter 27 (2.411,61 €) + Allg. Zulage (114,60 €) + Ortszuschlag, Stufe 1 (565,28 €) + 0,00 € (Urlaubsgeld) + 0 bis ca. 1.500,00 € (Zuwendung).

<sup>14</sup> 12 x 3.800,00 € (Grundvergütung).

<sup>15</sup> 12 x 4.086,68 € (Grundvergütung VerGr. Ib, Stufe 7 (3.478,42 €) + Allg. Zulage (42,98 €) + Ortszuschlag, Stufe 1 (565,28 €) + 255,65 € (Urlaubsgeld) + 4.504,28 € (Zuwendung mit Aufschlagssatz von 63,53 €).

<sup>16</sup> 12 x 4.360,00 € (Grundgehalt EGr. 14, Stufe 5) + 4.984,99 € (Jahressonderzahlung).

<sup>17</sup> 12 x 3.929,97 € (Grundvergütung VerGr. Ib, Alter 37 (3.321,71 €) + Allg. Zulage (42,98 €) + Ortszuschlag, Stufe 1 (565,28 €) + 0,00 € (Urlaubsgeld) + 0 bis ca. 2.190,00 € (Zuwendung).

<sup>18</sup> 12 x 5.150,00 € (Grundvergütung).

<sup>19</sup> Bei der Berechnung der Nettogehälter wurde davon ausgegangen, dass der Arzt nach Steuerklasse III/2 verlangt wird.

<sup>20</sup> 12 x 5.377,57 € (Grundvergütung VerGr. Ia, Stufe 12 (4.481,27 €) + Allg. Zulage (42,98 €) + Ortszuschlag, Stufe 4 (853,32 €) + 306,77 € (Urlaubsgeld) + 6.069,53 € (Zuwendung mit Aufschlagssatz von 91,44 €).

<sup>21</sup> 12 x 5.100,00 € (Grundgehalt EGr. 15, Stufe 6) + 12 x 250,00 € + 6.384,67 € (Jahressonderzahlung).

<sup>22</sup> 12 x 5.189,64 € (Grundvergütung VerGr. Ia, Alter 47 (4.293,34 €) + Allg. Zulage (42,98 €) + Ortszuschlag, Stufe 4 (853,32 €) + 0,00 € (Urlaubsgeld) + 0 bis ca. 2.950,00 € (Zuwendung).

Oberarzt liegt das Gehalt geringfügig niedriger als nach BAT und dies auch nur deshalb, weil im BAT hohe familienbezogene Entgeltbestandteile enthalten sind.<sup>24</sup> Abgesehen von verheirateten und / oder kinderreichen Ärzten liegen die Gehälter nach TVöD (TV-L) im Wesentlichen nur noch für ältere Ärzten ohne Facharztausbildung unterhalb des BAT. Im Zuge einer verstärkt leistungsorientierten Bezahlung im öffentlichen Dienst ist eine Abkehr von einer alters-, familienstands- und kinderzahlspezifischen Bezahlung jedoch zu befürworten. Außerdem ist (wäre) ein Lohnrückgang durch den Übergang vom BAT zum TVöD (TV-L) nur dann gegeben, wenn es sich um neu abgeschlossene Arbeitsverträge handelt. Für aus BAT-Zeiten fortbestehende Verträge gilt ein Bestandsschutz.

## **6        Ärztegehälter im Vergleich zu Gehältern anderer nicht-verbeamteter Akademiker im öffentlichen Dienst**

Länder: Gemäß BAT (TdL) erfolgt heute - nachdem das niedrig bezahlte 18monatige Arztpraktikum (AiP) zum 1.10.2004 abgeschafft wurde - eine Eingruppierung von Assistenzärzten in Vergütungsgruppe IIa. Nach fünfjähriger ärztlicher Tätigkeit oder nach Erlangung einer Facharztausbildung erfolgt ein Aufstieg in Vergütungsgruppe Ib. Ein Aufstieg in Vergütungsgruppe Ia erfolgt für Fachärzte nach achtjähriger ärztlicher Tätigkeit in Vergütungsgruppe Ib. Demnach durchlaufen Ärzte, die eine Facharztausbildung erfolgreich abgeschlossen haben, automatisch alle für Universitätsabsolventen vorgesehenen Vergütungsgruppen des BAT außer der höchsten Stufe (Vergütungsgruppe I), die (nur) solche Ärzte erreichen, die als ständige Vertreter des leitenden Arztes durch ausdrückliche Anordnung bestellt sind, wenn dem leitenden Arzt mindestens neun Ärzte unterstellt sind. Die Tatsache, dass bei normalem Berufsverlauf (einschließlich erfolgreicher Facharztausbildung) jeder Krankenhausarzt nach 13 Jahren Vergütungsgruppe Ia erreicht, stellt eine bessere Gehaltsaussicht dar als für sonstige Akademiker im öffentlichen Dienst, die diese Vergütungsgruppe im Allgemeinen nicht im Rahmen einer Regelbeförderung erreichen. Dies gilt in noch viel höherem Maß für den neuen Tarifvertragsvorschlag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L). Dort werden die Ärztegehälter in einer Sondertabelle geregelt, in der bereits das Gehalt eines Facharztes ab dem ersten Facharztjahr dem höchsten Gehalt der „Normaltabelle“ entspricht und die Beträge für Fachärzte mit längeren Facharztzeiten und/oder höherer Qualifikation (Oberärzte) weit darüber liegen.

---

<sup>23</sup> 12 x 6.800,00 € (Grundvergütung).

