

Dr. Karl Blum/Peer Köpf/Dr. Bernd Metzinger/Dr. Matthias Offermanns

Ärztegehälter im Krankenhaus im europäischen Vergleich

Ergebnisse der Auswertungen von KPMG und Deutschem Krankenhausinstitut (DKI)

Die Autoren fassen die Ergebnisse aus zwei Studien zum Thema Ärztegehälter zusammen. Es handelt sich um eine Studie der KPMG zu Ärztegehältern in acht europäischen Ländern sowie eine Studie des Deutschen Krankenhausinstituts zu den Ärztegehältern in Deutschland. Aus der Zusammenführung der Daten ergibt sich ein europäischer Vergleich, der in dieser Form erstmals deutlich macht, wie die Ärztegehälter in Deutschland bei differenzierter Betrachtung zu bewerten sind.

In der Debatte um den Ärztemangel in Deutschland und um Abwanderung deutscher Mediziner ins Ausland wird von Seiten der Ärztevertreter immer wieder die angeblich schlechte Gehaltssituation hierzulande im internationalen Vergleich als Argument vorgebracht. Dabei erweisen sich Gehaltsvergleiche im internationalen Kontext als äußerst komplex. Die Gründe hierfür liegen insbesondere in Unterschieden bei der Vergütungsstruktur, den hierarchischen Strukturen des ärztlichen Dienstes, den Steuer- und Sozialversicherungsabgaben sowie der Kaufkraftparität des jeweiligen Landes.

Bisher vorliegende Auswertungen, zum Beispiel die NERA-Studie¹⁾ im Auftrag der britischen Gesundheitsbehörde, weisen erhebliche methodische Mängel hinsichtlich der Datenerhebung sowie der Vergleichbarkeit der Daten auf. So wurden für Deutschland lediglich die Grundgehälter von Assistenzärzten berücksichtigt. Unberücksichtigt blieben dagegen Zulagen für Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaft, ebenso die deutlich höheren Gehälter von leitenden Ärzten und Oberärzten. Zudem beziehen sich die Zahlen in anderen Ländern nur auf Fachärzte in gehobenen Positionen und fallen deshalb entsprechend hoch aus. Dies führt zu stark verzerrten Ergebnissen und folgerichtig zu einer geringen Aussagekraft.²⁾

Vor dem Hintergrund der unbefriedigenden Datenlage hat sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft entschlossen, ein entsprechendes Gutachten zu Ärztegehältern im europäischen Vergleich zu beauftragen. Im Auftrag der DKG hat die KPMG Unternehmensberatung im Frühjahr 2011 ein Gutachten zu Ärztegehältern im europäischen Vergleich für acht ausgewählte Länder vorgelegt.³⁾ Die Auswahl orientiert sich insbesondere daran, welche europäischen Länder besonders attraktiv für deutsche Mediziner sind⁴⁾ und sich in einer vergleichbaren ökonomischen und sozialen Situation befinden. In den Gehaltsvergleich wurden folgende Länder einbezogen: Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Schweden, Schweiz.

Ein Vergleich mit der Gehaltssituation deutscher Krankenhausärzte war nicht Bestandteil des KPMG-Gutachtens. Vor

diesem Hintergrund hat die DKG das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) im Nachgang zum europäischen Gehaltsvergleich damit beauftragt, die Gehaltssituation deutscher Krankenhausärzte zu untersuchen.⁵⁾ Dabei wurden seitens der DKG die folgenden Zielvorgaben gemacht: Zum einen sollte die Systematik des KPMG-Gutachtens auf die Gehaltsanalysen deutscher Krankenhausärzte vollständig übertragen werden, um einen validen internationalen Vergleich der Gehälter von Krankenhausärzten zu ermöglichen. Zum anderen sollten die Analysen die heterogene Tariflandschaft in den deutschen Krankenhäusern weitgehend abdecken.

KPMG-Systematik

Das KPMG-Gutachten zum Vergleich europäischer Gehälter basiert im Wesentlichen auf der folgenden Systematik:⁶⁾

- Die Einteilung der Gehälter erfolgt in Abhängigkeit von den Berufsjahren bzw. Leitungsfunktionen der Ärzte in fünf Stufen (Einstieg, 3–5 Jahre, 5–8 Jahre, 8–12 Jahre mit teilweiser Leitungsfunktion, mehr als zwölf Jahre mit umfassender Leitungsfunktion).
- Die Gehälter sind in drei Bestandteile gegliedert: fixe Gehaltsbestandteile (entsprechend der Regelarbeitszeit), variable Gehaltsbestandteile (zum Beispiel für Überstunden, Ruf- und Bereitschaftsdienste) sowie zusätzliche Vergütungselemente (zum Beispiel Urlaubsgeld oder zusätzliche Rentenansprüche). Nicht berücksichtigt sind Einnahmen aus Privatliquidation und Nebentätigkeit.
- Die so ermittelten Bruttoeinkommen wurden um Steuern und Sozialabgaben bereinigt (Nettoeinkommen). Dafür mussten Annahmen hinsichtlich des Familienstandes getroffen werden (Stufen 1 und 2: ledig, keine Kinder; Stufen 3 bis 5: verheiratet, zwei Kinder).
- Die Berechnung bereinigter Nettoeinkommen basiert auf Kaufkraftparitäten, denen Deutschland als 100-Prozent-Basis zugrunde liegt.

- Für Netto- wie Bruttoeinkommen sind jeweils Bandbreiten angegeben, welche die Einkommensvariationen in den verschiedenen Ländern widerspiegeln.
- Die Einkommensvergleiche basieren auf einer wöchentlichen Höchst Arbeitszeit von durchschnittlich 48 Stunden entsprechend den Vorgaben der EU-Arbeitszeitrichtlinie ohne Berücksichtigung der Möglichkeit darüber hinausgehender individueller Arbeitszeitverlängerungen (Opt-out).

Gehaltsanalysen für Deutschland

In Analogie zur KPMG-Systematik erfolgte die Einteilung der Gehälter für tarifgebundene Krankenhausärzte in Deutschland in vier Stufen.⁷⁾ Neben dem Festgehalt werden als variable Gehaltsbestandteile jeweils Bereitschafts- und Rufdienste in unterschiedlichen Varianten berücksichtigt, die sich an den „typischen“ Diensten in den einzelnen Stufen orientieren. Daneben sind etwaige Kinderzuschläge und die betriebliche Altersvorsorge jeweils zusätzlich erfasst.

