

Ärztliche Vergütung im europäischen Vergleich

Mit Protestaktionen bringen Ärztinnen und Ärzte ihren Ärger über schlechter werdende Arbeitsbedingungen und beabsichtigte, zum Teil schon vollzogene Vergütungskürzungen zum Ausdruck. Das Land Hessen ist aus der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) ausgetreten, Universitätskliniken wurden rechtlich verselbständigt und entziehen sich so der Tarifbindung. Die TdL will Arbeitszeitverlängerungen bei gleichzeitiger Streichung des Weihnachts- und Urlaubsgeldes durchsetzen und war an den Tarifverhandlungen zum TVöD nicht mehr beteiligt. Der MB, die Standvertretung der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte, will sich nicht länger durch ver.di bei Tarifverhandlungen im öffentlichen Dienst vertreten lassen und hat die diesbezügliche Verhandlungsvollmacht widerrufen.

In dieser Situation haben Universitätsmediziner/-innen die Forderung nach Vergütungserhöhungen von 30% erhoben und dies damit begründet, dass ärztliches Personal in Deutschland wesentlich schlechter bezahlt würde als in vergleichbaren europäischen Ländern. Der Marburger Bund hat sich die Forderung zu eigen gemacht und fordert eine Anhebung der Vergütung auf »westeuropäisches Niveau« (in Hamburg) oder ein »international konkurrenzfähiges Ärztegehalt, d.h. 30 Prozent mehr« (in Sachsen). Die Forderung »BAT + 30% sofort« wurde von der 108. MB-Hauptversammlung am 10.9.2005 beschlossen und jetzt auch vom MB-Bundesverband gegenüber der TdL erhoben.

Ausgangspunkt des internationalen Vergleichs und der daraus resultierenden Forderungen ist eine Studie, die im Vereinigten Königreich vom Department of Health in

Auftrag gegeben und von einer englischen Beratungsfirma, der »National Economic Research Associates (n/e/r/a) – Economic Consultants« erstellt und mit Datum vom 7. Mai 2004 in London veröffentlicht wurde (www.nera.com). Die Studie trägt den Titel »Comparing Physician's Earnings: Current Knowledge and Challenges«. Die Daten für Deutschland hat der Marburger Bund geliefert.

Während er in seiner Kritik am TVöD als Berufsanfänger einen 33-jährigen verheirateten Arzt mit zwei Kindern annimmt und dessen Benachteiligung im Verhältnis zu BAT-Regelungen nachzuweisen versucht, hat er für diese Studie als niedrigstes Jahreseinkommen im öffentlichen Dienst 35.178 Euro und als höchstes Einkommen 57.083 Euro bezogen auf das Jahr 2003 angegeben. Soweit sich die Angaben nachvollziehen lassen, handelt es sich bei dem niedrigen Einkommen um einen 25-jährigen ledigen Arzt, der weder Weihnachtsgeld noch Urlaubsgeld bekommt sowie keine Überstunden und Bereitschaftsdienste zu leisten hat. Dem höchstverdienenden 47-jährigen, immer noch ledigen Oberarzt in der Vergütungsgruppe I BAT wurde gar der Ortszuschlag (in Höhe von 554,14 Euro/Monat bei einem ledigen, 658,94 Euro/Monat bei einem Verheirateten und 1.191,62 Euro bei einem Verheirateten mit 6 Kindern) vorenthalten, denn die reine Grundvergütung lag in der Endstufe im Jahre 2003 bezogen auf 12 Monate bereits bei 58.477,32 Euro (Bund/Länder).

Es versteht sich, dass unser MB-Oberarzt weder Weihnachtsgeld noch Urlaubsgeld erhalten hat, trotz vorgeschrittenen Alters ein Jungesellendasein fristet und keinerlei

Bereitschaftsdienste oder Rufbereitschaften zu leisten hat.