<sup>24</sup> Wäre der Oberarzt ledig und kinderlos würde er nach BAT lediglich 67.162,94 € verdienen. Das TVöD-Bruttogehalt bliebe dagegen unverändert.

Kommunen: Nach TVöD werden Ärzte gleich zu Beginn ihrer Tätigkeit in Entgeltgruppe 14 (3.060,00 €), andere Akademiker jedoch nur in Entgeltgruppe 13 (2.817,00 €) eingestuft. Der Bruttolohnunterschied beläuft sich demnach auf 243,- € im ersten und 270,- € im zweiten Berufsjahr. Neben dem höheren Einstieg kommt Ärzten im TVöD - sofern sie eine Facharzt-ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben - auch ein beschleunigter Aufstieg innerhalb der Entgelttabelle zugute, an dessen Ende die höchste nach TVöD vorgesehene Entlohnung von 5030,- € (Entgeltgruppe 15, Stufe 6) mit 5100,- € sogar überschritten wird. Entgeltgruppe 15, Stufe 6 ist von sonstigen Akademikern nur dann zu erreichen, wenn sie Leitungsfunktion besitzen. Üben Ärzte Leitungsfunktion aus, sieht der TVöD (§12.1 Abs. 2, 3 und 4) die folgenden Zulagen zum Tabellenentgelt vor: Ärzte, die als ständige Vertreter des leitenden Arztes durch ausdrückliche Anordnung bestellt sind, erhalten für die Dauer der Bestellung eine Funktionszulage von monatlich 350,- € Ärzte, die aufgrund ausdrücklicher Anordnung innerhalb einer Fachabteilung oder eines Fachbereichs einen selbständigen Funktionsbereich mit mindestens zehn Beschäftigten leiten oder denen aufgrund ausdrücklicher Anordnung mindestens fünf Ärzte unterstellt sind, erhalten für die Dauer der Anordnung eine Funktionszulage von monatlich 250,- €<sup>25</sup> Ärzte mit Leitungsfunktion können somit ein Entgelt erreichen, das bis 420,00 € über dem höchstmöglichen Entgelt sonstiger Akademiker (mit Leitungsfunktion) liegt. Dieser Gehaltsvorteil wird weiterhin dadurch vergrößert, dass die ärztliche Leitungszulage als ständiger Entgeltbestandteil auch im Rahmen der Jahressonderzuwendung berücksichtigt wird.

Die Tatsache, dass Ärzte bereits nach BAT und in noch höherem Maße nach TVöD/TV-L im Vergleich zu anderen Akademikern des öffentlichen Dienstes bevorzugt werden und darüber hinaus lukrative Zuverdienstmöglichkeiten (siehe Punkte 13 bis 15) besitzen, die anderen Akademikern nicht in diesem Umfang zur Verfügung stehen, lässt Zweifel an der Notwendigkeit arzt spezifischer Tarifverträge aufkommen. Dies umso mehr als der speziellen Situation von Universitätsklinikärzten im TV-L dadurch Rechnung getragen wird, dass deren Vergütung und Arbeitsbedingungen separat (in der dortigen Anlage 5) abgehandelt werden.

## **7 Arbeitszeiten**

Der erstgenannte Autor hat an anderer Stelle (siehe DIW-Wochenberichte Nr. 34/2005 und Nr. 38/2005) gezeigt, dass Ärzte mehr arbeiten (Durchschnitt: 46-47 Stunden) als andere Akademiker im öffentlichen Dienst (Durchschnitt: 40-41 Stunden). Dies kommt insbesondere

---

<sup>25</sup> Liegen die Voraussetzungen für mehr als eine Zulage vor, wird nur die betragsmäßig höchste Zulage gezahlt.

in einem hohen Anteil langer (34% der Ärzte arbeiten mindestens 50 Stunden pro Woche) und sehr langer (21% der Ärzte arbeiten mindestens 60 Stunden pro Woche) Arbeitszeiten zum Ausdruck. Die entsprechenden Anteile bei den sonstigen Akademikern im öffentlichen Dienst liegen bei 10 bzw. 3,3%. Die über die tarifvertragliche Regelarbeitszeit hinausgehende Arbeitszeit wird vor allem in Form von Bereitschaftsdiensten geleistet. Auswertungen des Mikrozensus 2003 zeigen, dass über 75% der befragten vollzeitbeschäftigten Ärzte im öffentlichen Dienst ständig (2,8%), regelmäßig (34%) oder gelegentlich (38,7%) zwischen 23 Uhr und 6 Uhr arbeiten.<sup>26</sup>

In vielen Krankenhäusern werden 24-Stunden-Dienste geleistet. Diese Dienste sind in der Regel so aufgebaut, dass sich an einen normalen Arbeitstag mit 8 Stunden Arbeitszeit ein 16-stündiger Bereitschaftsdienst anschließt, wobei die tatsächliche Arbeitsbelastung innerhalb eines solchen Dienstes maximal 49% betragen darf. In hochfrequentierten Häusern kommen Ärzte während eines solchen Dienstes häufig nur für kurze Zeit oder überhaupt nicht zum Ruhen, so dass während solcher Dienste häufig eine Übermüdung einsetzt. Dies stellt ein gesundheitliches Risiko für den Patienten aber auch für den Arzt dar. Die Umsetzung der EU-Richtlinie 2003/88/EG zu den ärztlichen Bereitschaftsdiensten - wonach ein Bereitschaftsdienst arbeitsschutzrechtlich in vollem Umfang als Arbeitszeit zu werten ist und die durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche in einem Ausgleichszeitraum von vier Monaten 48 Stunden (einschließlich Überstunden) nicht überschreiten darf - im Rahmen des neuen zum 1.1.2004 in Kraft getretenen deutschen Arbeitszeitgesetzes könnte dieses Problem mildern.