Gehaltsstufen

Konkret waren die vier Gehaltsstufen wie folgt definiert:

- **Stufe 1: Berufseinsteiger = Assistenzarzt (ledig).** *Fixgehalt:* entsprechend der Eingruppierung und Vergütung im jeweiligen Tarifvertrag. *Variabel:* bis zu acht Stunden Bereitschaftsdienst (der höchsten BD-Stufe) pro Woche. *Zusätzlich:* betriebliche Altersversorgung (4 Prozent)
- **Stufe 2: Arzt mit 3–5 Jahren Berufserfahrung = Assistenzarzt (ledig).** *Fixgehalt:* entsprechend der Eingruppierung und Vergütung im jeweiligen Tarifvertrag. *Variabel:* bis zu acht Stunden Bereitschaftsdienst (der höchsten BD-Stufe) pro Woche. *Zusätzlich:* betriebliche Altersversorgung (4 Prozent).
- **Stufe 3: Arzt mit 5–8 Jahren Berufserfahrung = Facharzt (verheiratet, zwei Kinder).** *Fixgehalt:* entsprechend der Eingruppierung und Vergütung im jeweiligen Tarifvertrag. *Variabel:* bis zu acht Stunden Bereitschaftsdienst (der höchsten BD-Stufe) pro Woche und vier Rufbereitschaftsdienste pro Monat mit mehr als zwölf Stunden, davon einer am Wochenende. *Zusätzlich:* Betriebliche Altersversorgung (4 Prozent), Kinderzuschläge.
- **Stufe 4: Arzt mit 8–12 Jahren Berufserfahrung mit teilweiser Leitungsfunktion = Oberarzt (verheiratet, zwei Kinder).** *Fixgehalt:* entsprechend der Eingruppierung und Vergütung im jeweiligen Tarifvertrag. *Variabel:* acht Rufbereitschaftsdienste pro Monat mit acht Stunden Inanspruchnahme pro Woche. *Zusätzlich:* betriebliche Altersversorgung (4 Prozent), Kinderzuschläge.

Aufgrund der äußerst variablen Vergütungsgestaltung von Chefärzten, die insbesondere durch hohe Anteile von Privatliquidationen und/oder erfolgsabhängiger Vergütungselemente geprägt ist, war eine Berücksichtigung der Stufe 5 (> 12 Jahre mit umfassender Leitungsfunktion) nicht möglich. Vergütungsstu-

dien legen jedoch nahe, dass die Gehälter von deutschen Chefärzten im europäischen Vergleich wettbewerbsfähig sind.⁸⁾

Zulagen und Zuschläge (zum Beispiel für Feiertags- oder Sonntagsarbeit) sind wegen zahlreicher arzt- und tarifspezifischer Besonderheiten in den Gehaltsanalysen ebenso wenig berücksichtigt wie regionale Abweichungen oder Unterschiede in den erfassten Tarifverträgen. Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit dem KPMG-Gutachten sind sonstige Arzteinkünfte nicht erfasst und die Berechnungen beschränken sich auf eine wöchentliche Höchst Arbeitszeit von durchschnittlich 48 Stunden.

Tarifverträge

In der Gehaltsanalyse deutscher Krankenhausärzte sollten die unterschiedlichen Trägerschaften und damit verschiedene Tarifwerke möglichst breit abgedeckt werden. Konkret fanden die folgenden Tarifwerke in der jeweils aktuellen Fassung Berücksichtigung:

- Tarifvertrag für Ärzte und Ärztinnen an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA),
- Tarifvertrag für Ärzte und Ärztinnen an Universitätskliniken (TV-Ärzte),
- Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes (AVR-Caritas),
- Arbeitsvertragsrichtlinien für Einrichtungen, die dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland angeschlossen sind (AVR-Diakonie),
- Entgelttarifvertrag/Manteltarifvertrag für Ärzte und Ärztinnen in Einrichtungen der Asklepios Verwaltungsgesellschaft mbH (TV-Ärzte Asklepios).

Für den öffentlichen Bereich und den freigemeinnützig-kirchlichen Bereich sind damit die maßgeblichen Tarifwerke berücksichtigt. Für die insgesamt heterogenere Tariflandschaft unter den privaten Kliniken ist beispielhaft ein Tarifvertrag eines großen privaten Krankenhausträgers erfasst. Damit gehen mindestens rund 80 Prozent der Krankenhausärzte in die Gehaltsanalysen ausdrücklich ein.⁹⁾ Für die nicht explizit er-

— Anzeige —

Textile Komplettversorgung

Hygiene-Wäschereien
Deutschlandweit
Zertifizierte Qualität



NWD
ZENTRATEx

KLINIKEN & REHA
HOTELS & RESTAURANTS
SENIOREN- & PFLEGEHEIME




☎ 0800 / 93 68 728 · www.nwd-zentratex.de

Tabelle 1: Brutto- und Netto-Einkommen deutscher Krankenhausärzte

Stufe	Ärztliche Tätigkeit	Bruttoeinkommen in Euro		Nettoeinkommen in Euro	
		von	bis	von	bis
1	Einstieg	46.624	57.763	28.629	34.504
2	3-5 Jahre	53.291	69.004	32.205	39.976
3	5-8 Jahre	63.975	85.125	43.211	56.955
4	8-12 Jahre (mit teilweiser Leitungsfunktion)	79.517	123.358	53.279	80.175

dest teilweise auf unterschiedliche Tarifverträge. Es ist also nicht so, dass bestimmte Trägergruppen ihre Ärzte generell besser oder schlechter bezahlen.

Gehaltsniveau

► **Tabelle 1** zeigt die Gehälter der deutschen Krankenhausärzte, in Abhängigkeit von Berufsjahren und Qualifikation,

fassten Tarifwerke kann eine Vergleichbarkeit größtenteils unterstellt werden.

