

Spengler, Hannes; Jámbor, Csilla

Article

Tarifstreit zwischen Marburger Bund und Ländern und Kommunen:
Kompromiss bei den Ärztegehältern und Zugeständnisse bei den
Arbeitsbedingungen wären angemessen

DIW Wochenbericht

Provided in Cooperation with:

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

Suggested Citation: Spengler, Hannes; Jámbor, Csilla (2006) : Tarifstreit zwischen Marburger Bund und Ländern und Kommunen: Kompromiss bei den Ärztegehältern und Zugeständnisse bei den Arbeitsbedingungen wären angemessen, DIW Wochenbericht, ISSN 1860-8787, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin, Vol. 73, Iss. 24, pp. 353-360

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/151448>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Tarifstreit zwischen Marburger Bund und Ländern und Kommunen:

Kompromiss bei den Ärztegehältern und
Zugeständnisse bei den Arbeitsbedingungen wären
angemessen

Hannes Spengler
hspengler@diw.de

Csilla Jámbor
jambor@med.uni-
frankfurt.de

Ausgelöst durch den Rückzug der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) aus den Verhandlungen um einen neuen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD), die einseitige Kündigung von Tarifverträgen zu Urlaubs- und Weihnachtsgeld sowie die 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 Ärzteprotesten. Diese Aktionen fanden unter der Federführung des Marburger Bundes (MB) statt, der seine Verhandlungsvollmacht an die Gewerkschaft ver.di im September 2005 widerrief. Seither verhandelt der MB eigenständig mit der TdL – die Ärzte an Unikliniken und sonstigen Landeskrankenhäusern betreffend – und seit März 2006 mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) – die Ärzte an kommunalen Krankenhäusern betreffend.

Die vorliegende Studie zeigt, dass der auf kommunaler Ebene (und auf Bundesebene) geltende Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) Ärzte bei absoluten Einkommenszuwächsen gegenüber anderen Akademikern im Staatsdienst noch stärker bevorzugt, als es bisher schon der Fall war. Diese Möglichkeit besteht – je nach Auslegung der Vertragsinhalte – auch bei dem mit ver.di vereinbarten neuen Ländertarifvertrag (TV-L). Bei der Beurteilung der Gehaltsforderungen des MB erscheint eine Gesamtbetrachtung aller pekuniären Aspekte des Arztberufes, einschließlich der Zusatzverdienstmöglichkeiten und geldwerten Vor- und Nachteile, erforderlich. Dringend verbesserungsbedürftig sind die Regelung der Arbeitszeit der Ärzte und die Gestaltung befristeter Arbeitsverträge – jedenfalls an Universitätskliniken.

Die Forderungen des Marburger Bundes sind:

- Abschluss eines arztpezifischen Tarifvertrags,
- Erhöhung der Ärzteeinkommen um 30 %, auch begründet mit Kürzungen bei Urlaubs- und Weihnachtsgeld,
- vollständige Vergütung erbrachter Arbeitsleistungen,
- Abschaffung überlanger Dienstzeiten,
- Abschaffung kurzzeitig befristeter Arbeitsverträge,
- Abbau bürokratischer, patientenferner Tätigkeiten,
- Sicherstellung von Forschung und Lehre innerhalb der Arbeitszeit.

Im Mittelpunkt des Forderungskatalogs steht eine Gehaltserhöhung um 30 %. Da diese bei gegebenen Budgets weder von den Ländern noch von den Kommunen er-

Nr. 24/2006

73. Jahrgang/14. Juni 2006

Inhalt

Tarifstreit zwischen Marburger Bund und
Ländern und Kommunen
Seite **353**

Zahlenbeilage

füllt werden kann, verliefen die Tarifverhandlungen von Anfang an schleppend und sind nun – jedenfalls auf Länderebene – in eine Sackgasse geraten. Derzeit sind 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 inzwischen sogar in den Dauerstreik getreten. Außerdem besteht die Gefahr, dass auch in Kürze die kommunalen Krankenhäuser bestreikt werden.

Die beschriebene Situation kann mittlerweile für Patienten eine konkrete Gefahr darstellen, da mitunter dringend notwendige Behandlungen nicht termingerecht durchgeführt werden. Außerdem bedrohen die Streiks bereits jetzt die wirtschaftliche Existenz mancher Kliniken. Im Folgenden werden wichtige Punkte vorgestellt, die den Anspruch erheben, die Situation von Ärzten im öffentlichen Dienst umfassend zu beleuchten und so zur Versachlichung der Debatte beizutragen.¹

Differenzierte Betrachtung der Ärzteschaft und der institutionellen Rahmenbedingungen notwendig

Implikationen des Gesundheitssystems für Ärztegehälter

In der Bundesrepublik Deutschland wird die medizinische Versorgung ähnlich wie Bildung als „meritorisches Gut“ eingestuft. Es wird also davon ausgegangen, dass die alleinige oder vorwiegende Bereitstellung solcher Güter durch den Markt zu einer Unterversorgung – gemessen am gesellschaftlich wünschenswerten Versorgungsgrad – führen würde. Durch die gesetzliche Krankenversicherung gewährleistet der Staat allen Versicherten unabhängig von deren wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit eine umfassende medizinische Versorgung. Andererseits ist das Budget der gesetzlichen Krankenkassen jedoch begrenzt. Ärztegehälter können nur im Rahmen dieses Budgets finanziert werden, abgesehen vom Markt für Privatpatienten. Vor diesem Hintergrund ist eine signifikante Erhöhung der Gehälter ohne substantielle Veränderungen des Gesundheitssystems schwerlich zu realisieren. Innerhalb des bestehenden Systems kann Spielraum für Lohnerhöhungen nur durch Effizienzgewinne und / oder durch eine höhere Belastung der Beitragszahler erreicht werden.

Stärkere Leistungsorientierung der Bezahlung

Ein Grundproblem der bisherigen Entlohnung von angestellten Ärzten besteht in der am Alimentationsprinzip ausgerichteten (d. h. vorwiegend alters- und familienstandsorientierten) Bezahlung nach dem

Bundesangestelltentarif (BAT), der keine hinreichende Differenzierung nach Qualifikation und Leistungsfähigkeit vornimmt. Diese Kriterien finden dagegen verstärkt im neuen Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst des Bundes und der Kommunen (TVöD) Anwendung. Auch im jüngst von der TdL unterbreiteten Angebot eines Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) findet sich eine relativ starke qualifikationsspezifische Differenzierung der Einkommen.² Jedoch sehen weder TVöD noch TN-L eine explizite Honorierung von Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen vor. Mit einer leistungs- bzw. produktivitätsorientierten Bezahlung sind starke Lohnerhöhungen für Berufsanfänger kaum zu vereinbaren.

