

Berlin, Januar 2006

Die Arbeitssituation deutscher Krankenhausärzte

Zahlen, Daten und Fakten zu Arbeitsbedingungen, Arbeitszeiten, Einkommen

Vom Traumjob zum Jobtrauma

Die Arbeitsbedingungen der 146.000 Krankenhausärzte haben sich in Deutschland in den vergangenen Jahren massiv verschlechtert. Überlange Arbeitszeiten, Kürzungen der Einkommen, kurzzeitig befristete Arbeitsverträge und explodierende Bürokratie sind nur die wichtigsten Ursachen, weshalb sich der Arztberuf vom Traumjob zum Jobtrauma gewandelt hat. Mittlerweile würde jeder dritte Krankenhausarzt seinen Beruf nicht mehr ergreifen. Immer mehr Ärzte flüchten in alternative Berufsfelder oder ins Ausland, wo geregelte Arbeitszeiten und bessere Bezahlung locken.

Der Medizinernachwuchs bleibt aus

Die Zahl der Medizinstudenten ist in der Zeit von 1993 (90.594) bis 2003 (78.478) um 13,4% gesunken. In selber Zeitspanne reduzierte sich auch die Zahl der Absolventen des Medizinstudiums deutlich von 11.555 auf 8.947 (-22,6%). Besonders gravierend wirken sich die Abbrecherquote während des Studiums und die hohe Zahl an Absolventen aus, die keine kurative Tätigkeit im Krankenhaus aufnimmt. Von 11.660 Erstsemestern des Jahres 1997 haben lediglich 8.947 (-23,3%) im Abschlussjahr 2003 ihr Medizinstudium absolviert. Von diesen 8.947 Absolventen haben jedoch nur 6.802 (- 24%) die Tätigkeit als Arzt im Praktikum in einem Krankenhaus aufgenommen¹. Die Verlustrate des Medizinernachwuchses beträgt somit insgesamt über 47%. Als Hauptgründe geben die jungen Mediziner die Theorielastigkeit der Ausbildung und insbesondere die katastrophalen Arbeitsbedingungen in den Kliniken an².

¹ Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2004

² Umfrage im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums unter 5.000 Medizinstudenten in 2005 (Ramboll-Gutachten).

Massive Arbeitsverdichtung

Krankenhausärzte haben in den vergangenen Jahren eine erhebliche Produktivitätssteigerung erbringen müssen. Insbesondere durch die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen und die stetige Erhöhung des Patientenaufkommens müssen in immer kürzerer Zeit immer mehr Fälle behandelt werden. In der Zeit von 1991 bis 2004 wurden 10,2 % der Krankenhäuser geschlossen (-245), 20,2% der Betten abgebaut und 2,2 Millionen mehr Patienten versorgt (+ 15,1%). Gleichzeitig sank die Verweildauer um 38% auf 8,7 Tage.³

Überlange Arbeitszeiten

Ärztinnen und Ärzte werden in deutschen Krankenhäusern mit katastrophalen Arbeitsbedingungen konfrontiert. Obwohl die Arbeitszeiten tarifvertraglich bei rund 40 Stunden in der Woche liegen, sieht die Arbeitsrealität mit bis zu 80 und mehr Wochenstunden ganz anders aus. Nach einer Erhebung des Marburger Bundes leisten die rund 146.000 stationär tätigen Ärzte jährlich rund 50 Millionen Überstunden im Wert von 1 Milliarde Euro, die überwiegend nicht vergütet werden. Die Ärzte der Berliner Charité beziffern ihre monatlich unvergütete Mehrarbeit auf 85.000 Stunden.⁴

Hinzu kommen oftmals unzählige Bereitschaftsdienste, die wegen der Überschreitung der gesetzlich zulässigen Höchstarbeitszeit illegal sind und offiziell gar nicht erfasst werden. Diese Tatsache erklärt, warum beispielsweise das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) bei Klinikärzten lediglich eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 46,3 Stunden angibt und somit geregelte Arbeitszeiten in Krankenhäusern suggeriert.⁵