Methodik

Die Gehaltsanalyse deutscher Krankenhausärzte erfolgte in drei Schritten. In einem ersten Schritt sind die Bruttoeinkommen je Gehaltsstufe und Tarifvertrag bestimmt worden, differenziert nach festen, variablen und zusätzlichen Gehaltsbestandteilen. In einem zweiten Schritt wurde – tarifvertragsübergreifend – die Variation der Bruttoeinkommen für jede Gehaltsstufe ermittelt. Für die jeweiligen Einkommensspannen je Stufe wurden schließlich in einem dritten Schritt die korrespondierenden Nettoeinkommen ermittelt, also die Bruttoeinkommen um Steuern und Sozialabgaben bereinigt. Alle Gehaltsanalysen für die deutschen Krankenhausärzte beziehen sich auf das Jahr 2011 (Stand: 15. August 2011)

Insgesamt waren die Gehaltsunterschiede zwischen den verschiedenen Tarifwerken relativ gering. Das Gehaltsniveau deutscher Krankenhausärzte ist somit tarifvertragsübergreifend weitgehend vergleichbar. Des Weiteren beziehen sich die jeweiligen Minimal- und Maximalwerte je Gehaltsstufe zumin-

n, nach vier Gehaltsstufen. Für Netto- wie Bruttoeinkommen sind jeweils Bandbreiten angegeben, welche die Einkommensvariationen in den verschiedenen Stufen widerspiegeln.

Einkommensunterschiede innerhalb einer Gehaltsstufe resultieren zum einen insbesondere aus Unterschieden bei den Fixeinkommen in Abhängigkeit von Berufsjahren und Eingruppierungsregeln. Zum anderen variieren die variablen Einkommensanteile je Stufe immer zwischen 0 € für den Fall, dass keine Bereitschafts- und Rufdienste geleistet werden, und dem jeweiligen Maximalwert für den Fall, dass die wöchentliche Höchst Arbeitszeit von durchschnittlich 48 Stunden über entsprechende Dienste ausgeschöpft wird.

Bei den tarifgebundenen Ärzten variieren die minimalen Bruttoeinkommen zwischen 46 624 € in Stufe 1 und 79 517 € in Stufe 4, die minimalen Nettoeinkommen zwischen 28 629 € in Stufe 1 und 53 279 € in Stufe 4. Diese Minimalwerte werden aber eher selten realisiert, in erster Linie bei Ärzten ohne Ruf- oder Bereitschaftsdienste.

Die maximalen Brutto-Einkommen in den genannten 4 Gehaltsstufen liegen zwischen 57 763 € in Stufe 1 und 123 358 € in Stufe 4, die maximalen Nettoeinkommen zwischen 34 504 € in Stufe 1 und 80 175 € in Stufe 4. Bei Ärzten

Tabelle 2: Übersicht Bruttoeinkommen

Stufe		Dänemark		Frankreich		Niederlande		Norwegen		Österreich		Schweden		Schweiz		Großbritannien		Deutschland	
		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis
1	Einstieg	71,5	103,4	28,1	31,8	40,7	58,2	50,1	78,6	37,0	55,0	41,4	50,9	69,5	87,1	29,9	46,7	46,6	57,8
2	3-5 Jahre	91,4	132,2	32,5	38,5	43,7	64,5	55,4	86,3	42,9	57,5	44,6	53,7	73,7	105,7	35,5	63,8	53,3	69,0
3	5-8 Jahre	109,2	157,9	40,5	97,3	78,1	137,8	60,0	112,9	45,0	86,9	56,8	74,8	93,8	151,3	44,7	83,7	64,0	85,1
4	8-12 Jahre	140,1	202,6	66,1	101,4	89,8	206,4	73,8	117,2	60,7	118,5	68,7	85,5	126,4	251,0	89,0	190,7	79,5	123,4
5	> 12 Jahre	155,0	224,1	70,9	147,2	105,4	222,9	79,7	127,0	66,7	135,1	75,0	151,5	190,2	418,3	100,2	210,5	k.A.	k.A.

Quelle: KPMG/DKI

Tabelle 3: Übersicht Nettoeinkommen kaufkraftbereinigt

Stufe		Dänemark		Frankreich		Niederlande		Norwegen		Österreich		Schweden		Schweiz		Großbritannien		Deutschland	
		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis
1	Einstieg	31,8	45,4	18,7	21,0	24,9	33,9	26,2	38,2	22,1	30,5	26,5	30,8	36,3	44,4	24,4	36,8	28,6	34,5
2	3-5 Jahre	41,0	55,9	21,5	25,0	26,5	36,8	28,7	41,2	24,6	31,9	28,2	32,0	38,2	52,7	28,5	47,9	32,2	40,0
3	5-8 Jahre	46,0	62,3	28,5	65,2	44,8	71,9	31,8	52,5	26,2	47,2	33,3	40,2	52,1	78,4	35,4	60,5	43,2	57,0
4	8-12 Jahre	56,3	77,2	45,3	67,6	50,1	103,1	37,3	54,2	34,3	62,1	37,9	44,1	67,7	119,0	63,8	122,6	53,3	80,2
5	> 12 Jahre	61,3	84,5	48,3	91,9	57,2	110,6	39,7	57,9	37,5	70,0	40,2	68,6	94,5	185,0	70,9	133,0	k.A.	k.A.

Quelle: KPMG/DKI

Mechatronische Zutrittskontrollsysteme in Krankenhäusern



Friedhelm Ulm, Produktmanager

Bei der Planung von Sicherheit in Krankenhäusern sind viele Aspekte zu berücksichtigen. Neben der Zutrittsorganisation sind auch die Verschluss-Sicherheit von Arzneimittelschränken, Hygienevorschriften und die Datensicherheit relevant. Mechatronische Zutrittskontrollsysteme mit Active Transpondertechnologie ermöglichen interessante Anwendungen in Krankenhäusern.