Eine Umsetzung der Regelungen des Arbeitszeitgesetzes im TVöD ist zum 1. Januar 2006 erfolgt. Damit dürfen nach TVöD Bereitschafts- und Rufbereitschaftsdienste in folgendem Umfang angeordnet werden:

- In einem sog. Grundmodell, das unmittelbar auf tarifvertraglicher Grundlage Anwendung findet, kann die tägliche Höchstarbeitszeit unter Einschluss von bis zu 8stündiger Vollarbeitszeit auf bis zu 13 Stunden (bei Bereitschaftsdiensten der Stufen C und D) bzw. auf bis zu 16 Stunden (bei Bereitschaftsdiensten der Stufen A und B) ausgedehnt werden.

---

<sup>26</sup> Der von den statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit 1957 jährlich durchgeführte Mikrozensus bildet eine zentrale Grundlage der amtlichen Statistik in Deutschland. Er ist ein sehr umfangreicher Individualdatensatz - derzeit der größte seiner Art in Europa -, an dem jährlich 1% aller Haushalte in Deutschland beteiligt sind. In absoluten Zahlen ausgedrückt umfasst der Mikrozensus rund 820.000 Personen aus 370.000 Haushalten. Die der Wissenschaft zugängliche Version des Mikrozensus - der *Scientific Use File* - ist eine 70%-Unterstichprobe des Gesamtdatensatzes und bezieht derzeit etwa 500.000 Personen ein. Dieser Datenumfang gewährleistet repräsentative Aussagen selbst für sehr spezielle Untergruppen des Arbeitsmarktes, wie z.B. voll-

- Durch das Öffnungsmodell, das der Umsetzung durch eine Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung bedarf, kann die tägliche Höchstarbeitszeit unter Einschluss einer bis zu 10stündigen Vollarbeitszeit auf bis zu 24 Stunden ausgedehnt werden. Im Anschluss an eine 24stündige Bereitschaftsdienstperiode muss aber zwingend eine Ruhezeit von 11 Stunden gewährt werden.

In der Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung ist zu regeln, dass alternative Arbeitszeitmodelle geprüft, eine Belastungsanalyse durchgeführt und sich ggf. daraus ergebende Maßnahmen zur Erhaltung des Gesundheitszustands getroffen werden.

- Der TVöD ermöglicht ferner den Abschluss einer Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung unter den zuvor genannten Voraussetzungen, wonach die wöchentliche Höchstarbeitszeit auf bis zu 54 Stunden bei Bereitschaftsdiensten der Stufen C und D und 58 Stunden bei Bereitschaftsdiensten der Stufen A und B ausgedehnt wird. Die Verlängerung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit bedarf ferner der Zustimmung des Arbeitnehmers, die dieser mit sechsmonatiger Frist jederzeit widerrufen kann.

Nach TV-L gelten ähnliche Regelungen. Ein bedeutender Unterschied besteht jedoch darin, dass die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit durch weiteren landesbezirklichen Tarifvertrag bis auf 66 Stunden ausgedehnt werden kann.

Durch die neuen Regelungen wird dem Gesundheitsschutz von Ärzten in höherem Maße als bisher Rechnung getragen. Dennoch sind weiterhin 24-Stunden-Dienste und an Universitätskliniken sogar Arbeitszeiten von mehr als 60 Stunden pro Woche (unter Einbeziehung von Bereitschaftsdienst) möglich. Beide Extrembelastungen sollten, wenn dies kurzfristig aufgrund budgetärer Beschränkungen nicht möglich ist, im Interesse von Ärzten und Patienten zumindest mittelfristig vollständig beseitigt werden. Bei der Umsetzung dieses Vorhabens sind neben der Krankenhausverwaltung insbesondere auch die Chefarzte und ggf. der Gesetzgeber in der Pflicht.

## **8 Dokumentationspflichten**

Ohne, dass hierzu repräsentative statistische Daten vorliegen, ist bekannt, dass von Krankenhausärzten heute in viel erheblicherem Umfang als noch vor 10 Jahren Dokumentationsarbeiten zu verrichten sind. Dabei geht es in erster Linie um Diagnosekodierungen aber auch um etliche andere von Gesetzgeber und Krankenkassen nachgefragte Informationen. Einerseits ist

---

zeitbeschäftigte Ärzte im öffentlichen Dienst. Im Mikrozensus 2003 sind bspw. 640 vollzeitbeschäftigte Ärzte des öffentlichen Dienstes enthalten.

eine angemessene Dokumentation der Tätigkeiten des medizinischen Personals und des Zustandes der Patienten eine Bedingung für die Qualitätssicherung und -verbesserung der medizinischen Behandlung sowie für die Implementierung moderner Kostenrechnungssysteme, die gerade vor dem Hintergrund der misslichen finanziellen Lage vieler kommunaler Krankenhäuser notwendig sind. Andererseits bleibt Ärzten durch die Dokumentationsarbeit weniger Zeit für ihre Hauptaufgabe - die Patientenversorgung. Ein Lösungsansatz bestünde im Einsatz hauptamtlicher Dokumentationsassistenten. Letztere werden die Dokumentationsaufgaben eines Arztes jedoch nicht im vollen Umfang übernehmen können.

