VERGÜTUNG 01.03.2011

Erreichbare Zielvereinbarungen in außertariflichen Verträgen



Interview zur Arbeitsmarktsituation im März 2011 und der Gestaltung von außertariflichen Arbeitsverträgen für Oberärzte mit Dr. Wolfgang Martin, Frankfurt am Main.

Wie schätzen Sie die Arbeitsmarktsituation für chirurgisch tätige Oberärzte derzeit und in naher Zukunft ein?

Solide ausgebildete und gut qualifizierte Ärzte und Ärztinnen haben noch nie so gute Chancen gehabt wie zurzeit; wer diese Grundlagen mitbringt kann sich die attraktiven Oberarztpositionen derzeit aussuchen. Das liegt einfach an der Entwicklung der Arztzahlen. In der Zukunft sehe ich auch keine Veränderung hier. Obwohl es grundsätzlich mehr Ärzte gibt, ist die Nachfrage noch größer und gerade bei den Chirurgen kommen einfach zu wenige nach. Hier muss man sich natürlich fragen, woran das liegt und was man auch heute noch dagegen tun kann.

Gibt es denn Unterschiede in den einzelnen chirurgischen Disziplinen, oder sind einzelne Subdisziplinen besonders gefragt?

Natürlich gibt es große Unterschiede bei den Spezialisierungen und Zusatzqualifikationen. Wir haben knapp unter 20000 chirurgische Fachärzte in Deutschland, die in Kliniken tätig sind. Davon sind allein fast 7000 Unfallchirurgen (incl. des neuen Facharztes Orthopädie/Unfallchirurgie), in der Thoraxchirurgie sind es nur 283, Gefäßchirurgen gibt es wieder über 1000, Viszeralchirurgen fast 2000 und der Rest fällt unter „allgemeine Chirurgie". Also gibt es zahlenmäßig schon ganz klare Unterschiede, die mit der medizinischen Bedarfslage korreliert sind.

Viele Kliniken und Schwerpunktkrankenhäuser wollen und müssen heute Alleinstellungsmerkmale für ihre Patienten anbieten, und damit gibt es gewisse chirurgische Teilgebiete, die stärker nachgefragt werden. Meiner Erfahrung nach sind es zurzeit vor allem die Fachgebiete der Gefäßchirurgen, Thoraxchirurgen und besonders Wirbelsäulenchirurgen; hier sehen wir in der Breite eine Angebotsausweitung in den Kliniken und damit höhere Personalnachfrage. Dies ist grundsätzlich ein Vorteil für qualifizierte Ärzte und Ärztinnen, wobei sie aber z.B. eine Qualifikation in der Thoraxchirurgie nur an Maximalversorgungskrankenhäuser oder Universitätskliniken erlangen. Bayern hat vier Universitätskliniken und vier Maximalversorger. Thoraxchirurgen gibt es also von Haus aus schon weniger als z.B. Unfallchirurgen, und ein Einsatz ist auch wieder nur an einer spezialisierten Abteilung möglich. Wenn sie dazu noch eine Führungsposition anstreben, haben sie natürlich auch eine entsprechend begrenzte Auswahl.

Welche Qualifikationen, außer der fachlichen und operativen Expertise, werden heute von chirurgischen Oberärzten erwartet?

Hier geht es um die so genannten Soft Skills und dazu gehören für mich vor allem: Führungserfahrung, Affinität zu und Beachtung von wirtschaftlichen Gegebenheiten, Leistungswille, Weiterbildungsbereitschaft, dann die Gabe, den ganzen medizinischen Marketingaspekt abzudecken, ohne die ärztlichen Werte und Prioritäten aus dem Auge zu verlieren und die Sorge um Fortbildung und Einbeziehung des nachgeordneten Personals, von der Assistentenausbildung bis zur Pflege. Ärzte mussten immer, und heute besonders, die Tugend besitzen, extrem flexibel und dennoch organisationsstark zu sein.

Wie beurteilen Sie die Entwicklung des Berufsbildes chirurgischer Oberarzt in der Zukunft? Muss er – bedingt durch den Nachwuchsmangel – vermehrt Aufgaben übernehmen, die klassischerweise Tätigkeit eines Assistenzarztes waren?