Die Qualifikations- und Leistungsanforderungen an Ärzte sind aber auch vom Krankenhausstyp abhängig. Krankenhäuser werden nach vier Versorgungsstufen differenziert: 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, werden in Häusern der Maximalversorgung komplizierte Eingriffe durchgeführt. Die schwierigsten und riskantesten Operationen – wie Organtransplantationen – finden 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.³ 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 – d. h. während der Bereitschaftsdienstzeiten. Aufgrund des unterschiedlichen Anforderungsprofils ist eine Differenzierung der Ärzteneinkommen nach der Versorgungsstufe des Krankenhauses erwägenswert, aber sie würde die Gewinnung von Ärzten in strukturschwachen Gebieten womöglich behindern.

¹ Eine ausführliche Darstellung ist nachzulesen bei Hannes Spengler und Csilla Jámor: 20 Punkte, die bei den Tarifverhandlungen über Ärztegehälter zu beachten sind. In: Research Notes 16 des DIW Berlin, Juni 2006.

² Die TdL hat sich mit ver.di und der dbb tarifunion am 19. Mai 2006 auf Eckpunkte eines Tarifvertrags 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 Eckpunktepapiers 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 die weniger als 1 000 im Landesdienst stehenden Ärzte relevant, die von ver.di vertreten werden.

³ 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“, 30. Januar 2004.

Entlohnungsunterschiede zwischen Ländern und Kommunen

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 MB einerseits mit der VKA über die Einkommen und Arbeitszeiten für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern und andererseits mit der TdL über die Arbeitsbedingungen für Ärzte an Landeskliniken verhandelt.⁴ 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 gewährt 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. Die Gehaltsunterschiede zwischen VKA (TVöD) und TdL (BAT) sind beträchtlich (Tabelle 1). Die Differenzen zugunsten der in kommunalen Häusern beschäftigten Ärzte werden dadurch vergrößert, dass die tarifliche Wochenarbeitszeit im Bereich der VKA fast ausschließlich 38,5 Stunden beträgt,⁵ im Bereich der TdL aber bis zu 42 Stunden gearbeitet wird (mindestens 38,5 Stunden).

Die oben angeführten Gründe legen es nahe, an Unikliniken höhere Ärztegehälter als an kommunalen Krankenhäusern zu zahlen, die Realität stellt sich derzeit aber umgekehrt dar. Diese Schiefelage könnte auch durch den TV-L bzw. die darin enthaltenen besonderen Regelungen für Ärzte an Universitätskliniken nicht vollständig beseitigt werden. Die Bruttojahresgehälter der in der Tabelle genannten exemplarischen Arzttypen würden zwar im Bereich der Bundesländer (TV-L) dann um 1 200 Euro für einen Assistenzarzt, 4 500 Euro für einen Facharzt und bis zu 11 000 Euro für einen (nicht leitenden) Oberarzt höher liegen als in den Kommunen oder beim Bund (TVöD). Der TV-L basiert jedoch auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 42 Stunden, während es beim TVöD nur 38,5 Stunden sind. Für normale Fachärzte könnte das Gehalt nach TV-L bei restriktiver Auslegung des Eingruppierungskriteriums „Facharzt mit entsprechender Tätigkeit“ sogar deutlich hinter jenem nach TVöD zurückbleiben.

Gehälter, Arbeitszeiten und Aufgabenspektrum

Ärztegehälter

Anhand von exemplarischen Arzttypen zeigt sich, dass die Einführung des TVöD im kommunalen

Tabelle 1

Unterschiede im Jahresgehalt von Ärzten zwischen Kommunen (VKA) und Ländern (TdL)

	VKA (TVöD) gegenüber TdL (BAT) ¹	
	Brutto	Netto ²
Assistenzarzt, 27 Jahre, ledig, ohne Kinder, 1 Jahr Berufserfahrung	7 300	3 300
Facharzt, 38 Jahre, ledig, ohne Kinder, 5 Jahre fachärztliche Tätigkeit	10 100	4 400
Oberarzt, 47 Jahre, verheiratet, 2 Kinder, 14 Jahre fachärztliche Tätigkeit	8 300	5 700

1 Sämtliche Angaben entstammen dem Tarifgebiet West und beziehen sich auf die aktuellen Tarifvertragsbedingungen für Neueingestellte. Dargestellt sind die Verdienste nach TVöD (Kommunen) abzüglich der entsprechenden Beträge nach BAT (Länder).

2 Bei der Berechnung der Nettoeinkommen wurden hier aus Vereinfachungsgründen steuerlich relevante Sonderregelungen nicht berücksichtigt. Darüber hinaus wurde angenommen, dass die Ärzte in allen drei Beispielfällen in Niedersachsen beschäftigt, Kirchenmitglied (mit 9 % Kirchensteuer) und Mitglied der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung sind. Diese Annahme ist eher untypisch, da Ärzte, sofern ihr Bruttoeinkommen die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, eine private Krankenversicherung vorziehen, in der die Beiträge für Ärzte niedriger sind als in der gesetzlichen.

Quelle: Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2006

Tabelle 2

Ärztegehälter nach Tarifverträgen¹

	Brutto	Netto ²	Wochenarbeitszeit
Assistenzarzt, 27 Jahre, ledig, ohne Kinder, 1 Jahr Berufserfahrung			
BAT (VKA)	40 200	21 200	38,5
TVöD (VKA)	44 400	22 900	38,5
BAT (TdL)	37 100	19 600	42
TV-L (TdL)	45 600	23 400	42
Facharzt, 38 Jahre, ledig, ohne Kinder, 5 Jahre fachärztliche Tätigkeit			
BAT (VKA)	53 800	26 600	38,5
TVöD (VKA)	57 300	27 800	38,5
BAT (TdL)	47 200	23 400	42
TV-L (TdL)	61 800	29 600	42
Oberarzt, 47 Jahre, verheiratet, 2 Kinder, 14 Jahre fachärztliche Tätigkeit³			
BAT (VKA)	70 900	46 400	38,5
TVöD (VKA)	70 600	46 200	38,5
BAT (TdL)	62 300	40 500	42
TV-L (TdL)	81 600	52 600	42

1 Sämtliche Angaben entstammen dem Tarifgebiet West und beziehen sich auf die aktuellen Tarifvertragsbedingungen für Neueingestellte.