Es wundert bei diesen Angaben also nicht, dass deutsche Ärztinnen und Ärzte bei diesem internationalen Vergleich nicht besonders gut abschneiden. Eine korrekte Angabe über das tarifliche Höchstekommen hätte für einen 47-jährigen Arzt (VG I BAT, verh., 2 Kinder) mit Weihnachts- und Urlaubsgeld und allgemeiner Zulage bei 74.095,91 Euro gelegen.

Da nach dem Einkommen gefragt war und nicht nach der tariflichen Grundvergütung, wäre die Vergütung bei Berücksichtigung der durchschnittlich anfallenden Überstunden, Bereitschafts- und Rufbereitschaftsdienste noch einmal um etwa 50% zu erhöhen.

Mit einem Jahreseinkommen von dann ca. 111.000 Euro hätte sich unser deutscher Spitzenverdiener einen der vorderen Plätze in der europäischen Liga noch vor Schweden (56.816), Spanien (67.785), Dänemark (73.236) und Italien (81.414) gesichert. Überflügelt wird er von seinen französischen (116.077), englischen (127.285) und niederländischen Kollegen (175.155).

Die Angaben sind in \$ PPPs vorgenommen, einer Einheit, die das Einkommen zur jeweiligen Kaufkraft des Landes (Purchasing Power Parities – PPPs) ins Verhältnis setzen soll (NERA-Report a.a.O. 2004, Table 1.1, S. 1). Das vom MB angegebene Höchstekommen von 57.083 Euro wird in der Tabelle mit 56.455 \$ PPPs berechnet.

Das relativ hohe Einkommen im Vereinigten Königreich wird zum Teil dadurch zu erklären sein, dass der Durchschnitt aus Diensträngen und Gehaltsstufen gebildet und Einkünfte aus der Privatpraxis einbezogen wurden. Auch bei anderen

Länderangaben ist die Bezugsgröße für »Earnings« nicht eindeutig definiert. Mal handelt es sich um Durchschnittswerte, mal um Schätzungen. Dem Projektteam, das die Studie erstellt hat, sind deren Unzulänglichkeiten bewusst. Nicht ohne Grund heißt es im Titel:

»Gegenwärtiges Wissen und Herausforderungen«, wobei die Herausforderungen wohl überwiegen.

Ungereimtheiten der Studie ergeben sich nicht nur aus möglicherweise fragwürdigen Angaben der befragten Verbände und Institutionen, sondern liegen in der Problematik internationaler Vergleiche, die methodisch ausgesprochen schwierig sind. So beziehen sich die der Studie zugrunde liegenden Daten auf unterschiedliche Bezugsjahre. Sie reichen von 1999 bis 2003. Es wurden unterschiedliche Einkommensarten erfasst. Bei einigen Ländern wurde das Gesamteinkommen, einschließlich variabler Vergütungsbestandteile (Überstunden, Bereitschaftsdienste, Zuschläge) bis hin zu Privatliquidationen erhoben, bei anderen, wie am Beispiel Deutschland gezeigt, wurde nur die tarifliche Grundvergütung berücksichtigt.

Darüber hinaus gibt es erhebliche Streubreiten nach Dienstgraden und bei den Fachdisziplinen und in einigen Ländern auch große regionale Unterschiede. Die Erfassung von durchschnittlichen Höchst- und Niedrigeinkommen kann die Problematik der Durchschnittsbildung nicht grundsätzlich lösen. Während in Spanien der ranghöchste Arzt gerade mal 35% mehr verdient als der niedrigste, verdienen im Vereinigten Königreich »consultants« dreimal soviel wie »junior doctors« (NERA-Report, S. 7). Da sagt der Durchschnitt relativ wenig über das reale Einkommen des einzelnen

Arztes aus. Es würde auch niemand auf die Idee kommen, dass durchschnittliche ärztliche Nettoeinkommen in Deutschland von 4.020 Euro mit dem Durchschnitt aller Erwerbstätigen von 1.769 Euro (Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 34/2005 v. 24.8.2005, S. 492) zu vergleichen, um daraus tarifpolitische Forderungen abzuleiten.