## **Arbeitsmarktchancen und -risiken**

### **9 Faktische Vollbeschäftigung**

Ärzte sehen sich auch in Zeiten der Massen- und Akademikerarbeitslosigkeit einem geringen Arbeitslosigkeitsrisiko ausgesetzt. Berechnungen auf Basis des Mikrozensus 2003 ergeben eine Erwerbslosenquote<sup>27</sup> für Absolventen des Studienganges Humanmedizin von 2,5%. Damit nehmen die Humanmediziner unter allen Hochschulabsolventen eine Spitzenposition ein. Niedrigere Arbeitslosenquoten besitzen lediglich Lehramtsabsolventen. Andere Fachrichtungen wie z.B. Juristen (3,0%), Biologen (5,3%), Wirtschaftswissenschaftler (5,3%), Ingenieure (5,5%), Chemiker (5,7%), Wirtschaftsingenieure (8,7), Sozialwissenschaftler (8,8), Pharmazeuten (10,6) sowie Architekten und Städteplaner (10,8) sehen sich einem höheren Arbeitslosigkeitsrisiko ausgesetzt.

Die Erwerbslosenquote von Humanmedizinerinnen in Höhe von 2,5% setzt sich nach Geschlechtern aus einer Quote von 1,9% bei Männern und 3,1% bei Frauen zusammen. Beurteilt man diese niedrige Quoten unter dem Aspekt, dass es in (Ost-)Deutschland Gebiete mit Ärztemangel und offenen Stellen für Klinikärzte gibt, könnte durch eine entsprechende Mobilitätsbereitschaft ein Absinken der Quoten erreicht werden, so dass für Absolventen des Studienganges Humanmedizin von faktischer Vollbeschäftigung ausgegangen werden kann.

---

<sup>27</sup> Die hier verwendete Erwerbslosenquote ist definiert als „Erwerbslose/(Erwerbstätige + Erwerbslose) x 100“, wobei Erwerbslosigkeit den Zustand beschreibt, dass eine Person nicht erwerbstätig ist und innerhalb der letzten 4 Wochen Arbeit gesucht hat.

## 10      **Prekäre Beschäftigungsverhältnisse**

Trotz der faktischen Vollbeschäftigung von Humanmedizinerinnen handelt es sich bei den meisten Ärztstellen im öffentlichen Dienst um prekäre Beschäftigungsverhältnisse. Dem Mikrozensus 2003 lässt sich entnehmen, dass 42,5% (78,4%) der vollzeitbeschäftigten Ärzte (unter 35 Jahren) im öffentlichen Dienst befristete Arbeitsverträge haben. Dem stehen lediglich 11,9% (38,9%) befristete Arbeitsverhältnisse der sonstigen Akademiker im öffentlichen Dienst gegenüber, was seine Ursache u.a. darin hat, dass 59% (44,6%) der sonstigen Akademiker (unter 35 Jahren) Beamte sind, während die Beamtenquote bei Ärzten mit 7,0% (3,6%) sehr viel niedriger ist. Während kommunale Häuser für Assistenzärzte längere Befristungsdauern anbieten und Fachärzte häufig unbefristet beschäftigt sind, stellen befristete Verträge an Universitätskliniken inzwischen auch für Fachärzte (inklusive solcher mit Oberarztfunktion) die Regel dar. Besonders kurz laufende Verträge (mit einer Befristungsdauer von teilweise nur 3 Monaten) existieren z.B. an baden-württembergischen Universitätskliniken und können dem betroffenen Arzt keine ausreichende Planungssicherheit gewährleisten.

## 11      **Möglichkeit der Niederlassung und des Wechsels in die Privatwirtschaft**

Krankenhausärzte haben nach Vollendung ihrer Facharztausbildung die Möglichkeit sich als Freiberufler niederzulassen. Das BMG (2006)<sup>28</sup> zeigt, dass die Ärztegehälter im niedergelassenen Bereich im Durchschnitt - bei allerdings deutlicher Variation nach Versorgungsbereich (Haus-/Facharzt), Fachgebiet und Standort - über den Verdienstmöglichkeiten an öffentlichen Krankenhäusern liegen. So ergibt sich nach Abzug aller Praxiskosten im Westen über alle Fachgebiete hinweg ein durchschnittlicher Überschuss je Arzt von 84.976 Euro, im Osten von 78.268 Euro. Diesen Angaben müssen zur Errechnung des Bruttoeinkommens noch Einnahmen aus der Privatliquidation, die im Westen je nach Fachgebiet zwischen 16 und 33% und im Osten zwischen 7 und 30% des vertragsärztlichen Umsatzes betragen, hinzugerechnet werden. So ergibt sich z.B. für Internisten in den alten Bundesländern ein durchschnittliches Bruttoeinkommen inklusive Privatliquidation von 137.016,- € (neue Länder: 116.869,- €). Während die Internisten die höchsten Einkommen beziehen, müssen sich die ostdeutschen Hautärzte auf der anderen Seite der Verteilung mit einem Gesamtbruttoeinkommen von 62.892,- € begnügen.<sup>29</sup> Ein europäischer Vergleich der Hausarzteinkommen zeigt ferner, dass

---

<sup>28</sup> Siehe Bundesministeriums für Gesundheit (BMG 2006): „Zahlen und Situation der Ärzteschaft“.

<sup>29</sup> Bei einem Vergleich der Bruttoeinkommen von niedergelassenen Ärzten, die Freiberufler sind, mit Klinikärzten muss beachtet werden, dass erstere für ihre Altersversorgung in vollem Umfang selbst aufkommen müssen.



man sich im Mittelfeld und nicht etwa am unteren Ende der Einkommensskala in Westeuropa befindet. Neben der klassischen Alternative zu einer Tätigkeit als Krankenhausarzt (nach Angaben des BMG waren 2004 133.365 der 306.435 in Deutschland berufstätigen Ärzte im ambulanten Bereich tätig, 146.357 Ärzte waren im stationären Bereich beschäftigt) tun sich für Ärzte in jüngerer Zeit - nicht zuletzt durch die voranschreitende Public-Health-Orientierung der deutschen Gesellschaft -<sup>30</sup> verstärkt lukrative Betätigungsfelder in der Privatwirtschaft - so z.B. bei Pharmaunternehmen und Unternehmensberatungen - auf.