Durch den Einsatz von Batterie betriebenen Schließgeräten, wie elektronischen Schließzylindern oder elektronischen Türbeschlägen, die über Funk Online verwaltet werden, entfallen alle Verkabelungen an der Tür. Die Schließgeräte sind einfach zu installieren und die Zutrittsorganisation ist per Knopfdruck direkt am PC möglich und damit ohne erhöhten personellen Aufwand zu regeln. Die Vielzahl der Bauformen der Schließgeräte ermöglicht nicht nur den Verschluss von Türen. So können Halbzylinder auch in Medikamentenschränke eingebaut werden. Nur autorisiertes Personal, mit berechtigtem Transponder ist in der Lage diese Behältnisse zu öffnen. Mit den elektronischen Türbeschlägen lassen sich Türen von Sozialräumen oder Patientenzimmern organisieren. Zur Sicherung der Privatsphäre können nur Personen die Tür öffnen, die ein autorisiertes Medium erhalten oder denen die Tür von innen geöffnet wird. Die Betätigung der Beschläge über die Klinke wird gerade von älteren Patienten geschätzt, da hier keine zusätzlichen Handgriffe zum Öffnen der Tür notwendig sind. Durch die Möglichkeit, diese Beschläge zusätzlich mit mechanischer Verschluss-technik auszustatten, ist auch im Notfall

ein Zugang zu den so verschlossenen Räumen durch den passenden mechanischen Schlüssel möglich.

Hände frei für Wichtiges

Die Schließmedien, so genannte Active Transponder, können aus einer Entfernung von bis zu 80 cm zu diesen Schließgeräten ausgewertet werden. Damit ergeben sich für den einfachen Verschluss oder das Öffnen von Türen auch neue Ansätze zur Einhaltung von Hygienevorschriften. Die Schließgeräte werden zu Quasi-Handsfree Einrichtungen, da die Transponder in der Tasche oder offen am Körper getragen werden können und nicht mehr in die Hand genommen werden müssen. Neben den Batterie betriebenen Schließgeräten stehen Wand- oder Weitbereichslesern zur Verfügung, die in der Lage sind, Active Transponder aus Entfernungen von 150 cm bis hin zu 700 cm zu erkennen und auszuwerten. Mit diesen Geräten lassen sich Türen vollständig Handsfree öffnen und automatisieren. Schiebetüren, die in Krankenhäusern häufig vorkommen, können aus großer Entfernung so, wie mit einem Bewegungsmelder geöffnet werden. Im Gegensatz zum Bewegungsmelder öffnet ein solcher Leser aber die Tür nur dann, wenn sich berechtigtes, mit einem Active Transponder



ausgestattetes Personal nähert. Aufgrund der großen Lese-reichweiten wird zudem das Rangieren von Betten wesentlich vereinfacht, da das Öffnen der Tür bereits beim Annähern erfolgt. Der schnelle, autorisierte Durchgang ist gewährleistet.

Fortschrittlich und effizient

Die Anbindung aller Schließgeräte erfolgt über eine 868 MHz ISM-Band Funkverbindung zu Access Points, die selbstorganisierend an das IP-Netzwerk angeschlossen werden können. Mit Distanzen von bis zu 40 m innerhalb von Gebäuden ist eine einfache Vernetzung der einzelnen Türen möglich. Gesteuert wird alles über einen

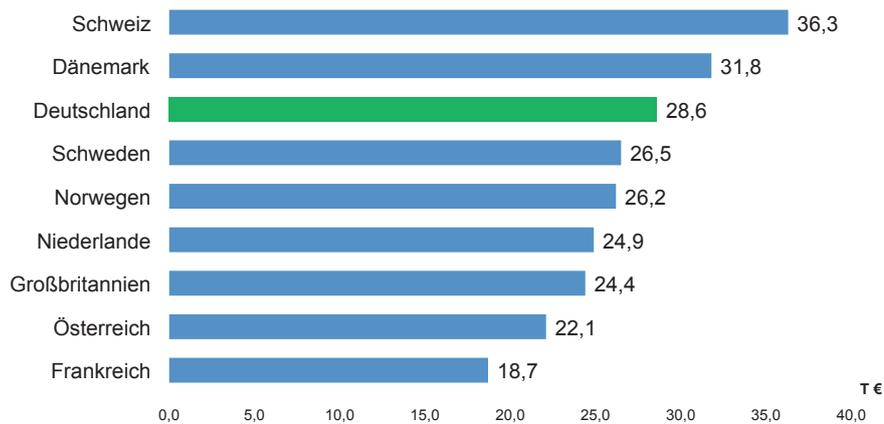
Server, an den eine Vielzahl von Clients angebunden werden kann, so dass von möglichst vielen Orten aus die Möglichkeit der Organisation eines solchen Systems gegeben ist. Hoher Installationsaufwand wird durch den Einsatz der Funktechnologie, die im besonderen Maße für die Bereiche Forschung und Medizintechnik geeignet und zugelassen ist, minimiert. (ISM = Industrial, Sience and Medical)

Vielfältige Anwendungen

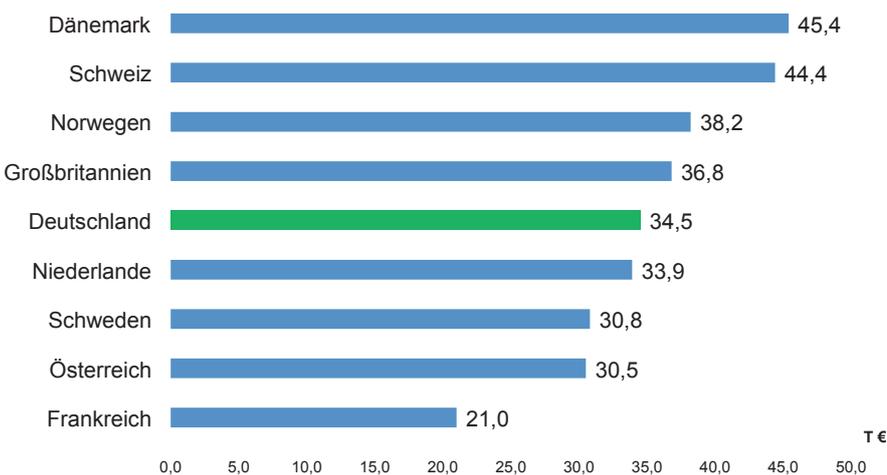
Zusatznutzen ergeben sich durch besondere Funktionen der Active-Transpondertechnik. Durch ein besonderes Anti-Kollisions-Verfahren können die Schließgeräte mehrere Transponder gleichzeitig auswerten und vor allem auch bewerten. So ist es möglich, dass kranke Menschen einen Bereich nur in Begleitung einer zweiten oder auch mehrerer Personen begehen oder verlassen dürfen. Die Active Transponder werden von Leseeinrichtungen erkannt und bewertet und entscheiden ob die Kombination aus allen Transpondern einen Zutritt erlaubt oder abgewiesen werden muss. In Bereichen, in denen ein Zuhalten von Türen nicht möglich ist, können die Leseeinrichtungen ein Signal an eine Rufeinrichtung absetzen. Kranke Menschen, die bestimmte Bereiche nicht verlassen dürfen, würden mit Hilfe des Active Transponders das Personal alarmieren bzw. gezielt zu dem Punkt rufen, an dem das Signal erzeugt wurde. Datenschutz kann auf ähnlich einfache Art und Weise mit Active Transpondern möglich gemacht werden. Wird der Active Transponder des Arztes an einer so genannten PC-Lock Leseeinrichtung erkannt, kann sofort sein persönliches Benutzerprofil gestartet werden. Beim Entfernen des Arztes vom PC wird automatisch die Sitzung beendet und der PC ist für Zugriffe von unberechtigten Personen gesperrt.