Die Realität ist jedoch eine andere: In einer Umfrage unter 2.500 Krankenhausärzten beklagt jeder zweite die Nichteinhaltung des Arbeitszeitgesetzes, das eine tägliche Höchstarbeitszeit von zehn Stunden vorschreibt. 70 Prozent der Befragten werden nach einem Bereitschaftsdienst angehalten, einen weiteren Tagesdienst zu leisten.⁶ Entsprechende Überprüfungen von Krankenhäusern durch staatliche Aufsichtsbehörden kommen zu identischen Ergebnissen. Eine Untersuchung der Technischen Universität Berlin zeigt, dass über 60% der Berliner Krankenhausärzte mehr als 60 Stunden in der Woche arbeiten, obwohl die europäische Arbeitszeitrichtlinie eine wöchentliche Höchstarbeitszeit von

³ Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik 2004

⁴ Auskunft der Ärzteinitiative der Charité in 2005 (www.klinikaerzte.org)

⁵ Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Wochenbericht vom 24.08.2005

⁶ Umfrage des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München, 2005.

48 Stunden vorschreibt. Hinzu kommt, dass 74% der geleisteten Überstunden ohne zeitlichen und finanziellen Ausgleich bleiben.⁷

Ein weiteres schwerwiegendes Problem verursacht die jüngst vom Deutschen Bundestag erneut beschlossene Verlängerung der Übergangsfrist zur vollständigen Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und Anerkennung der Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit. Die Definition dieser Dienste als Ruhezeit erlaubt es Krankenhäusern, von Ärzten vor oder nach einem regulären Tagesdienst einen 16stündigen Bereitschaftsdienst zu verlangen.

Unzureichende Vergütung

Die Gehälter der Krankenhausärzte entsprechen nicht ihrer anspruchsvollen Ausbildung, der äußerst verantwortungsvollen Tätigkeit und den international üblichen Ärztteeinkommen. Selbst das bereits erwähnte ärztekritische Gutachten des Deutschen Institutes für Wirtschaftsforschung spricht in der Zeitspanne von 1993 bis 2002 von einem durchschnittlichen realen Nettoeinkommensverlust junger Klinikärzte in Höhe von 7,5%. Gleichzeitig hätten andere im öffentlichen Dienst beschäftigte Akademiker einen Lohnzuwachs von drei Prozent, die Gesamtheit aller Erwerbstätigen sogar einen Zuwachs von sechs Prozent zu verbuchen.⁸ Der reale Nettoeinkommensverlust der Krankenhausärzte gegenüber allen übrigen abhängig Beschäftigten beträgt somit kumulativ 13,5%.

Darüber hinaus mussten Ärzte jedoch noch weitere Gehaltskürzungen hinnehmen, die das DIW in seinem Bericht unberücksichtigt ließ. Zu erwähnen ist beispielsweise die einseitige Kündigung von Tarifverträgen zur Arbeitszeit sowie zum Weihnachts- und Urlaubsgeld durch Arbeitgeber. So wurde in vielen Bundesländern die wöchentliche Arbeitszeit der Universitätsärzte ohne Lohnausgleich auf bis zu 42 Stunden erhöht, gleichzeitig strich man ihnen das Urlaubsgeld komplett und reduzierte das Weihnachtsgeld auf rund 60%. Summiert man alle genannten Einkommensverluste der Klinikärzte, so wird die 30%-Marke überstiegen. Dieser Wert würde noch weiter ansteigen, wenn man einerseits die bereits erwähnte millionenfach unvergütete Mehrarbeit und andererseits die durch den neuen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) resultierenden Gehaltseinbußen hinzurechnen würde (dazu später mehr).