Das ist schwer vorherzusagen, auch wenn es diese Tendenz vielleicht in manchen Kliniken geben mag. Ich bin vielleicht nicht der absolut richtige Ansprechpartner, weil das in den Kliniken organisiert wird. Grundsätzlich denke ich, dass es gilt, mit weniger Ärzten, geringerer Dienstbereitschaft in den Kliniken die Versorgung für ein immer schwerer werdendes Patientengut aufrecht zu erhalten, und das bei fortschreitender medizinischer Weiterentwicklung und höherer Spezialisierung. Das geht nur, wenn alle Beteiligten flexibel mithelfen, historische Berufsbilder zu erweitern. Es gibt ja auch eine gewisse Verschiebung der Assistenzarzttätigkeiten auf Pflegekräfte. Sicher wird immer mehr erwartet, dass Oberärzte Alleskönner sind und flexibel Ihre Tätigkeit ausführen können. Aber es ist nicht nur der Nachwuchsmangel, sondern vor allem die demographische Herausforderung, die in den Kliniken ankommt, und durch die wird sich für uns alle vieles verändern.

Können Sie Aussagen zu durchschnittlichen Verdienstmöglichkeiten als Oberarzt treffen? Gibt es da regionale Unterschiede oder auch Unterschiede in den verschiedenen chirurgischen Fachdisziplinen?

Ich denke, es gibt ein klar belegtes Ost-West-Gefälle und ein von mir immer beobachtetes sozusagen gefühltes Nord-Süd-Gefälle; ich kann dies aber nicht durch exakte Studien belegen. Dazu gibt es zu den regionalen Unterschieden auch zu viele lokale Besonderheiten, z.B. in der Struktur verschiedener Häusern, öffentlich – privat, je nach tarifvertraglicher Situation. Grundsätzlich würde ich sagen, dass die durchschnittlichen Verdienstmöglichkeiten von Oberärzten zwischen ca. 80.000 € bis zu 100.000 € liegen. Es kommt auch schon mal vor, dass die Grenze 100.000 € überschritten wird, aber dafür gibt es dann besondere Gründe. In Zahlen lässt sich das schwer fassen und verallgemeinern. Im Prinzip gilt natürlich, dass ein strategischer Positionswechsel auch den Wert erhöhen kann, wenn die Erfahrung da ist.

Wie groß sind die Verdienstdifferenzen zwischen den verschiedenen Oberarztkategorien, wie leitender Oberarzt, geschäftsführender Oberarzt oder Funktionsoberarzt?

Es ist in Euro schwer zu beziffern, aber ich würde sagen, es könnte alles sein zwischen 10.000 € und 25.000 €. Hier gilt das Prinzip der Freiwilligkeit und dann hängt es ein bisschen vom Führungsstil des jeweiligen Chefs ab; wie bereit ist er/sie den eigenen und den Erfolg der Abteilung zu teilen und ggf. etwas in den Pool abzugeben, oder gar darüber hinaus. In Zukunft kann es gut sein, dass wir alle Arten von experimentellen Gehältern beobachten werden, wenn es manchen Häusern schwerer fällt, das Talent für sich zu gewinnen, das sie brauchen. Auf der anderen Seite steht aber der enorme Kostendruck in den Kliniken, und so erwarte ich hier keine allzu großen Verschiebungen.

Wie groß ist die Differenz zwischen den Gehältern von Oberärzten und Chefärzten? Lohnt sich der Aufstieg aus finanzieller Sicht überhaupt noch? Gerade vor dem Hintergrund von AT-Verträgen?