CEStronics 

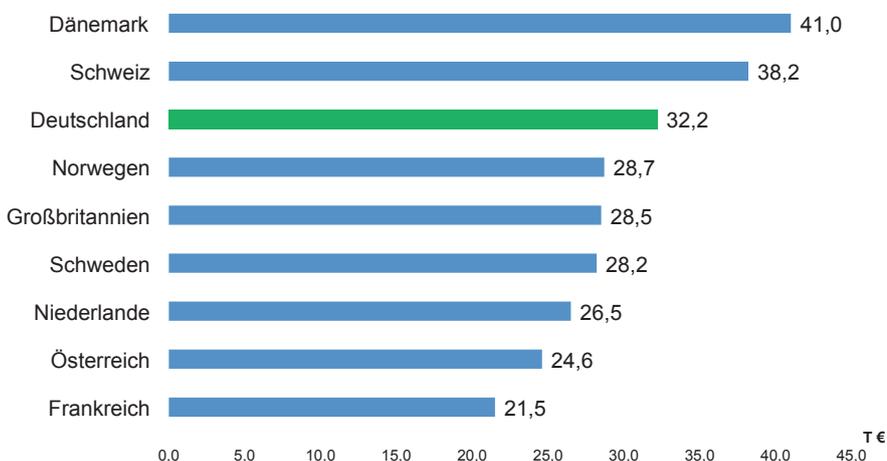
CEStronics GmbH
Friedrichstraße 243
D-42551 Velbert
Tel.: 02051-204-0
E-Mail: info@ces-tronics.eu
www.ces.eu

Schaubild 1: Minimalwert (Einsteiger)

Quelle: KPMG/DKI; eigene Darstellung

Schaubild 2: Maximalwert (Einsteiger)

Quelle: KPMG/DKI; eigene Darstellung

Schaubild 3: Minimalwert (3–5 Jahre Berufserfahrung)

Quelle: KPMG/DKI; eigene Darstellung

mit Bereitschafts- und Rufdiensten bzw. bei Ärzten mit Berufsjahren am oberen Ende der jeweiligen Altersintervalle dürften die Einkommen je Stufe überwiegend diesen Maximalwerten entsprechen.

Gehaltsanalysen im europäischen Vergleich

Setzt man die vom DKI ermittelten deutschen Werte in den europäischen Kontext, zeigt sich ein differenziertes Bild, insbesondere wenn die Bruttogehälter (► **Tabelle 2**) den kaufkraftbereinigten Nettogehältern (► **Tabelle 3**) gegenübergestellt werden. Länder mit hohen Lebenshaltungskosten und Abgabenquoten, zum Beispiel Norwegen oder Dänemark, verlieren ihren Bruttogehaltsvorsprung. Aus Arbeitnehmer-sicht sind insbesondere die kaufkraftbereinigten Nettogehälter maßgeblich. Diese spiegeln wider, was dem Arbeitnehmer nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsabgaben sowie unter Berücksichtigung der Lebenshaltungskosten im jeweiligen Land tatsächlich übrig bleibt. Im Folgenden wird daher nur auf die kaufkraftbereinigten Nettoeinkommen Bezug genommen.

Der Gehaltsvergleich zeigt zudem eine hohe Gehaltsspreizung, sowohl über die verschiedenen Arzttypen hinweg als auch innerhalb einer Stufe. Die erheblichen Varianzen innerhalb der Stufen beruhen insbesondere auf der Tatsache, dass Ärzte die Möglichkeit haben, über Zusatzdienste (zum Beispiel Bereitschaftsdienste) ihr Einkommen erheblich zu steigern. Dabei sind aus methodischen Gründen in den Auswertungen die durchaus gängigen Privateinnahmen von Ärzten – wie Privatliquidationen, Poolbeteiligungen, Gutachten etc. – noch gar nicht berücksichtigt. Im Folgenden wird auf die Ergebnisse der beiden Gutachten im Detail eingegangen.

Stufe 1 (Berufseinsteiger)

Bei Berufseinsteigern, das heißt bei approbierten Ärzten nach dem Abschluss des Medizinstudiums, liegen die deut-

schen Gehälter beim Minimal- bzw. Maximalwert (► **Schaubild 1** und **2**) auf dem dritten bzw. fünften Rang. Hier sind die Unterschiede zwischen den Ländern – mit Ausnahme der Schweiz am oberen Ende bzw. Frankreich am unteren Ende – eher gering. Die hohen Maximalwerte für Dänemark legen nahe, dass hier über Mehrarbeit ein hoher Anteil variabler Vergütung erlangt werden kann, wobei die KPMG-Auswertung zu dem Ergebnis kommt, dass ein niedriges Überstundenniveau vorliegt. Insofern dürften die Maximalwerte eher die Ausnahme sein.