Heftige Kritik übt dann ausgeht der Marburger Bund an einer vergleichsweise soliden Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), das zu dem Ergebnis kommt »... dass sich die absolute und relative Einkommenssituation der jungen Ärzte im öffentlichen Dienst der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum von 1993 bis 2002 zwar relativ verschlechtert, diese sich jedoch für den gesamten Berufsstand gemäß dem gesamtgesellschaftlichen Durchschnitt entwickelt hat ... Der Arztberuf kann somit weiterhin als pekuniär attraktiv eingestuft werden« (DIW-Wochenbericht, S. 494). Für die festgestellten Einkommensverluste von 1993 bis 2002 kann die Tarifpolitik nur bedingt verantwortlich gemacht werden, weil sie sich auf das Nettoeinkommen beziehen. Dafür kann es vielfältige Ursachen geben, wie veränderte Steuern und Sozialabgaben. Im Hinblick auf den BAT kann auch ein früherer Berufseintritt oder ein durchschnittlich höheres Heiratsalter zu Veränderungen beim Einkommen geführt haben, ohne dass die Tarifvertragsparteien hierzu etwas beigetragen haben.

Das monatliche Nettoeinkommen selbst junger Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Dienst lag 2002 nach DIW-Angaben im Mittelwert (einschl. AiP) bei 2.009 Euro und damit knapp 300 Euro höher als die Einkommen anderer Akademi-

ker im öffentlichen Dienst. Bezogen auf alle Ärztinnen und Ärzte lag die Differenz bei etwa 500 Euro (ebenda S. 491). Durch die Abschaffung des AiP dürfte sich das Durchschnittseinkommen junger Ärztinnen und Ärzte noch deutlich verbessert haben.

Zu berücksichtigen sind auch die unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitssysteme, wenn etwa die fachärztliche Versorgung fast ausschließlich in Krankenhäusern erfolgt. Auch die unterschiedliche Aufgabenstellung von ärztlichem Personal und Differenzierungen in der Arbeitsteilung mit medizinisch-technischem und pflegerischem Personal dürften Auswirkungen auf die Vergütung haben. Nicht zuletzt bestimmt sich der Wert der Arbeitskraft auch über den Arbeitsmarkt und die gewerkschaftliche Durchsetzungskraft der betroffenen Beschäftigten. Für das Nettoeinkommen sind darüber hinaus die sehr unterschiedlichen Steuern und Sozialabgaben von Bedeutung, die ebenfalls Auswirkungen auf die jeweilige Höhe der Vergütungen haben dürften.

Ein eigenes Kapitel, das etwa die Hälfte der 25-seitigen NERA-Studie umfasst, ist dem Problem der Datensammlung und diesbezüglicher Hindernisse gewidmet. Die Angaben der beteiligten Verbände und Institutionen sind sauber dokumentiert und insoweit nachprüfbar. Am Ende des Reports wird auf seine Beschränkungen noch einmal ausdrücklich hingewiesen und dazu aufgerufen, die Ergebnisse mit Sorgfalt zu interpretieren.

Eine auf dieser Studie basierende Forderung nach einer Tarifierhöhung um 30% steht auf wackeligen Beinen. Auch wenn wir nicht genau wissen, wie sich die ärztlichen Gehälter im europäischen Vergleich darstellen, so lässt sich doch festhalten, dass der NERA-Report hierfür keine geeignete Datenbasis liefert.

Wenn Frank Montgomery dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) für die Erstellung weiterer Berichte die Hilfe und Unterstützung des Marburger Bundes anbietet, so lässt dies Schlimmes befürchten, sollte das DIW auf dieses Angebot zurückgreifen. Verbreitet er doch in diesem Schreiben die Mär, »dass der Stundenlohn eines jungen Arztes in Wirklichkeit unter dem der Putzfrau in der Klinik liegt« (Schreiben an den Präsidenten des DIW vom 26.8.2005, in dem er die DIW-Studie zu »Einkommen und Arbeitszeiten junger Klinikärzte in Deutschland« kritisiert). ■

Gerd Dielmann, ver.di Bundesverwaltung, FG Gesundheitsberufe