2 Bei der Berechnung der Nettoeinkommen wurden hier aus Vereinfachungsgründen steuerlich relevante Sonderregelungen nicht berücksichtigt. Darüber hinaus wurde angenommen, dass die Ärzte in allen drei Beispielfällen in Niedersachsen beschäftigt, Kirchenmitglied (mit 9 % Kirchensteuer) und Mitglied der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung sind. Diese Annahme ist eher untypisch, da Ärzte, sofern ihr Bruttoeinkommen die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, eine private Krankenversicherung vorziehen, in der die Beiträge für Ärzte niedriger sind als in der gesetzlichen. Durch die Tatsache, dass Ärzte nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung sondern in einer spezifischen Ärzteversicherung versichert sind, werden zwar nicht die Nettoeinkommen verzerrt. Die Ärzteversicherung bewirkt jedoch eine Besserstellung gegenüber sonstigen Arbeitnehmern hinsichtlich der zu erwartenden Altersbezüge.

3 Davon 7 Jahre oberärztliche Tätigkeit.

Quelle: Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2006

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

5 In Baden-Württemberg werden 39, im Tarifgebiet Ost 40 Stunden gearbeitet.

6 Mit niedrigeren Einkommen als nach BAT müssten nach TVöD (TV-L) im Wesentlichen nur ältere Ärzte ohne Facharztausbildung und verheiratete und kinderreiche Ärzte rechnen. Außerdem kann es durch den Übergang vom BAT zum TVöD (TV-L) nur bei neu abgeschlossenen Arbeitsverträgen zu Lohnrückgängen kommen. Für aus BAT-Zeiten fortbestehende Verträge gilt dagegen bis auf weiteres ein Bestandsschutz.

Bereich nicht etwa, wie vielfach von Ärztevertretern angeführt, eine Gehaltsreduktion sondern eine Gehaltssteigerung mit sich gebracht hat (Tabelle 2).⁶

Für die Bewertung der Ärztegehälter ist der Vergleich mit anderen Akademikern im öffentlichen Dienst entscheidend. Gemäß BAT (TdL) werden heute auf *Länderebene* Assistenzärzte in Vergütungsgruppe IIa eingruppiert. Nach fünfjähriger ärztlicher Tätigkeit oder nach Erlangung einer Facharztausbildung erfolgt ein Aufstieg in Vergütungsgruppe Ib. Nach acht Jahren in dieser Gruppe steigen Fachärzte in die Vergütungsgruppe Ia auf. Demnach durchlaufen Ärzte, die eine Facharztbezeichnung erworben haben, automatisch alle für Hochschulabsolventen vorgesehenen Vergütungsgruppen des BAT.⁷ Die Tatsache, dass bei normalem Berufsverlauf jeder Krankenhausarzt nach 13 Jahren die Vergütungsgruppe Ia erreicht, stellt eine Besserstellung gegenüber sonstigen Akademikern im öffentlichen Dienst dar, die diese Vergütungsgruppe im Allgemeinen nicht im Rahmen einer Regelbeförderung erreichen. Dies gilt in noch höherem Maße für den neuen Tarifvertrag 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.

Nach TVöD werden Ärzte auf *kommunaler Ebene* gleich zu Beginn ihrer Tätigkeit in Entgeltgruppe 14, andere Akademiker jedoch nur in Entgeltgruppe 13 eingestuft. Der Bruttolohnunterschied beläuft sich auf monatlich 243 Euro im ersten und 270 Euro im zweiten Berufsjahr. Neben dem höheren Einstiegsgehalt kommt Ärzten im TVöD – sofern sie eine Facharztausbildung erfolgreich abgeschlossen haben – auch ein beschleunigter Aufstieg innerhalb der Entgelttabelle zugute, an dessen Ende die höchste nach TVöD vorgesehene Entlohnung von 5 030 Euro (Entgeltgruppe 15, Stufe 6) mit 5 100 Euro sogar überschritten wird. Entgeltgruppe 15, Stufe 6 ist von sonstigen Akademikern nur dann zu erreichen, wenn sie Leitungsfunktion ausüben.

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 Zusatzverdienstmöglichkeiten 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 geregelt werden.

Arbeitszeiten

Ärzte arbeiten mit durchschnittlich 46–47 Wochenstunden deutlich mehr als andere Akademiker im öffentlichen Dienst (Durchschnitt: 40–41 Stunden).⁸ Dies kommt insbesondere in einem hohen Anteil langer und sehr langer Arbeitszeiten zum Ausdruck: 34 % der Ärzte arbeiten mindestens 50 Stunden pro Woche; bei 21 % der Ärzte sind es sogar mindestens 60 Stunden pro Woche. Die entsprechenden Anteile bei sonstigen Akademikern im öffentlichen Dienst liegen bei 10 bzw. 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 (34,0 %) oder gelegentlich (38,7 %) zwischen 23 und 6 Uhr arbeiten.⁹

In vielen Krankenhäusern werden 24-Stunden-Dienste geleistet. Diese sind in der Regel so aufgebaut, dass sich an einen normalen Arbeitstag mit 8 Stunden ein 16-stündiger Bereitschaftsdienst anschließt. In hochfrequentierten Häusern kommen Ärzte während eines solchen Dienstes häufig nur für kurze Zeit oder überhaupt nicht zum Ruhen. Dies stellt ein gesundheitliches Risiko sowohl für Patienten als auch für den Arzt dar. Die Berücksichtigung 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 überschritten werden darf, sowie deren Umsetzung im Rahmen des neuen zum 1.1.2004 in Kraft getretenen deutschen Arbeitszeitgesetzes könnten dieses Problem mildern.

Durch die Umsetzung der Regelungen des Arbeitszeitgesetzes im TVöD und nun auch im TV-L wird dem Gesundheitsschutz von Ärzten in höherem

⁷ Die höchste Stufe (Vergütungsgruppe I) erreichen nur solche Ärzte, die als ständige Vertreter des leitenden Arztes durch ausdrückliche Anordnung bestellt sind, wenn dem leitenden Arzt mindestens neun Ärzte unterstehen.

⁸ Vgl. Hannes Spengler: Einkommen und Arbeitszeiten junger Klinikärzte in Deutschland. In: Wochenbericht des DIW Berlin, Nr. 34/2005; und Hannes Spengler: Neue Evidenz zur beruflichen Situation von Klinikärzten in Deutschland. In: Wochenbericht des DIW Berlin, Nr. 38/2005.

⁹ Der von den statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit 1957 jährlich durchgeführte Mikrozensus bietet einen sehr umfangreichen Individualdatensatz – derzeit der größte seiner Art in Europa –, in den Informationen über 1 % aller Haushalte in Deutschland eingehen. 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 %-Unter Stichprobe des Gesamtdatensatzes und bezieht derzeit etwa 500 000 Personen ein. Dieser Datenumfang gewährleistet repräsentative Aussagen selbst für sehr spezielle Untergruppen des Arbeitsmarktes, wie vollzeitbeschäftigte Ärzte im öffentlichen Dienst. Im Mikrozensus 2003 sind z. B. 640 vollzeitbeschäftigte Ärzte des öffentlichen Dienstes enthalten.