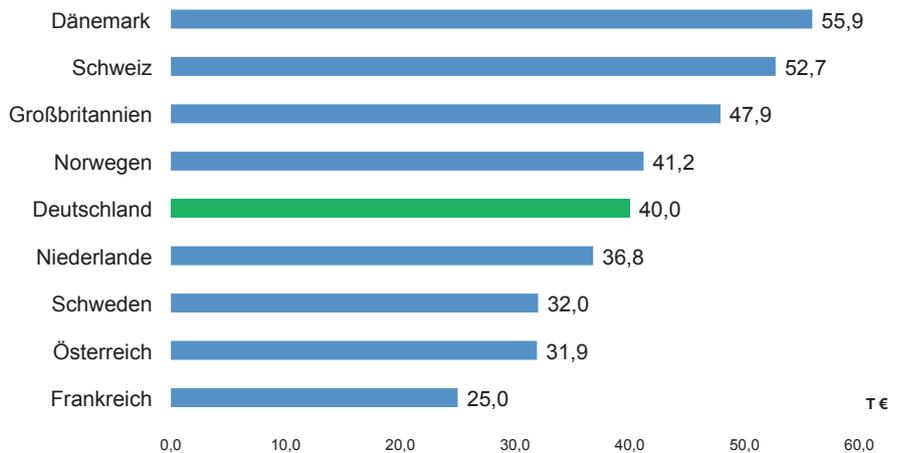
Stufe 2 (3–5 Jahre Berufserfahrung)

Bei Assistenzärzten mit drei bis fünf Jahren Berufserfahrung zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Berufseinsteigern. Auch hier liegt Deutschland auf Rang 3 bei den Minimalwerten und Rang 5 bei den Maximalwerten (► **Schaubilder 3** und **4**). Spitzenreiter sind ebenfalls Dänemark und die Schweiz, am unteren Ende reihen sich wieder Frankreich und Österreich ein.

Stufe 3 (5–8 Jahre Berufserfahrung)

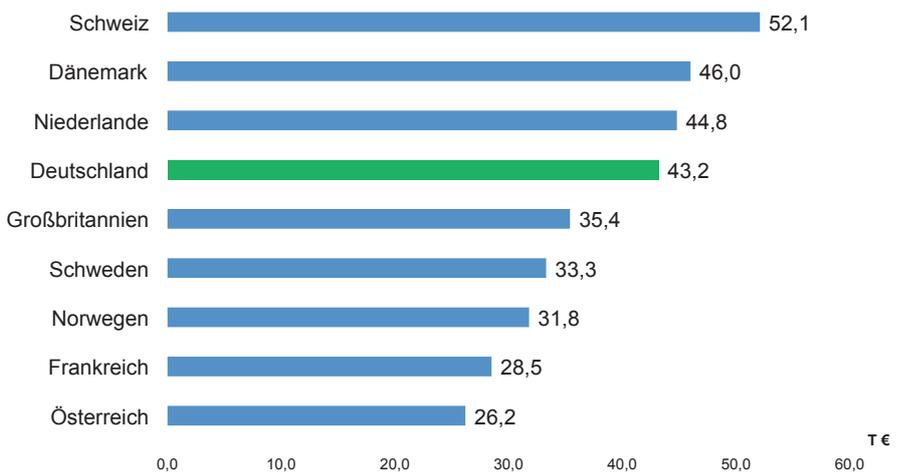
In der Gruppe der Ärzte mit fünf bis acht Jahren Berufserfahrung, die in der Regel ihre Facharztweiterbildung abgeschlossen haben, schneiden die deutschen Gehälter mit Rang 4 bei den Minimalwerten bzw. Rang 6 bei den Maximalwerten (► **Schaubilder 5** und **6**) noch am schlechtesten ab. Spitzenreiter in dieser Kategorie ist die Schweiz, wo die kaufkraftbereinigten Nettoeinkommen mit 52,5 Tsd. € (minimal) bzw. 78,4 Tsd. € (maximal) jeweils am höchsten sind. Die größte Differenz zwischen Minimal- und Maximalwert ist in Frankreich festzustellen, wo der Minimalwert bei 28,5 Tsd. € (Rang 8) und der Maximalwert bei 65,2 Tsd. € (Rang 3) liegt, was auf eine starke Differenzierung bei den Beschäftigungsverhältnissen dieser Arztgruppe hindeutet, die nicht mit einer starken Ausprägung von variablen Vergütungsbestandteilen erklärt werden kann. Der Grund hierfür ist insbesondere durch große Unter-

Schaubild 4: Maximalwert (3–5 Jahre Berufserfahrung)



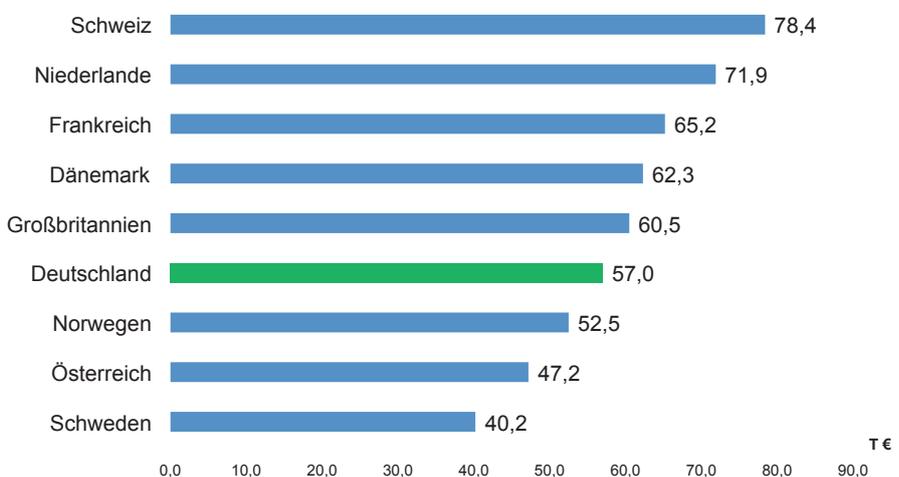
Quelle: KPMG/DKI; eigene Darstellung

Schaubild 5: Minimalwert (5–8 Jahre Berufserfahrung)