Nach meinen fast zwanzig Jahren Erfahrung in der Personalberatung ist, salopp gesagt, aus dem ärztlichen Beruf ein ganz normaler akademischer Beruf geworden. Früher hatten Ärzte deutlich herausgehobene Verdienste und auch Verdienstmöglichkeiten; gerade Chefarzt war ein Karriereberuf. Heute ist das anders, und leider ist diese Veränderung des klassischen Berufsbildes und der Außenwahrnehmung vielleicht auch eher Ursache für den akuten Nachwuchsmangel, den wir in der Chirurgie erleben, als dessen Folge. Dann muss man natürlich differenzieren, ob wir von einem Oberarzt/Oberärztin in der Grund- und Regelversorgung oder einer Position in der Maximalversorgung reden. Wenn Sie Oberarzt sind bei einem Grund- oder Regelversorger und werden Chefarzt in einem ähnlichen Krankenhaus, dann kann der Unterschied recht gering sein, vielleicht nur 10.000 € bis 20.000 €. Aber wenn Sie Oberarzt in einer Universitätsklinik sind, tariflich bezahlt werden, der Verdienst bei 85.000 € liegt und sie werden Chef in einem Maximalversorgungskrankenhaus oder auch in einem Schwerpunktkranken-haus, in dem die Chirurgie geteilt ist, in dem zudem die Alleinstellungsmerkmale wichtig und geschätzt sind beim Träger, dann können schon noch sehr große Sprünge auftreten; 100.000 € bis 200.000 € ist da schon als Sprung drin, besonders mit Liquidationsansprüchen. Die ganz großen Chefarztgehälter über 400.000 € sind aber inzwischen eher selten geworden, obwohl es sie auch in neuen Verträgen noch gibt.

Wie beurteilen Sie die Tendenz zur Vergütung der Oberärzte über AT-Verträge? Halten Sie diese für ein geeignetes betriebswirtschaftliches Mittel aus der Sicht der Geschäftsführung und für ein erstrebenswertes Ziel für betroffene Oberärzte?

Grundsätzlich sehe ich einen AT-Vertrag für Oberärzte in meiner Region selten. Aber es gibt sie natürlich. Es gibt Klinikträger die das machen können, und das sind eher hauptsächlich private Klinikträger. Dem geht aber meistens eine klare strategische Entscheidung voraus. Ein AT-Vertrag hat generell mehr Gestaltungsmöglichkeiten und muss von der Geschäftsführung mitgetragen und entschieden werden. Da heißt es dann, die machen für Oberärzte/Leistungsträger jetzt auch AT-Verträge, weil vielleicht ein Kollegialmodell angestrebt wird. Das dient sicherlich dazu, den leistungsbezogenen Aspekt mit einzubringen, und es gibt eine Grundvergütung sowie leistungsbezogene Zielvereinbarungen. Man muss dann auch die gewünschten Alleinstellungsmerkmale und Kompetenzen ggf. als Zielvorgaben mit in den Vertrag aufnehmen. Derartige Ziele sind mit dem herkömmlichen Oberarztvertrag eher nicht abzudecken. Hier sehe ich schon die Möglichkeit einen AT-Vertrag zu machen, wo die Erfahrung und Bedeutung der Position dies rechtfertigt. Was allerdings nicht vergessen werden darf: AT-Verträge sind unter Umständen leichter kündbar, weil bestimmte Gesetzespassagen nicht gelten. Für mich gilt auch: ein Oberarzt ist generell zwar Leistungsträger in einer Klinik, aber er ist juristisch kein leitender Angestellter auch wenn er Mitarbeiter führt; er hat nämlich selten Personalentscheidungsfreiheit. Grundsätzlich sind hier die Juristen gefragt.

Was gibt es bei AT-Verträgen für Oberärzte zu beachten?

Ich denke, dass ein AT-Vertrag für Oberärzte ein gutes Mittel ist, um gute Ärzte an die Klinik zu binden, die sonst weggehen, d.h. die Klinik verlassen. Mit einem AT-Vertrag hat man mehr Gestaltungsmöglichkeiten; allerdings muss es eine Win-win-Situation für die Vertragspartner geben, und die Ziele müssen so formuliert werden, dass sie erreichbar sind. Aber auch hier wieder die Empfehlung, den Vertrag von einem Juristen begutachten zu lassen. Dabei sollte es sich aber um einen Juristen handeln, der die Gesetzmäßigkeiten im Krankenhaus kennt und einordnen kann.

(Das Interview führte Matthias Franzke)

Deutschenbauer R. Erreichbare Zielvereinbarungen in außertariflichen Verträgen. Passion Chirurgie. 2011 März; 1 (3): Artikel 02_03.