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 im Interesse von Ärzten und Patienten – jedenfalls mittelfristig – beseitigt werden.

Dokumentationspflichten

Ein wesentlicher Teil der Arbeitsbelastung von Ärzten entfällt auf Dokumentationsarbeiten. Dabei geht es in erster Linie um Diagnosekodierungen, aber auch um etliche andere von Gesetzgeber und Krankenkassen nachgefragte Informationen. Einerseits ist eine angemessene Dokumentation der Tätigkeiten des medizinischen Personals und des Zustandes der Patienten eine Voraussetzung 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 von Dokumentationsassistenten, auch wenn sie die Dokumentationsaufgaben eines Arztes nicht in vollem Umfang übernehmen können.

Arbeitsmarktchancen und -risiken

Faktische Vollbeschäftigung

Ärzte sehen sich auch in Zeiten von Massen- und Akademikerarbeitslosigkeit einem geringen Arbeitslosigkeitsrisiko ausgesetzt. Berechnungen auf Basis des Mikrozensus 2003 ergeben eine Erwerbslosenquote¹⁰ für Absolventen des Studiengangs Humanmedizin von 2,5 %. Damit nehmen die Humanmediziner unter allen Hochschulabsolventen die günstigste Position ein.

Die ohnehin niedrige Erwerbslosenquote bei Humanmedizinern könnte angesichts der Tatsache, dass es in (Ost-)Deutschland Gebiete mit Ärztemangel und offenen Stellen für Klinikärzte gibt, durch eine entsprechende Mobilitätsbereitschaft weiter gesenkt werden, so dass für Absolventen des Studiengangs Humanmedizin von faktischer Vollbeschäftigung ausgegangen werden kann.

Prekäre Beschäftigungsverhältnisse

Trotz der faktischen Vollbeschäftigung von Humanmedizinern handelt es sich bei den meisten Ärztestellen im öffentlichen Dienst um prekäre Beschäftigungsverhältnisse. Nach dem Mikrozensus 2003

haben 43 % (78 %) der vollzeitbeschäftigten Ärzte (unter 35 Jahren) im öffentlichen Dienst befristete Arbeitsverträge. Dem stehen lediglich rund 12 % (39 %) befristete Arbeitsverhältnisse der sonstigen Akademiker im öffentlichen Dienst gegenüber. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass 59 % (45 %) der sonstigen Akademiker (unter 35 Jahren) Beamte sind, während die Beamtenquote bei Ärzten mit 7 % (4 %) sehr niedrig 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.

Möglichkeit der Niederlassung und des Wechsels in die Privatwirtschaft

Krankenhausärzte haben nach Vollendung ihrer Facharztausbildung die Möglichkeit, sich als Freiberufler niederzulassen. Das Bundesministerium für Gesundheit 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 rund 85 000 Euro, im Osten von 78 000 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.¹¹ Ein europäischer Vergleich der Hausarzt-einkommen zeigt, dass man sich im Mittelfeld und nicht etwa am unteren Ende der Einkommensskala in Westeuropa befindet. Neben der klassischen Alternative, als niedergelassener Arzt tätig zu sein, bestehen nicht zuletzt lukrative Betätigungsfelder in der Privatwirtschaft – z. B. bei Pharmaunternehmen und Unternehmensberatungen.

Leichter Zugang zu internationalen Arbeitsmärkten

Mobile Ärzte können die Homogenität medizinischer Dienstleistungen dazu nutzen, sich zumindest temporär in Ländern mit höheren Einkommens-

¹⁰ Die hier verwendete Erwerbslosenquote ist definiert als: $\text{Erwerbslose} / (\text{Erwerbstätige} + \text{Erwerbslose}) \times 100$, wobei Erwerbslosigkeit den Zustand beschreibt, dass eine Person nicht erwerbstätig ist und innerhalb der letzten 4 Wochen Arbeit gesucht hat.

¹¹ So ergibt sich z. B. für Internisten in den alten Bundesländern ein durchschnittliches Bruttoeinkommen inklusive Privatliquidation von 137 000 Euro (neue Länder: 117 000 Euro). Während die Internisten die höchsten Einkommen beziehen, müssen sich die ostdeutschen Hautärzte auf der anderen Seite der Verteilung mit einem Gesamtbruttoeinkommen von 63 000 Euro begnügen. Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Zahlen und Situation der Ärzteschaft, 2006.

chancen niederzulassen. Beliebte Auslandsziele für deutsche Krankenhausärzte stellen zur Zeit u. a. die Schweiz und Großbritannien dar. Die Forderung, die deutschen Ärztegehälter im öffentlichen Dienst an europäische Spitzenniveaus anzupassen, 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.¹²

Resümierend ist festzuhalten, dass für Humanmedizinstudenten und junge Ärzte die Arbeitsmarktchancen bei weitem die Arbeitsmarktrisiken übersteigen. Ärzte sind aufgrund ihrer Ausbildung international einsetzbar; sie können damit Lohndifferentiale zwischen Ländern ausnutzen. Gleichzeitig stellt sich der heimische Arbeitsmarkt für Ärzte auch außerhalb des klassischen Aufgabenfeldes zunehmend attraktiv dar, was auch in annähernder Vollbeschäftigung zum Ausdruck kommt.

Zusatzverdienste

Bereitschaftsdienste, Rufbereitschaften, Überstunden

Bereitschaftsdienste sind eine Chance unter Zusatzbelastung, das Einkommen in nicht unerheblichem Maße zu steigern. Nach Zahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) erhält ein Assistenzarzt durchschnittlich ca. 600 Euro pro Monat Bereitschaftsdienstvergütung und ein Oberarzt durchschnittlich ca. 780 Euro pro Monat Rufbereitschaftsdienstvergütung zusätzlich zu seinem monatlichen Tabellenentgelt.

Auch Überstunden stellen eine Zusatzbelastung mit gleichzeitiger Zusatzverdienstmöglichkeit dar, sofern die Dokumentation und die Vergütung korrekt erfolgen. In den meisten anderen Berufen des öffentlichen Dienstes bestehen dagegen keine Möglichkeiten, das Einkommen durch Mehrarbeit – sei es in Form von Bereitschaftsdiensten oder Überstunden – zu vergrößern.