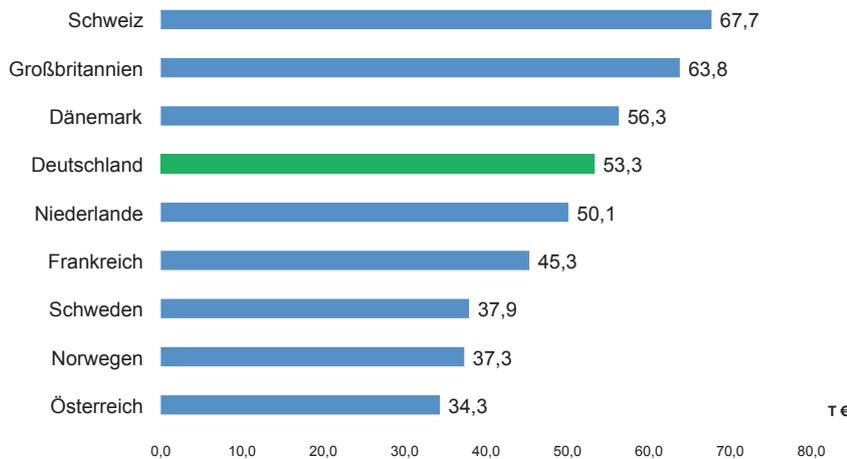
Quelle: KPMG/DKI; eigene Darstellung

Schaubild 6: Maximalwert (5–8 Jahre Berufserfahrung)



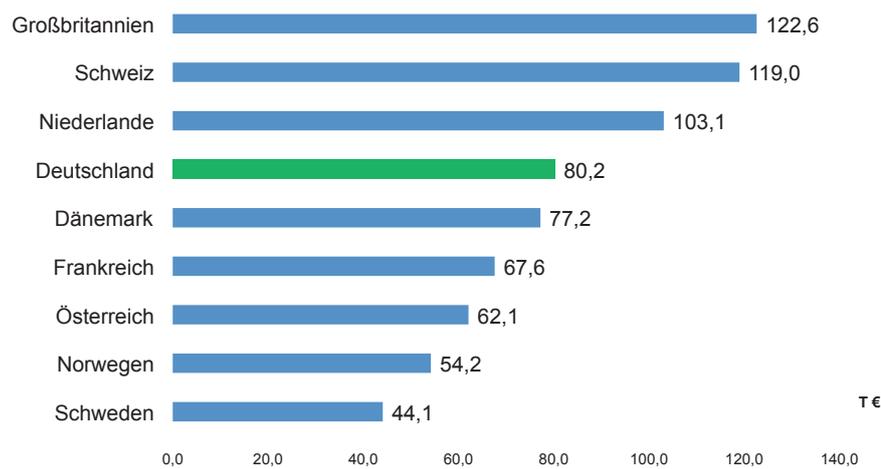
Quelle: KPMG/DKI; eigene Darstellung

Schaubild 7: Minimalwert (8–12 Jahre Berufserfahrung mit teilweiser Leitungsfunktion)



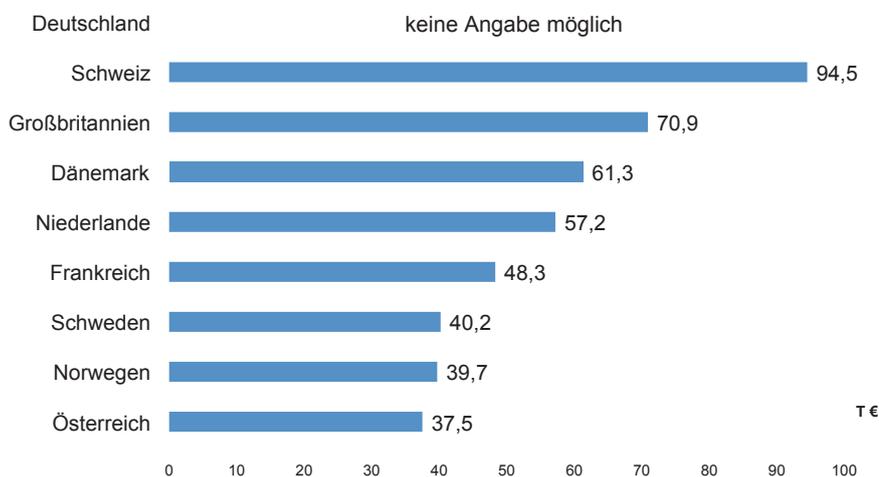
Quelle: KPMG/DKI; eigene Darstellung

Schaubild 8: Maximalwerte (8–12 Jahre Berufserfahrung mit teilweiser Leitungsfunktion)



Quelle: KPMG/DKI; eigene Darstellung

Schaubild 9: Minimalwert (> 12 Jahre Berufserfahrung mit umfassender Leitungsfunktion)



Quelle: KPMG/DKI; eigene Darstellung

schiede beim Fixgehalt zu suchen, wo der Maximalwert doppelt so hoch liegt wie beim Minimalwert.

Stufe 4 (8–12 Jahre Berufserfahrung mit teilweiser Leitungsfunktion)

Bei Ärzten mit teilweiser Leitungsfunktion und acht bis zwölf Jahren Berufserfahrung – in Deutschland entspricht dies der Funktion des Oberarztes – findet sich Deutschland jeweils auf Rang 4 wieder (► **Schaubilder 7 und 8**). Hier ist insbesondere Großbritannien zu erwähnen, das auf Rang 2 beim Minimalwert und auf Rang 1 beim Maximalwert liegt. Von Großbritannien ist bekannt, dass dort im Gegensatz zum deutschen Chefarztmodell das System der kollegialen Führung im ärztlichen Dienst praktiziert wird (Consultants), was sich im geringen Gehaltsabstand zwischen Stufe 4 und 5 widerspiegelt.