## **12 Leichter Zugang zu internationalen Arbeitsmärkten**

Mobile Ärzte können die internationale Homogenität medizinischer Dienstleistungen dazu nutzen, sich zumindest temporär in Ländern mit höheren Einkommenschancen niederzulassen. Beliebte Auslandsziele für deutsche Krankenhausärzte stellen zurzeit die Schweiz, Großbritannien, die Niederlande, Norwegen, Schweden, Frankreich und Spanien dar. Eine Forderung der Anpassung deutscher Ärztegehälter im öffentlichen Dienst an europäische Spitzenniveaus kann dabei nicht losgelöst von der Ausgestaltung und Leistungsfähigkeit der jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme betrachtet werden. So gilt das Niveau der medizinischen Versorgung in Deutschland (immer noch) als international führend, was nicht zuletzt in einer hohen Ärztedichte zum Ausdruck kommt.<sup>31</sup>

Die Punkte 9 bis 12 resümierend ist festzuhalten, dass für Humanmedizinstudenten und junge Ärzte die Arbeitsmarktchancen bei weitem die Arbeitsmarktrisiken übersteigen. So gehören Ärzte zu den wenigen Berufsgruppen, die als Globalisierungsgewinner betrachtet werden können, da sie aufgrund ihrer deutschen Ausbildung international einsetzbar sind und damit bestehende Lohndifferentiale ausnutzen können. Gleichzeitig stellt sich der heimische Arbeitsmarkt für Ärzte auch außerhalb des klassischen Aufgabenfeldes zunehmend attraktiv dar, was auch in annähernder Vollbeschäftigung zum Ausdruck kommt. Unerfreulich, unnötig und leicht zu beheben sind allerdings unzumutbar kurze Befristungszeiten, für die jedoch nicht selten Vertreter des eigenen Berufsstandes - nämlich Chefärzte - die Verantwortung tragen.

---

<sup>30</sup> Public Health ist die Wissenschaft und Praxis von Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung, Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheitsförderung.

<sup>31</sup> Laut BMG (2006) ist die Ärztedichte in Deutschland mit einem berufstätigen Arzt je 269 Einwohnern fast doppelt so hoch wie in Großbritannien (515). Andererseits haben Italien (159), Griechenland (220), Spanien (227), Tschechien (234), Belgien (244) und Österreich (247) höhere Ärztedichten.

## **Zusatzverdienstmöglichkeiten**

### **13 Bereitschaftsdienste/Rufbereitschaften/Überstunden**

Bereitschaftsdienste und Rufbereitschaftsdienste sind ein Phänomen, das Berufe mit sich bringen, deren Einsatzbereitschaft rund um die Uhr notwendig ist. Neben Ärzten sind z.B. auch Polizisten, Feuerwehrleute und Pflegepersonal von solchen Diensten betroffen.

Bereitschaftsdienste sind aber auch eine Chance zur Einkommenssteigerung. Nach Zahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) erhält ein Assistenzarzt durchschnittlich ca. 600,00 €/Monat Bereitschaftsdienstvergütung, ein Facharzt durchschnittlich ca. 300,00 €/Monat Bereitschaftsdienstvergütung und ca. 400,00 €/Monat Rufbereitschaftsdienstvergütung und ein Oberarzt durchschnittlich ca. 780,00 €/Monat Rufbereitschaftsdienstvergütung zusätzlich zu seinem monatlichen Tabellenentgelt.

Auch Überstunden stellen eine Zusatzbelastung mit gleichzeitiger Zusatzverdienstmöglichkeit dar, sofern die Dokumentation und die Vergütung korrekt erfolgen. Hier sollte auch - wie bereits oben erwähnt - ins Kalkül gezogen werden, dass in den meisten anderen Berufen des öffentlichen Dienstes keine Möglichkeit besteht, das Einkommen durch Mehrarbeit - sei es in Form von Bereitschaftsdiensten oder Überstunden - zu vergrößern.

### **14 Poolbeteiligungen**

Krankenhausärzte werden häufig nach Abschluss ihrer Facharztausbildung an den Einnahmen der zur Privatliquidation berechtigten Chef- und Oberärzte ihrer Abteilung beteiligt. Diese Poolgelder variieren stark nach Art und Lage des Krankenhauses, nach Fachrichtung der Abteilung, Großzügigkeit der zur Privatliquidation berechtigten Ärzte sowie Leistung und Funktion der potentiellen Beteiligungsempfänger. Als grober Anhaltspunkt kann festgehalten werden, dass Oberärzte höhere Zahlungen erhalten als Fachärzte und letztere stärker an den Poolgeldern partizipieren als Assistenzärzte. Während die jährlichen Poolgelder von Assistenz- und Fachärzten häufig gering sind (<1.000 €), erzielen Oberärzte Beträge, die bis in den niedrigen fünfstelligen Eurobereich reichen.