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. Schätzungen gehen hier davon aus, dass die jährlichen Poolgelder von Assistenz- und Fachärzten häufig unter 1 000 Euro liegen, demgegenüber erzielen Oberärzte Beträge, die bis in den niedrigen fünfstelligen Bereich gehen.

Notarztstätigkeiten, Vertretung niedergelassener Kollegen, medizinische Gutachten

Notarztstätigkeiten – sofern nicht vom Arbeitgeber angeordnet – sind rein freiwillige vom Arbeitgeber zu genehmigende Aktivitäten von Ärzten auf freiberuflicher Basis und spielen sich allein 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 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 großen inhaltlichen Nähe zur regulären Beschäftigung im Krankenhaus teilweise eine Berechtigung des Notarztes zur Privatliquidation besteht. Nicht zuletzt deshalb erfreuen sich Notarztstätigkeiten großer Beliebtheit, weisen aber aufgrund der hohen Nachfrage auch nur eine begrenzte Zugänglichkeit auf.¹³ Auch die Erstellung von medizinischen Gutachten für Versicherungen, Gerichte und andere Auftraggeber stellt für Ärzte eine (zumeist) freiwillige Zusatzverdienstmöglichkeit dar.

Auslandseinsätze

Länder, die wie Großbritannien oder Irland unter Ärztemangel leiden, bieten vor allem deutschen Ärzten sehr gute Chancen, im Rahmen von Wochenend- oder anderen Kurzeinsätzen eine signifikante Aufbesserung ihres Gehalts zu realisieren. Hier profitieren deutsche Ärzte von der internationalen Einsetzbarkeit und Reputation ihrer Ausbildung.¹⁴

¹² Laut BMG ist die Ärztedichte in Deutschland mit einem berufstätigen Arzt je 269 Einwohner 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, BMG, a.a.O.

¹³ Dies gilt weitgehend auch für Fälle, in denen Krankenhausärzte Praxisvertretungen für niedergelassene Kollegen übernehmen.

¹⁴ Der Tagesspiegel vom 15.8.2005 berichtet, dass ein in Großbritannien geleisteter Wochenenddienst einer Verdoppelung des deutschen Monatsgehalts gleichkommen kann. Eine solche Entlohnung entspricht indes nicht dem normalen britischen Gehaltsgefüge, sondern kann nur deshalb realisiert werden, weil nicht genug einheimische Ärzte verfügbar sind.

Insgesamt zeigt sich, 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 nennenswerte Zusatzverdienste zu realisieren.

Geldwerte Vor- und Nachteile

Weiterbildung

Alle Ärzte haben die Pflicht, sich auch nach dem Studium weiterzubilden. Öffentliche Arbeitgeber stellen jedoch 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, die finanzielle Last der Weiterbildung (Arbeitsausfall des Arztes durch Abwesenheit und Teilnahmegebühren) allein den Krankenhäusern aufzubürden. Dennoch sollte das lebenslange Lernen der Ärzte auch im Sinne der Arbeitgeber/Krankenhäuser sein, so dass eine gewisse Belastung gerechtfertigt erscheint. Denkbar wäre auch eine anteilige Überwälzung der Weiterbildungskosten auf die Beitragszahler. So wären alle von ärztlichen Weiterbildungsmaßnahmen profitierenden Gruppen (Ärzte, Arbeitgeber, Patienten) an den Kosten beteiligt.

Ärztesspezifische Rentenversicherung und Vorteile bei der Krankenversicherung

Die Ärzte gehören zu den privilegierten Berufsständen, die von einer berufsspezifischen Rentenversicherung profitieren und sich deshalb von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) befreien lassen können. Anders als die GRV ist die Ärzteversorgung nicht nach dem Umlage-, sondern nach dem Kapitaldeckungsverfahren organisiert und damit frei von den strukturellen Problemen der GRV. Außerdem ist die Ärzteversorgung nicht durch versicherungsfremde Leistungen belastet.

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 kann auch daran liegen, dass Ärzte eine bessere Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands vornehmen können als Nicht-Mediziner und deshalb weniger medizinische Behandlungen in Anspruch nehmen.

Kostenfreies Studium

Humanmedizin ist mit 5,3 Bewerbern pro Studienplatz im Jahre 2005 nicht nur einer der begehrtesten Studiengänge in Deutschland, sondern auch das mit großem Abstand teuerste Hochschulstudium.¹⁵ Nach einem Bericht des Instituts der deutschen Wirtschaft kostete es den Steuerzahler im Jahre 1995 je Student ca. 35 200 Euro.¹⁶ Agrar-, Forst- und Ernährungswissenschaften folgten mit 15 100 Euro weit abgeschlagen auf dem zweiten Platz und ein Studium der Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften kostete nur ca. 2 000 Euro je Student und Jahr.¹⁷ Geht man von einer Regelstudienzeit von zwölf Semestern, einer Inflationsrate von 2 % und ansonsten konstanten Ausbildungskosten aus, betragen die Kosten eines Medizinstudiums heute ca. 257 500 Euro. Die hohen Kosten, die dem Steuerzahler durch ein Medizinstudium entstehen, sind bei der Beurteilung der Angemessenheit der Entlohnung von Krankenhausärzten in Betracht zu ziehen. Überdies muss bei internationalen Vergleichen der Klinikärztegehälter berücksichtigt werden, dass in Deutschland bislang keine regulären Studiengebühren existieren; lediglich Langzeitstudenten und Studenten im Zweitstudium müssen in manchen Bundesländern moderate Studiengebühren entrichten. In Großbritannien betrugen die jährlichen Studiengebühren für Inländer im Erststudium dagegen im Jahre 2000 bis zu 28 000 Euro, in den USA bis zu 22 500 Euro. Die höheren Gehälter an öffentlichen Kliniken in den vorgenannten Ländern stellen somit auch eine Kompensation für die geleisteten 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 Euro teuren Studiums durch den Steuerzahler, über eine privilegierte Altersversorgung bis zu einer bevorzugten Absicherung in der Krankenversicherung erstrecken. Diese Vorteile dürften die geldwerten Nachteile (z. B. aus der Weiterbildungspflicht) übersteigen.

Fazit

Die Tarifparteien, die derzeit über das künftige Einkommens- und Arbeitszeitgefüge der deutschen Ärzte im öffentlichen Dienst verhandeln, müssen im Interesse der Patienten, die mit ihren Steuer- und Sozialversicherungsabgaben das Gesundheits-

¹⁵ BMG, a. a. O.

¹⁶ iwd, Nr. 4 vom 22. Januar 1998.