Einkommensvergleich mit anderen Berufen hinkt

In einer von bestimmten Politikern und Arbeitgebern initiierten hinlänglich bekannten Neiddebatte wird versucht, die Einkommensforderung der Klinikärzte als überzogen dar-

⁷ Studie der Technischen Universität Berlin, 2001.

⁸ Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, s.o.

zustellen, indem Vergleiche mit anderen Berufsgruppen angestellt werden. Allzu gerne verschweigen die Kritiker der Ärzteschaft jedoch, dass gerade Vergleiche des Arztberufes mit anderen Erwerbstätigen so gut wie gar nicht möglich sind, da es praktisch keine andere Akademikergruppe in Deutschland gibt, die wie Klinikärzte in einer der verantwortungsvollsten Tätigkeiten gegenüber Menschen Rufbereitschaft, Bereitschaftsdienste und millionenfach unvergütete Überstunden zu leisten hat.

Bruttostundenlohn: 11,80 Euro

Das DIW gibt den monatlichen Nettoverdienst eines jungen Klinikarztes mit 2.009 Euro an, pro Stunde sollen es netto 10,80 Euro sein. Abgesehen davon, dass die Berechnungsgrundlage nicht die unvergütete Mehrarbeit berücksichtigt, stellt sich schon die Frage, ob sich ein Klinikarzt nach einer aufwändigen Mediziner Ausbildung und angesichts der massiven Arbeitsbelastung sowie der äußerst verantwortungsvollen Tätigkeit, die oftmals über Leben und Tod von Menschen entscheidet, mit diesem Gehalt zufrieden geben soll.

Für eine empirisch haltbare Studie müssen jedoch bei der Berechnung der Ärzteteinkommen wenigstens die realen Arbeitsbedingungen mit unvergüteter Mehrarbeit berücksichtigt werden. Auf dieser Grundlage ergibt sich bei einem jungen Assistenzarzt, der nach Bundes-Angestelltentarifvertrag vergütet wird und 60 Stunden in der Woche arbeitet, ein Bruttostundenlohn von 11,80 Euro.

TVöD ist finanzielles Horrorszenario

Diejenigen Ärzte, die fortan nach dem neuen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) vergütet werden, werden im Vergleich zum BAT massive Gehaltseinbußen hinnehmen müssen. Das Statistische Bundesamt gibt das durchschnittliche Absolventenalter im Fach Humanmedizin mit 28,5 Jahren an. Realistische Berechnungsgrundlage ist somit ein 29jähriger Berufseinsteiger. Als Verheirateter wird er im Vergleich zum BAT beim neuen TVöD nach zehn Jahren rund 31.300 Euro weniger verdienen, nach 20 Jahren zirka 67.900 Euro. Als lediger Berufseinsteiger belaufen sich die Einkommensverluste nach zehn Jahren auf rund 17.600 Euro, nach 20 Jahren auf rund 40.500 Euro. Hierbei sind zusätzliche Gehaltskürzungen durch den Wegfall des Kinderzuschlages und durch Rückstufungen bei Arbeitgeberwechsel noch gar nicht berücksichtigt.

Einkommensunterschiede TVöD vs. BAT bei Ärzten

Einstiegsalter	Familienstand	Einkommensunterschied in Euro	
		nach 10 Jahren	nach 20 Jahren
27	ledig	2.401,22	- 3.348,47
27	verheiratet	-11.305,15	-30.760,92
29	ledig	-17.592,70	-40.446,27
29	verheiratet	-31.298,46	-67.858,11
31	ledig	-34.295,51	-70.381,66
31	verheiratet	-48.001,59	-102.158,74
33	ledig	-51.677,23	-92.345,88
33	verheiratet	-65.383,30	-119.758,03

Einkommensverluste entstehen jedoch nicht nur bei der Eingruppierung von Berufseinsteigern in die neuen TVöD-Entgeltstufen, sondern auch bei einem Arbeitgeberwechsel: So verdient beispielsweise ein verheirateter 43jähriger Facharzt mit 14 Jahren Berufserfahrung nach BAT Ia monatlich rund 4.826 Euro. Wechselt er zu einem Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes, der den TVöD anwendet, erhält er nach Entgeltgruppe 14 Stufe 3 monatlich 3.900 Euro (- 926 Euro oder -19,2%)!