### **15 Notarztstätigkeiten/Vertretung niedergelassener Kollegen/Medizinische Gutachten**

Notarztstätigkeiten - sofern sie nicht vom Arbeitgeber angeordnet sind - sind rein freiwillige vom Arbeitgeber zu genehmigende Aktivitäten von Ärzten auf freiberuflicher Basis und spie-

len sich alleine in deren Freizeit (häufig in der Nacht und an Wochenenden) ab. Insofern könnte man argumentieren, dass derartige Zusatzverdienstmöglichkeiten auch jeder anderen im öffentlichen Dienst beschäftigten Berufsgruppe zur Verfügung stehen. So könnten Lehrer z.B. private Nachhilfestunden anbieten oder Polizisten - das Einverständnis des Dienstherrn vorausgesetzt - bei privaten Sicherheitsfirmen anheuern. Dennoch stellen Notarztstätigkeiten auch im Vergleich zu den privaten Zusatzverdienstmöglichkeiten anderer Berufsgruppen ein besonders attraktives Betätigungsfeld dar, da neben der maximalen inhaltlichen Nähe zur regulären Beschäftigung im Krankenhaus teilweise eine Berechtigung des Notarztes zur Privatliquidation besteht. Nicht zuletzt deshalb erfreuen sich Notarztstätigkeiten einer großen Beliebtheit, weisen aber aufgrund der hohen Nachfrage auch nur eine begrenzte Zugänglichkeit auf. Das für Notarztstätigkeiten Gesagte gilt weitgehend auch für Fälle, in denen Krankenhausärzte Praxisvertretungen für niedergelassene Kollegen übernehmen. Auch die Erstellung von medizinischen Gutachten für Versicherungen, Gerichte und andere Auftraggeber stellt für Ärzte eine (zumeist) freiwillige Zusatzverdienstmöglichkeit dar.

## **16 Auslandseinsätze**

Länder, die wie Großbritannien oder Irland unter Ärztemangel leiden, bieten vor allem deutschen Ärzten in neuerer Zeit sehr gute Chancen, im Rahmen von Wochenend- oder anderen Kurzeinsätzen eine signifikante Aufbesserung ihres Gehaltes zu realisieren. Hier profitieren deutsche Ärzte (wie bereits unter Punkt 12 erwähnt) von der internationalen Einsetzbarkeit und Reputation ihrer Ausbildung. Der Tagesspiegel (vom 15.8.2005) berichtet, dass ein in Großbritannien geleisteter Wochenenddienst einer Verdoppelung des deutschen Monatsgehaltes gleichkommen kann. Zur Vermeidung voreiliger Rückschlüsse auf das internationale Lohnniveau für Krankenhausärzte muss jedoch beachtet werden, dass eine solche Entlohnung nicht dem normalen britischen Gehaltsgefüge entspricht, sondern nur deshalb realisiert werden kann/muss, weil nicht genug einheimische Ärzte verfügbar sind.<sup>32</sup>

Die Punkte 13 bis 16 zeigen, dass Ärzte besser als viele andere Berufsgruppen dazu in der Lage sind, sowohl innerhalb ihres eigentlichen öffentlichen Anstellungsverhältnisses als auch außerhalb ihres Hauptjobs in ihrer Freizeit Zusatzverdienste zu realisieren.

---

<sup>32</sup> Dies ist der Fall, da britische Gesundheitsverwaltungen seit Kurzem nicht mehr das Recht haben, die für sie praktizierenden Hausärzte zu zwingen, Nacht- und Wochenenddienst zu leisten -, der Betrieb des staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS) aber rund um die Uhr aufrecht erhalten werden muss (siehe hierzu auch Deutsches Ärzteblatt vom 12.8.2005).

## **Geldwerte Vor- und Nachteile**

### **17 Weiterbildung**

Alle Ärzte haben die Pflicht, sich auch nach dem Studium weiterzubilden. Bis vor einigen Jahren war jeder Arzt für seine Fortbildung selbst verantwortlich. Auch heute können Ärzte selbst entscheiden, auf welche Weise sie sich fortbilden möchten; allerdings ist dies nicht mehr ganz freiwillig: Jeder Arzt muss innerhalb von 5 Jahren 250 Fortbildungspunkte nachweisen. Ein Fortbildungspunkt entspricht in der Regel einer abgeschlossenen Fortbildungsstunde von 45 Minuten. Damit müssen im Jahr durchschnittlich 50 Fortbildungsstunden (à 45 Minuten) geleistet werden. Öffentliche Arbeitgeber stellen bisher keinen ausreichenden zeitlichen und finanziellen Rahmen für die Fortbildungsveranstaltungen zur Verfügung, so dass Ärzte diese zumeist in ihrer Freizeit (unter Aufwendung von Urlaubstagen) und auf eigene Kosten absolvieren müssen.

Da die Weiterbildungen von den Ärztekammern und nicht von den Arbeitgebern vorgeschrieben werden, wäre es unangemessen zu fordern, die Krankenhäuser mögen die finanzielle Last (Arbeitsausfall des Arztes durch Abwesenheit und Teilnahmegebühren) der Weiterbildungen übernehmen. Dennoch sollte das lebenslange Lernen seiner Ärzte auch im Sinne der Arbeitgeber/Krankenhäuser sein und sich deshalb in einem gewissen Entgegenkommen derselben niederschlagen. Denkbar erscheint auch eine anteilige Überwälzung der Weiterbildungskosten auf den Beitragszahler. So wären alle von ärztlichen Weiterbildungsmaßnahmen profitierenden Gruppen (Ärzte, Arbeitgeber, Patienten) an den betreffenden Kosten beteiligt.