¹⁷ Angaben abzüglich Verwaltungs-, Drittmittel- und Klinikeinnahmen.

system finanzieren und damit einen Anspruch auf bestmögliche medizinische Versorgung erwerben, so schnell wie möglich zu einer Einigung gelangen. Insbesondere dürfen sich die Streiks nicht 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 in dieser Untersuchung gezeigt wurde, wäre eine Bestreikung der kommunalen Krankenhäuser auch deshalb nicht gerechtfertigt, weil dort gegenwärtig im Durchschnitt signifikant höhere Gehälter gezahlt werden und bessere Arbeitsbedingungen herrschen als an Universitätskliniken.

Ein Urteil darüber, ob Ärzte angemessen entlohnt werden, sollte sich weniger an absoluten als an relativen Kriterien – d. h. dem Gehaltsgefüge innerhalb des gesamten öffentlichen Dienstes – ausrichten. So konnte gezeigt werden, dass Ärzte im Hinblick auf die Bruttoeinkommen traditionell eine herausgehobene Stellung einnahmen. Diese Position wurde durch die Einführung des TVöD im Bereich der kommunalen Arbeitgeber/Krankenhäuser weiter gestärkt und mit dem Angebot eines Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) auch auf Länderebene nachvollzogen. Mit TVöD/TV-L sind Ärzte die weiterhin am besten verdienende Berufsgruppe innerhalb des öffentlichen Dienstes. Diese Einkommen als noch immer zu niedrig einzustufen, ist 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 – heute noch die Möglichkeit zu einem kostenfreien Humanmedizinstudium einräumt, eröffnet er den Absolventen dieses Studiengangs hervorragende Arbeitsmarktchancen, die sich nicht nur in faktischer Vollbeschäftigung von Ärzten äußert. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Einsatzmöglichkeiten von Humanmedizinern in anderen Bereichen zugenommen haben und dass sich auch die internationalen Arbeitsmärkte für deutsche Ärzte geöffnet haben. 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 der momentanen Ausgestaltung des TVöD/TV-L möglich sind. Allerdings muss beachtet werden, dass lange Dienstzeiten nicht nur von Krankenhäusern sondern auch von vielen Ärzten (aufgrund der Zusatzverdienstmöglichkeit) gewünscht werden. Hier wäre der Gesetzgeber aufgefordert, entsprechende Anpassungen im Arbeitszeitgesetz vorzunehmen. Weiterhin sollten sämtliche in der Patientenversorgung geleisteten Arbeitsstunden auch vergütet und die teilweise restriktive Befristung der Arbeitsverträge gelockert werden. Schließlich ist es nicht gerechtfertigt, dass die obligatorischen Weiterbildungsmaßnahmen größtenteils von den Ärzten selbst finanziert werden müssen.

Aus den Veröffentlichungen des DIW Berlin

Weekly Report DIW Berlin

3/2006

Karl Brenke and Gert G. Wagner

The Soccer World Cup in Germany: A Major Sporting and Cultural Event – But Without Notable Business Cycle Effects

The upcoming World Cup has raised high expectations in Germany, not just for the national team, but for the economy as well. As the cyclical upswing has mainly been supported by exports so far, hopes have been growing recently that this sporting event will have a positive and stimulating effect on domestic demand – partly by increasing consumer confidence – and so enable the upswing to gain breadth. The analysis of the macroeconomic effects of the Soccer World Cup presented here shows that this could only happen if the event brought a clear change in consumer and investment behavior, together with a change in future expectations. However, that is not to be expected. Nevertheless, the World Cup is of high socio-political significance due to its importance as a sporting and cultural event. It is (yet another) piece in the mosaic of Germany's transition from an industrial to a service society.

Die Volltextversionen der Weekly Reports liegen als PDF-Dateien vor und können auf der entsprechenden Website des DIW Berlin bestellt werden (www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/weeklyreport/index.html).

The full text version of the Weekly Reports is available in PDF format and can be ordered from the DIW Berlin website (www.diw.de/english/produkte/publikationen/weeklyreport/index.html).

Nachrichten aus dem DIW Berlin

Bundesverkehrsminister Tiefensee beruft Prof. Dr. Christian von Hirschhausen in den Wissenschaftlichen Beirat des Ministeriums

Prof. Dr. Christian von Hirschhausen, Forschungsprofessor am DIW Berlin, wurde im Mai 2006 von Bundesverkehrsminister Wolfgang Tiefensee in den wissenschaftlichen Beirat des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtplanung berufen.

Der Wissenschaftliche Beirat berät den Bundesminister für Verkehr bei der Vorbereitung und Durchführung seiner Aufgaben und soll dazu beizutragen, die Erkenntnisse der Wissenschaft sowohl in die verkehrspolitische als auch in die fachliche Arbeit einzubringen. Christian von Hirschhausens Schwerpunkt in Forschung und Lehre liegt in der Verkehrsinfrastrukturpolitik in den Bereichen Autobahn, Flughäfen sowie im öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV).

Eine Zusammenfassung zum Reformbedarf in der deutschen Verkehrs- und Infrastrukturpolitik erstellte Hirschhausen in dem von Prof. Dr. Klaus F. Zimmermann herausgegebenen Buch „Deutschland – was nun? Reformen für Wirtschaft und Gesellschaft. Beck Verlag, 2006.

Aus den Veröffentlichungen des DIW Berlin

Sule Akkoyunlu and Boriss Siliverstovs

Modelling Turkish Migration to Germany

This study develops a time series model of Turkish migration to Germany for the period 1963–2004 using the cointegration technique. A single cointegrating relation between the migration flow variable and the relative income ratio between Germany and Turkey, the unemployment rates in Germany and Turkey, and the trade variable, that captures intensity of bilateral economic cooperation, is found. By including the trade variable in the empirical migration function we investigate whether trade and migration are complements or substitutes: a question on which the theoretical literature does not provide a definite answer. Our results support the former view.

Discussion Paper No. 595

Mai 2006

Stefan Lutz, Oleksandr Talavera and Sang-Min Park

Effects of Foreign Presence in a Transition Economy: Regional and Industry-Wide Investments and Firm-Level Exports in Ukrainian Manufacturing.

We investigate the effects of regional and industry-wide foreign presence and foreign direct investment (FDI) on export volumes of Ukrainian manufacturing firms using unpublished panel data from 1996–2000. Foreign presence through FDI may have negative competition effects on domestic firms' performance while, at the same time, domestic firms' productivity may be increased by technology transfer or through training and demonstration effects. From a Cournot competition model including negative competition and positive technology-spillover effects, we derive the hypotheses that foreign presence and foreign investment might positively affect domestic firms' output and exports. Our estimation results support these hypotheses and suggest in particular that large firms and durable-goods producers benefit most from foreign presence and investments.