International Schlusslicht bei der Vergütung

Die Einkommenssituation deutscher Krankenhausärzte kann im internationalen Vergleich nicht mithalten. Eine vom britischen Gesundheitsministerium in Auftrag gegebene Studie (NERA) kommt zu dem Ergebnis, dass französische, niederländische und britische Kollegen bis zu dreimal mehr verdienen als deutsche Ärzte. Sogar in Spanien sind die Verdienstmöglichkeiten höher als hierzulande.⁹ Das in der Studie für deutsche Ärzte ausgewiesene Gehalt bezieht sich auf die Grundvergütung, die mit zusätzlicher Mehrarbeit erhöht werden kann. Die Studie berücksichtigt im Fall deutscher Ärzte jedoch nicht die bereits erwähnten millionenfach unvergüteten Überstunden, die das Grundgehalt entsprechend reduzieren.

Ausufernde Bürokratie

Mit zahlreichen gesetzgeberischen Maßnahmen ist der Aufwand, den die Krankenhausärzte für patientenferne Tätigkeiten aufwenden müssen, rasant gestiegen. Ärztinnen und Ärzte vergeuden im Schnitt rund 38% ihrer Arbeitszeit im Krankenhaus für Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten.¹⁰ Mit Ursache für den massiven Anstieg patientenferner Verwaltungsarbeit ist die Einführung des neuen Vergütungssystems nach Fallpauschalen. Während in anderen Ländern - wie zum Beispiel in den USA - bestimmte Berufsgruppen zur Kodierung und Dokumentation der Fallpauschalen geschaffen wurden, ob-

⁹ NERA-Studie des britischen Gesundheitsministeriums, 2004

¹⁰ Deutsches Krankenhausinstitut, 2003

liegen diese Tätigkeiten in Deutschland in der Regel ausschließlich den Ärzten. Die Attraktivität des Arztberufes, der Wirkungsgrad ärztlicher Tätigkeit und die Qualität der Patientenversorgung könnten jedoch durch die Begrenzung der nicht unmittelbar patientenbezogenen ärztlichen Dokumentationsaufgaben erheblich gesteigert werden.

Überlastung führt zu Behandlungsfehlern

Überlange Arbeitszeiten und Übermüdung führen zu Fehlverhalten. Das ist auch bei Ärzten nicht anders. Diese Erkenntnis ist im Übrigen auch Leitgedanke der europäischen Arbeitszeitrichtlinie, die seit dem Jahr 1993 Arbeitnehmer vor Übermüdung schützen soll. Wenn Klinikärzte 30 Stunden am Stück arbeiten müssen, sind sie naturgemäß anfälliger für Behandlungsfehler und somit eine Gefahr für die Patienten. Eine Studie verdeutlicht, dass anhaltendes Wachsein über 24 Stunden ein Reaktionsvermögen auslöst, welches ein Betrunkener mit einem Blutalkoholwert von 1 Promille zeigt.¹¹ Bei Assistenzärzten, die länger als 24 Stunden arbeiten, liegen die gravierenden Behandlungsfehler um 36% höher als bei kürzeren Diensten.¹² Zudem liegt die Selbstmordrate bei männlichen Ärzten wegen hoher Arbeitsbelastung und Zwang zu verantwortungsvollen Entscheidungen dreimal höher als bei allen anderen arbeitenden Männern.¹³

Folge: Ärzteflucht und Ärztemangel

Aufgrund der beschriebenen katastrophalen Arbeitsbedingungen ist es verständlich, dass immer weniger Mediziner bereits sind, im Krankenhaus zu arbeiten. Geregeltere Arbeitszeiten und deutlich bessere Verdienstmöglichkeiten locken die Ärzte ins Ausland oder in die Gesundheitsindustrie. Während im Jahr 2002 bereits über 2.000 nichtbesetzbare Arztstellen in Krankenhäusern zu beklagen waren, stieg die Zahl in 2003 sprunghaft auf zirka 5.000 an. Jedes zweite Krankenhaus konnte offene Arztstellen nicht mehr besetzen, 75% davon im Osten der Republik.¹⁴ Gleichzeitig arbeiten rund 6.300 deutsche Krankenhausärzte im Ausland, wie eine MB-Erhebung belegt.