### **18 Ärztespezifische Rentenversicherung**

Die Ärzte gehören (neben Apothekern, Architekten, Bauingenieuren, Rechtsanwälten und Steuerberatern, Künstlern an Bühnen und in Orchestern sowie Kaminkehrern und Schornsteinfegern) zu einem der privilegierten Berufsstände, der von einer berufsspezifischen Rentenversicherung profitiert und sich deshalb von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreien lassen kann. Aufgrund der erodierenden Beitragszahlerbasis und der zunehmenden Empfängerzahl ist der Zustand der umlagefinanzierten gesetzlichen Rentenversicherung in einem kritischen Zustand, so dass heute junge Berufstätige ohne private Altersvorsorge davon ausgehen müssen, im Alter gerade noch die Hälfte ihres bisherigen Net-

toeinkommens zur Verfügung zu haben.<sup>33</sup> Vor diesem Hintergrund ist die Pflichtmitgliedschaft in einer Ärzteversorgung ein kaum zu überschätzender Vorteil. Anders als die gesetzliche Rentenversicherung ist die Ärzteversorgung nicht nach dem Umlageverfahren, sondern nach dem Kapitaldeckungsverfahren organisiert und damit keiner Bestandsgefährdung ausgesetzt. Außerdem ist die Ärzteversorgung nicht durch versicherungsfremde Leistungen belastet.

## **19 Private Krankenversicherung**

Der Eintritt in eine private Krankenversicherung ist - sofern die Beitragsbemessungsgrenze überschritten wird - für Ärzte besonders attraktiv, da private Krankenversicherungsträger vergünstigte Tarife für Ärzte anbieten. Dies ist der Fall, weil Ärzte im Vergleich zur sonstigen Bevölkerung bewusster und deshalb in geringerem Umfang kostenpflichtige medizinische Behandlungen in Anspruch nehmen. Dies kann wiederum daran liegen, dass Ärzte zum einen ob ihres Sachverstandes eine bessere Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes vornehmen können als Nicht-Mediziner und zum anderen genauer mit den Gefahren gesundheitsschädlichen Verhaltens vertraut sind und dieses deshalb mit einer höheren Wahrscheinlichkeit vermeiden als medizinische Laien. Neben den günstigeren Versicherungstarifen bringt ein geringerer Umfang kostenpflichtiger Behandlungen auch den Vorteil mit sich, dass Beitragsrückerstattungen wahrscheinlicher und höhere Eigenbeteiligungen (im Zusammenhang mit zusätzlichen Tarifierduktionen) lukrativ werden.

## **20 Begehrtes und teures Studium**

Humanmedizin ist mit 5,3 Bewerbern pro Studienplatz im Jahre 2005 (siehe BMG 2006) nicht nur einer der begehrtesten Studiengänge in Deutschland, sondern auch das mit großem Abstand teuerste Hochschulstudium in der Republik. Gemäß eines Berichtes des Instituts der deutschen Wirtschaft (iwd, Nr. 4 vom 22. Januar 1998) kostete es den Steuerzahler im Jahre 1995 je Student ca. 35.200,- € Agrar-, Forst- und Ernährungswissenschaften folgen mit 15.100,- € weit abgeschlagen auf dem zweiten Platz und ein Studium der Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften kostete nur ca. 2000,- € je Student und Jahr.<sup>34</sup> Geht man von einer Regelstudienzeit von 12 Semestern, einer Inflationsrate von 2% und ansonsten konstanten Ausbildungskosten aus, dann betragen die Kosten eines Medizinstudiums heute

---

<sup>33</sup> Siehe Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung Nr. 10 vom 12. März 2006.

<sup>34</sup> Angaben abzüglich Verwaltungseinnahmen, Drittmitteln und Klinikeinnahmen.

ca. 257.500,- € Die absolut und relativ hohen Kosten, die dem Steuerzahler durch ein Medizinstudium entstehen, sind bei der Beurteilung der Angemessenheit der Entlohnung junger Krankenhausärzte in Betracht zu ziehen - dies insbesondere deshalb, weil sich Assistenzärzte weiterhin in der Ausbildung (zum Facharzt) befinden. Überdies muss bei internationalen Vergleichen der Klinikärztegehälter in Betracht gezogen werden, dass in Deutschland bislang keine regulären Studiengebühren existieren; lediglich Langzeitstudenten und/oder Studenten im Zweitstudium müssen in manchen Bundesländern moderate Studiengebühren entrichten. In Großbritannien betragen die jährlichen Studiengebühren für Inländer im Erststudium im Jahr 2000 bis zu 28.000,- € in den USA bis zu 22.500 € in Frankreich bis zu 6.900,- € in Spanien bis zu 3.600,- € und in der Schweiz bis 2.700,- € (siehe Institut der deutschen Wirtschaft). Die höheren Gehälter an öffentlichen Kliniken in den vorgenannten Länder stellen somit auch eine Kompensation für Studiengebühren dar.

Die Diskussion der geldwerten Vor- und Nachteile einer Mediziner Ausbildung zeigt, dass der Arztberuf erhebliche verdeckte finanzielle Vorteile bietet, die sich von der vollständigen Finanzierung des ca. eine viertel Million € teuren Studiums durch den Steuerzahler, über Rentensicherheit bis zur (nicht unberechtigten) privilegierten Behandlung in der Krankenversicherung erstrecken und die geldwerten Nachteile (z.B. aus der Weiterbildungspflicht) wahrscheinlich übersteigen.