Discussion Paper No. 594

Mai 2006

Die Volltextversionen der Diskussionspapiere liegen als PDF-Dateien vor und können von den entsprechenden Webseiten des DIW Berlin heruntergeladen werden (<http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/index.html>).

The full text versions of the Discussion Papers are available in PDF format and can be downloaded from the DIW Berlin website (<http://www.diw.de/english/produkte/publikationen/index.html>).

Hinweis auf eine Veranstaltung

DIW Berlin, CEPR London, and IZA Bonn are pleased to invite you to the next Berlin Lunchtime Meeting

In or Out of the Euro Area: Does it Matter?

An Evidence Based Analysis of the Trade Effects of the Euro

Prof. Richard E. Baldwin, Ph.D. (Graduate Institute of International Studies, Geneva and CEPR)

28 June, 12–2 p.m.

dbb forum berlin, Friedrichstr. 169–170/Französische Straße, 10117 Berlin

Moderator: Prof. Dr. Georg Meran, Vice-President (German Institute for Economic Research, DIW Berlin)

Political considerations were to the fore in the decision to create the euro. Going forward, however, economics moves to centre stage and the trade effects of the euro are at the heart of many issues, ranging from synchronization of business cycles to the benefits of euro area membership. In this talk, Richard Baldwin presents the findings of his new CEPR Report that marshals the best available empirical evidence on the size and nature of the euro's pro-trade effect. One of the findings is that being 'in' versus 'out' of the euro area has less impact on trade flows than previously thought. This is due to the fact that euro area membership has acted like a unilateral trade liberalization by the 'ins', which boosted their imports from the 'outs' almost as much as their imports from fellow euro-users.

Richard Baldwin is Professor of International Economics at the Graduate Institute of International Studies, Geneva as well as Policy Director of the Centre of Economic Policy Research (CEPR), London. He has published in the areas of international trade, regionalism, European integration, economic geography, political economy and growth. Richard Baldwin has consulted for the EU, OECD, World Bank, EFTA, USAID and UNCTAD.

We look forward to your participation. To register, please send an e-mail to events@diw.de. We ask you to confirm your reservation.

The Berlin Lunchtime Meetings are supported by the Anglo-German Foundation.

Impressum

DIW Berlin
Königin-Luise-Str. 5
14195 Berlin

Herausgeber

Prof. Dr. Klaus F. Zimmermann (Präsident)
Prof. Dr. Georg Meran (Vizepräsident)
Dr. Tilman Brück
Dörte Höppner
Prof. Dr. Claudia Kemfert
Dr. Bernhard Seidel
Prof. Dr. Viktor Steiner
Prof. Dr. Alfred Steinherr
Prof. Dr. Gert G. Wagner
Prof. Dr. Axel Werwatz, Ph.D.
Prof. Dr. Christian Wey

Redaktion

Kurt Geppert
Dr. Elke Holst
Manfred Schmidt
Dr. Mechthild Schrooten

Pressestelle

Renate Bogdanovic
Tel. +49 – 30 – 89789-249
presse@diw.de

Vertrieb

DIW Berlin Leserservice
Postfach 7477649
Offenburg
leserservice@diw.de
Tel. 01805 – 198888, 12 Cent/min.

Reklamationen können nur innerhalb von vier Wochen nach Erscheinen des Wochenberichts angenommen werden; danach wird der Heftpreis berechnet.

Bezugspreis

Jahrgang Euro 180,–
Einzelheft Euro 7,– (jeweils inkl. Mehrwertsteuer und Versandkosten)
Abbestellungen von Abonnements spätestens 6 Wochen vor Jahresende

ISSN 0012-1304

Bestellung unter leserservice@diw.de

Konzept und Gestaltung

kognito, Berlin

Satz

eScriptum, Berlin

Druck

Walter Grützmacher GmbH & Co. KG

DEUTSCHLANDAusgewählte saisonbereinigte Konjunkturindikatoren¹

		Arbeitslose		Offene Stellen		Auftragseingang (Volumen) ^{2,3}													
						Verarbeitendes Gewerbe					Vorleistungsgüter- produzenten		Investitionsgüter- produzenten		Gebrauchsgüter- produzenten		Verbrauchsgüter- produzenten		
		Insgesamt		Inland		Ausland													
		in 1000				2000 = 100													
mtl.		vj.		mtl.		vj.		mtl.		vj.		mtl.		vj.		mtl.		vj.	
2004	J	4 298		315		100,3		95,1		106,9		101,1		101,6		88,0		95,8	
	F	4 269	4 298	303	308	101,3	101,6	95,8	96,1	108,3	108,4	102,7	102,5	102,3	102,9	88,0	88,2	96,1	96,4
	M	4 270		287		103,2		97,6		110,2		103,8		104,9		88,8		97,5	
	A	4 312		275		104,1		97,2		112,7		104,7		106,0		87,8		98,8	
	M	4 329	4 319	277	278	106,7	104,4	98,3	97,0	117,1	113,7	106,3	105,0	109,4	106,3	90,5	88,5	99,8	98,6
	J	4 362		277		102,4		95,5		111,1		103,8		103,6		87,3		97,1	
	J	4 403		273		103,2		95,9		112,1		102,5		105,8		87,4		98,5	
	A	4 436	4 416	270	272	103,6	103,4	96,5	95,9	112,6	112,7	103,9	103,1	105,9	105,9	86,5	86,6	98,2	98,6
	S	4 456		270		103,4		95,3		113,5		103,1		105,9		85,9		98,9	
	O	4 486		274		102,9		95,6		112,0		101,8		106,2		84,4		97,5	
	N	4 526	4 512	284	281	102,2	103,6	94,5	96,0	111,8	113,0	101,4	101,4	104,6	107,7	85,3	84,7	100,2	99,0
	D	4 590		298		105,6		98,0		115,1		100,9		112,3		84,4		99,3	
2005	J	4 726		317		104,7		96,2		115,3		103,6		107,6		86,2		102,5	
	F	4 808	4 749	336	327	104,0	104,5	94,8	95,6	115,4	115,7	101,6	102,5	107,7	108,1	86,0	86,0	102,5	102,8
	M	4 840		361		104,9		95,7		116,5		102,3		109,0		86,0		103,4	
	A	4 816		381		103,6		95,5		113,7		101,4		107,1		87,5		101,9	
	M	4 835	4 829	392	386	103,4	105,2	95,1	96,6	113,8	115,9	102,0	102,8	106,5	109,1	84,5	87,2	102,5	103,0
	J	4 834		407		108,6		99,3		120,3		104,9		113,8		89,6		104,7	
	J	4 827		423		109,3		98,8		122,6		107,0		113,9		87,2		105,2	
	A	4 831	4 834	444	434	109,0	109,8	99,1	99,3	121,4	123,0	106,2	106,8	113,8	115,0	90,4	88,8	104,2	104,5
	S	4 856		464		111,1		99,9		125,0		107,4		117,2		88,7		104,0	
	O	4 849		478		112,5		99,6		128,6		108,8		118,5		90,0		106,7	
	N	4 822	4 826	478	475	115,1	113,7	101,2	100,0	132,3	130,7	110,2	110,1	122,4	119,7	91,2	90,7	106,6	106,6
	D	4 757		473		113,4		99,1		131,2		111,3		118,2		91,1		106,6	
2006	J	4 693		472		115,4		101,0		133,5		109,3		124,1		89,1		106,7	
	F	4 632	4 672	474	474														
	M	4 625		479															
	A	4 620		492															
	M	4 557		509															
	J																		
	J																		
	A																		
	S																		
	O																		
	N																		
	D																		