Als Hauptursache der Jobaufgabe geben deutsche Mediziner schlechte Arbeitsbedingungen (79%) und Unzufriedenheit mit den Arbeitszeiten (77%) an. 80% der Aussteiger sind mit den Arbeitsbedingungen im neuen Job zufrieden und 51% würden in deutsche Krankenhäuser zurückkehren, wenn sich die Arbeitsbedingungen verbessern würden.¹⁵

¹¹ Studie von Dawson und Reid in Nature, 1997

¹² Studie der Universität Harvard, 2005

¹³ Studie aus Dänemark, 2005

¹⁴ Deutsches Krankenhausinstitut, Krankenhausbarometer 2002 und 2003

¹⁵ Umfrage der Landesärztekammer Hessen, 2003

In einer Studie der Fachhochschule Münster wird die Arbeitssituation in deutschen Krankenhäusern als „desolat“ bezeichnet. Die Ärzte seien demotiviert, die Strukturen veraltet und die finanzielle Situation schlecht, so Professor Roland Multhaupt. Zudem fehle für den hochqualifizierten Nachwuchs der finanzielle Anreiz zum Verbleib in der Klinik. Hinzu kämen gerade für Assistenzärzte enorm schwierige Arbeitsbedingungen.¹⁶

Fazit

Will Deutschland den internationalen Wettbewerb um die besten Ärzte gewinnen und soll hierzulande auch weiterhin ein hohes Niveau medizinischer Versorgung gewährleistet werden, dann muss es zu einer deutlichen Verbesserung der ärztlichen Arbeitsbedingungen kommen. Der Marburger Bund setzt sich deshalb als Ärztegewerkschaft für einen speziellen Ärztetarifvertrag ein, der im Kern geregelte Arbeitszeiten und eine deutliche Erhöhung der Grundvergütung vorsieht. Die hierfür zurzeit stattfindenden Tarifverhandlungen zwischen Marburger Bund und Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) und die anstehenden Tarifverhandlungen mit der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) sind Schlüssel zur Wiederherstellung der Attraktivität des Arztberufes.

Es ist jedoch nicht hilfreich, wenn von Seiten bestimmter Politiker und Arbeitgeber stets auf leere Kassen und Finanznöte öffentlicher Haushalte verwiesen wird und damit Lösungsansätze im Keim erstickt werden. Kann aus den Krankenhausbudgets tatsächlich kein zusätzliches Geld für humane Arbeitsbedingungen und leistungsgerechte Bezahlung der Leistungsträger aufgewendet werden, muss die Politik ihre gesamte Ausgabenpolitik überdenken und neue Prioritäten setzen. Dieses Anliegen könnten im Übrigen Marburger Bund und Arbeitgeber gemeinsam vortragen und erstreiten.

Es muss klar sein, dass bei steigender Nachfrage nach medizinischen Leistungen die Qualität der Versorgung unter starren Budgets und fixiertem Ausgabenvolumen nicht aufrecht erhalten werden kann. Krankenhausärzte sind jedenfalls nicht länger bereit, das deutsche Gesundheitswesen mit millionenfach unvergüteter Mehrarbeit zu subventionieren. Medizinerangel und Ärzteflucht ins Ausland sind die ersten Vorboten hin zu einer signifikanten Verschlechterung der medizinischen Versorgung.

¹⁶ Studie der Fachhochschule Münster, 2005.