## Fazit und Ausblick

Die Tarifparteien, die derzeit über das künftige Einkommens- und Arbeitszeitgefüge der deutschen Ärzte im öffentlichen Dienst verhandeln, müssen im Interesse des Patienten, der mit seinen Steuer- und Sozialversicherungsabgaben gleichzeitig Financier des Gesundheitssystems ist und damit einen Anspruch auf bestmögliche medizinische Versorgung erwirbt, so schnell wie möglich zu einer Einigung gelangen. Es ist nicht länger hinnehmbar, dass dringend notwendige stationäre und ambulante Behandlungen Ärztestreiks zum Opfer fallen. Insbesondere dürfen sich die Streiks auf keinen Fall auf die kommunalen Krankenhäuser ausdehnen, da diese hierzulande das Rückgrat der stationären Patientenversorgung darstellen und derzeit maßgeblich zur Kompensation der Kapazitätsausfälle von Unikliniken beitragen. Wie den voranstehenden Ausführungen zu entnehmen ist, wäre eine Bestreikung der kommunalen Krankenhäuser an denen gegenwärtig im Durchschnitt signifikant höhere Gehälter gezahlt werden und bessere Arbeitsbedingungen herrschen als an Universitätskliniken, auch nicht gerechtfertigt.

Ärzte sind Leistungsträger unserer Gesellschaft und müssen als solche auch innerhalb eines gewollt umfassend staatlich regulierten Gesundheitssystems angemessen bezahlt werden. Weniger als an absoluten Kriterien muss sich diese Angemessenheit an relativen Kriterien - sprich dem Gehaltsgefüge innerhalb des gesamten öffentlichen Dienstes - ausrichten. So konnte gezeigt werden, dass Ärzte in Termini ihres Bruttoeinkommens traditionell eine herausgehobene Stellung einnehmen. Diese Position wurde durch die Einführung des TVöD im Bereich der kommunalen Arbeitgeber/Krankenhäuser weiter gestärkt und mit dem Angebot für einen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) der Tarifgemeinschaft deutscher Länder an ver.di vom 19. Mai diesen Jahres auch auf Landesebene nachvollzogen. Mit TVöD / TV-L sind Ärzte die am besten verdienende Berufsgruppe innerhalb des öffentlichen Dienstes der Bundesrepublik Deutschland. Werden diese Einkommen noch immer als zu niedrig eingestuft, dann ist dies zwar interessenspolitisch nachvollziehbar, entbehrt aber einer realistischen Einschätzung des - vor dem Hintergrund knapper öffentlicher Ressourcen und zunehmender struktureller Probleme der sozialen Sicherungssysteme - Machbaren.

Indem der Staat - trotz der immensen Kosten - weiterhin die Möglichkeit zu einem studiengebührenfreien Humanmedizinstudium einräumt, eröffnet er den Absolventen dieses Studiengangs hervorragende Arbeitsmarktchancen, die sich nicht nur in der inländischen Abwesenheit von (berufsspezifischer) Arbeitslosigkeit äußern. Mehr noch hat sich der Einsatzbereich von Ärz-

ten im Zuge der gesellschaftlichen Prioritätenbildung verbreitert (Public Health Strömung) und es haben sich auch die internationalen Arbeitsmärkte für deutsche Ärzte geöffnet, was sie zu Globalisierungsgewinnern macht. Daneben besitzen Ärzte nach wie vor hervorragende Zusatzverdienstmöglichkeiten, die sie unter Nutzung ihrer Basisqualifikation und dem Einsatz von Freizeit realisieren können. Zudem wurde herausgearbeitet, dass die geldwerten Vorteile des Arztberufes erheblich sind.

Wenngleich die Gehaltsforderungen des Marburger Bundes überzogen erscheinen, so weisen andere der eingangs aufgeführten Forderungen auf bestehende Missstände hin, die es im Interesse der Ärzte - teils auch im Interesse der Patienten - zu beseitigen gilt. Hierzu gehört in erster Linie die Abschaffung überlanger Arbeitszeiten die auch bei momentaner Ausgestaltung des TVöD/TV-L weiterhin möglich sind, und von denen die Gefahr ausgeht, von übermüdeten Ärzten behandelt zu werden. Hier muss aber beachtet werden, dass lange Dienstzeiten nicht nur von vielen Krankenhäusern (weniger Ärzte, die länger arbeiten sind weniger kostenintensiv als mehr Ärzte, die kürzer arbeiten), sondern auch von vielen Ärzten (aufgrund der Zusatzverdienstmöglichkeit) gewünscht werden. Hier wäre folglich der Gesetzgeber aufgefordert entsprechende Anpassungen am Arbeitszeitgesetz vorzunehmen. Weiterhin sollte es selbstverständlich sein, dass sämtliche der in der Patientenversorgung geleisteten Arbeitsstunden auch vergütet werden und die Befristungsdauern der Arbeitsverträge so großzügig gewählt werden, dass sie eine vernünftige Lebensplanung zulassen. Schließlich ist es nicht gerecht, wenn der Löwenanteil der aus obligatorischen Weiterbildungsmaßnahmen entstehenden Kosten bei dem betreffenden Arzt anfallen.

Ziel dieses Aufsatzes war eine möglichst umfassende und neutrale Darstellung der Gehaltssituation, der Arbeitsbedingungen aber auch der sonstigen - in den bisherigen Diskussionen weitgehend unbeachteten - beruflichen Verhältnisse von Ärzten im öffentlichen Dienst. Wünschenswert wäre, dass die vorgenannten 20 Punkte direkt von den Tarifparteien aufgenommen und in künftigen Verhandlungen konstruktiv genutzt würden. Da diese Hoffnung vor dem Hintergrund weitgehend verhärteter Fronten - insbesondere zwischen dem Marburger Bund und der TdL - zu optimistisch erscheint, mag die vorliegende Arbeit zumindest zu einer besseren Information der breiten Öffentlichkeit beitragen.



ISSN: 1438-2733