¹ Saisonbereinigt nach dem Berliner Verfahren (BV4). Dieses Verfahren hat die Eigenschaft, dass sich beim Hinzufügen eines neuen Wertes davorliegende saisonbereinigte Werte in der Zeitreihe auch dann ändern können, wenn deren Ursprungswert unverändert geblieben ist. Die Vierteljahreswerte wurden aus den saisonbereinigten Monatswerten errechnet.

² Außerdem arbeitstäglich bereinigt.

³ Für die Monate Februar und März 2006 können wegen des Fehlens der Daten aus Nordrhein-Westfalen keine saisonbereinigten Werte ausgewiesen werden.

DEUTSCHLANDnoch: Ausgewählte saisonbereinigte Konjunkturindikatoren¹

	Beschäftigte im Bergbau und im Verarbeitenden Gewerbe ³		Produktion ²										Umsätze des Einzelhandels		Außenhandel (Spezialhandel) ²				
			Verarbeitendes Gewerbe		Investitionsgüter- produzenten		Gebrauchsgüter- produzenten		Verbrauchsgüter- produzenten		Bauhaupt- gewerbe				Ausfuhr		Einfuhr		
			in 1000		2000 = 100										2003 = 100		Mrd. Euro		
	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	mtl.	vj.	
2004	J	6 049		100,7		103,1		88,2		97,7		81,5		101,3		58,1		45,1	
	F	6 042	6 049	101,5	101,4	103,3	103,9	87,7	88,5	97,5	97,5	86,3	84,0	101,2	101,7	58,7	176,3	46,2	137,1
	M	6 037		102,1		105,2		89,6		97,3		84,4		102,5		59,4		45,7	
	A	6 033		102,5		105,3		88,5		98,0		80,8		101,9		61,5		47,0	
	M	6 024	6 029	105,3	103,7	109,2	107,0	92,3	89,6	99,5	98,4	82,1	81,1	99,5	101,4	62,5	184,3	48,0	142,2
	J	6 020		103,1		106,6		88,0		97,7		80,3		102,7		60,3		47,2	
	J	6 015		102,9		106,1		88,5		97,5		79,1		103,0		60,9		48,6	
	A	6 010	6 013	104,0	103,5	108,2	107,2	87,5	87,7	98,1	97,8	79,2	79,0	101,2	102,1	60,7	181,8	48,0	145,5
	S	6 005		103,6		107,3		87,2		97,9		78,6		102,0		60,2		48,8	
	O	5 998		103,2		107,5		86,4		97,3		77,5		101,9		61,8		48,7	
	N	5 987	5 992	102,5	102,6	104,8	105,7	85,7	85,9	98,7	98,0	77,2	77,1	103,5	102,9	62,2	185,0	49,4	146,1
	D	5 980		102,1		104,7		85,7		97,9		76,7		103,3		61,1		48,0	
2005	J	5 971		104,7		108,2		86,4		99,3		79,5		102,4		63,2		49,8	
	F	5 960	5 965	103,9	104,4	107,6	108,3	86,9	86,5	99,6	99,7	73,5	75,0	103,1	103,0	62,2	189,0	48,7	148,4
	M	5 951		104,7		109,0		86,1		100,4		72,1		103,4		63,6		49,9	
	A	5 942		105,1		110,5		87,9		98,7		76,0		103,4		62,0		49,7	
	M	5 938	5 939	103,2	104,9	106,7	109,7	83,5	87,2	99,2	99,3	75,3	76,0	104,9	104,3	62,5	189,4	50,6	151,1
	J	5 927		106,4		111,9		90,2		100,0		76,6		104,7		64,8		50,8	
	J	5 917		106,5		111,2		85,4		101,3		75,8		102,2		65,0		51,2	
	A	5 914	5 916	106,2	107,0	110,0	111,5	89,1	87,5	100,7	101,5	77,4	76,3	106,3	104,4	66,1	198,9	52,8	157,2
	S	5 909		108,2		113,3		88,2		102,4		75,8		104,7		67,7		53,1	
	O	5 905		108,6		113,0		88,7		102,8		76,1		103,5		68,2		54,9	
	N	5 904	5 904	109,4	109,4	115,7	114,9	90,1	89,6	100,5	101,5	75,9	76,1	104,5	104,0	67,4	205,1	53,5	165,9
	D	5 899		110,2		116,1		90,2		101,3		76,5		104,1		69,6		57,5	
2006	J	5 884		109,1		114,5		91,6		100,7		72,9		104,8		69,2		56,9	
	F			110,5	110,1	116,4	115,6	91,1	91,6	101,1	100,7	76,7	74,9	104,4	104,3	72,6	213,0	60,1	177,0
	M			110,7		116,0		92,1		100,5		75,2		103,7		71,2		60,0	
	A			111,1		114,8		90,7		103,4		76,8		103,4		74,9		62,7	
	M																		
	J																		
	J																		
	A																		
S																			
O																			
N																			
D																			

¹ Saisonbereinigt nach dem Berliner Verfahren (BV4). Dieses Verfahren hat die Eigenschaft, dass sich beim Hinzufügen eines neuen Wertes davorliegende saisonbereinigte Werte in der Zeitreihe auch dann ändern können, wenn deren Ursprungswert unverändert geblieben ist. Die Vierteljahreswerte wurden aus den saisonbereinigten Monatswerten errechnet.

² Außerdem arbeitstäglich bereinigt.

³ Für die Monate Februar und März 2006 können wegen des Fehlens der Daten aus Nordrhein-Westfalen keine saisonbereinigten Werte ausgewiesen werden.