Stufe 5 (> 12 Jahre Berufserfahrung mit umfassender Leitungsfunktion)

In dieser Gruppe, die insbesondere leitende Ärzte umfasst, zeigen sich erhebliche Gehaltsunterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Vor dem Hintergrund, dass Privateinnahmen grundsätzlich nicht berücksichtigt wurden – diese aber gerade hier von großer Bedeutung sind –, dürfte der Vergleich in dieser Stufe verzerrt und kaum aussagekräftig sein. Für Deutschland war es nicht möglich, entsprechende realitätsnahe Werte unter den Vorgaben der KPMG-Systematik zu ermitteln (► **Schaubilder 9 und 10**). So bestimmt sich das Grundgehalt von leitenden Ärzten immer noch häufig über die höchste Entgeltgruppe des BAT (Vergütungsgruppe BAT I) bzw. TVöD (Entgeltgruppe 15Ü). Darüber hinaus sind bei leitenden Ärzten teilweise in erheblichem Umfang Privatliquidationen zu berücksichtigen, bei neueren Dienstverhältnissen immer häufiger auch variable Vergütungsanteile in Form von Erfolgsbeteiligungen. Legt man den in der aktuellen Kienbaum-Vergütungsstudie „Führungs- und Fachkräfte in Krankenhäusern“ ermittelten Durch-

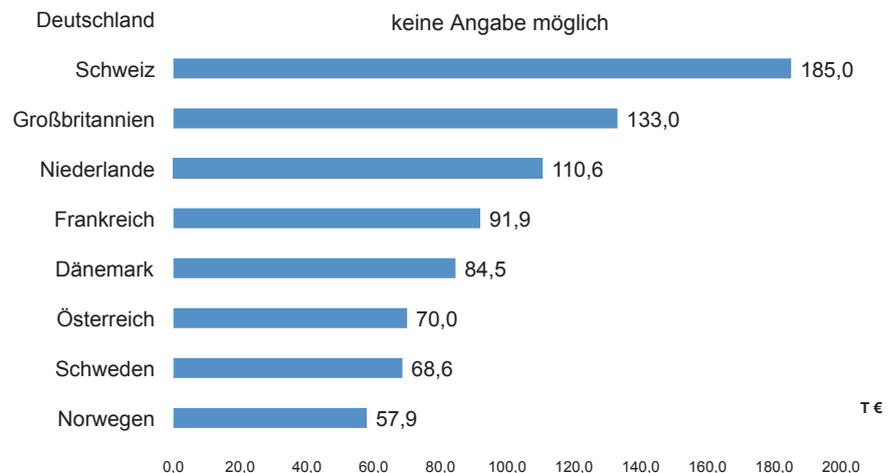
schnittswert von 257 000 € brutto zugrunde, wird der Unterschied zum reinen BAT- bzw. TVöD-Grundgehalt in Höhe von 75 000 € brutto deutlich.

Fazit

Die vorliegenden Auswertungen von europäischen Klinikärztegehältern geben erstmals einen detaillierten Einblick in das Gehaltsgefüge anderer europäischer Länder unter Berücksichtigung der kaufkraftbereinigten Nettogehälter. Damit wird ersichtlich, wie viel vom Einkommen am Ende tatsächlich übrig bleibt. Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Gehälter deutscher Krankenhausärzte im europäischen Vergleich attraktiv und wettbewerbsfähig sind.

Zwar gibt es Länder wie die Schweiz, Dänemark, Niederlande und Großbritannien, die tendenziell überdurchschnittlich vergüten. Neben der Tatsache eines insgesamt höheren Gehaltsniveaus in Ländern wie der Schweiz oder Dänemark liegt einer der Hauptgründe hierfür in der zahlenmäßig schwächer ausgeprägten Aus- und Weiterbildung von Ärzten. Diese Länder sind gezwungen, für entsprechend höhere Gehälter (Fach-)Ärzte aus dem Ausland anzuwerben. So zeigen aktuelle Daten, dass zum Beispiel in Großbritannien der Anteil ausländischer Ärzte bei gut 35 Prozent und in der Schweiz bei knapp 25 Prozent liegt, während er beispielsweise in Deutschland lediglich 5 Prozent beträgt.¹⁰⁾

Schaubild 10: Maximalwert (> 12 Jahre Berufserfahrung mit umfassender Leitungsfunktion)



Quelle: KPMG/DKI; eigene Darstellung

Anschrift der Verfasser

Dr. Karl Blum/Dr. Matthias Offermanns, Deutsches Krankenhausinstitut (DKI), Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf/Dr. Bernd Metzinger/Peer Köpf, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Wegelystraße 3, 10623 Berlin

Anmerkungen

- 1) NERA: Comparing Physicians' Earnings. Current Knowledge and Challenges, London, Mai 2004
- 2) Vergleiche Walger, M.; Köpf, P.: Einkommen von Krankenhausärzten – eine differenzierte Betrachtung. das Krankenhaus 12/2005. Düsseldorf 2005
- 3) KPMG: Auswertung europäischer Ärztgehälter. Berlin 2011
- 4) Vergleiche Kopetsch, T.: Dem Deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus. Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 5. Auflage. Berlin 2010
- 5) Blum, K.; Offermanns, M.: Gehaltssituation deutscher Krankenhausärzte. Düsseldorf 2011 (www.dki.de)
- 6) KPMG: Auswertung europäischer Ärztegehälter. Berlin 2011
- 7) Die Vergütungsstruktur von Chefarzten (also der Gehaltsstufe 5 gemäß KPMG-Systematik) unterscheidet sich wesentlich von der der nachgeordneten Ärzte. Tarifverträge greifen hier in der Regel nicht; repräsentative Daten zu Chefarztvergütungen liegen nicht vor. Vor diesem Hintergrund beschränken sich die Gehaltsanalysen auf die tarifgebundenen Krankenhausärzte der ersten vier Gehaltsstufen. Das Gehaltsniveau der Chefarzte wurde mangels verlässlicher Daten nicht weiter untersucht.
- 8) Zum Beispiel Kienbaum-Vergütungsstudie „Führungs- und Fachkräfte in Krankenhäusern“
- 9) Vergleiche Deutsches Krankenhausinstitut, Krankenhaus Barometer 2007. Düsseldorf 2007 (www.dki.de)
- 10) Wismar, M. et al.: Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries. In Euro Observer Vol. 13. Brüssel. 2011.



**facharzt
agentur®**

Ärztliche Honorarvertretungen
an Kliniken und Krankenhäusern.
Seit 2001.



**Selbst der TÜV
findet uns gut!**

Die Facharztagentur trägt seit August 2011 das Zertifikat für das Management-System nach DIN EN ISO 9001:2008 des TÜVs Hessen. Damit ist sie bundesweit Vorreiter in Sachen Qualitätsmanagement in der Honorararztvermittlung.

Seit 2001 ist die Facharztagentur erster Ansprechpartner, wenn es um die kompetente, schnelle und passgenaue Vermittlung von Fachärzten als Honorarvertretungen an Kliniken und Krankenhäusern geht.

facharztagentur.de **FreeCall: 0800-2020302**