

Ärztliche Tarifpolitik für Arzthelferinnen

Kompromisse müssen gefunden werden

23 Gehaltstarifverträge und zehn Manteltarifverträge hat die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen (AAA) seit ihrem Bestehen mit den Gewerkschaften abgeschlossen. Das wurde in einer Veranstaltung anlässlich des 25jährigen Bestehens der AAA von ihrem Vorsitzenden, Dr. Helmuth Klotz, am 16. Juni in Köln

festgestellt. Die AAA war 1968 auf Initiative der Bundesärztekammer als privatrechtlich organisierte Arbeitgebervereinigung gegründet worden, nachdem sich die ärztliche Selbstverwaltung zuvor schon seit 1953 für einen Anlernberuf und danach für den staatlich anerkannten Lehrberuf der Arzthelferin eingesetzt hatte.

Tarifpartner auf Arbeitnehmerseite sind der Berufsverband der Arzthelferinnen, Zahnarzthelferinnen und Tierarzthelferinnen, die Deutsche Angestellten-gewerkschaft und der Verband der weiblichen Angestellten (diese drei Organisationen haben sich jüngst zu einer einheitlichen Verhandlungsgruppe zusammengeslossen) sowie mit Unterbrechung auch die Gewerkschaft ÖTV.

25 Jahre AAA waren jetzt Anlaß, die Kriterien bewußt zu machen, die bei den Tarifverhandlungen auf der Arbeitgeberseite im Hinblick auf die Besonderheiten des Arztberufs zu berücksichtigen sind. Vor allem bei den Manteltarifverträgen, die den allgemeinen Ordnungsrahmen für das Tarifrecht enthalten, spielen diese eine große Rolle und müssen deshalb auch expressis verbis in das Regelwerk eingehen.

► Die *personalen* Bedingungen der Arbeit einer Helferin in der Praxis eines Freiberuflers sind grundlegend anders als die von Arbeitern und Angestellten etwa in einem Großbetrieb. Die Arzthelferin ist in einem weit höheren Maße Mitarbeiterin im Wortsinne. Sie nimmt bis in viele Details hinein unmittelbar und persönlich Anteil an den Praxisabläufen. Der Praxisinhaber ist, wenn seine Praxis gedeihen soll, auf eine gute vertrauensvolle Zusammenarbeit mit seiner Helferin beziehungsweise seinen Helferinnen angewiesen, wie umgekehrt auch die einzelne Helferin im allgemeinen durch ihre Aufgaben persönlicher angesprochen ist als in einem Industrie-

betrieb oder in einer großen Verwaltung.

► Auch die *Arbeitsanforderungen* in einer Arztpraxis und überhaupt im Gesundheitswesen sind anders als in Großbetrieben und Verwaltungen. Das gilt zum Beispiel für die Arbeitszeit, die sich vor allem an Notwendigkeiten der Patientenversorgung ausrichten muß. Die Arbeitszeit verteilt sich zumeist im Tagesablauf anders als bei einer Bürotätigkeit in einer Verwaltung. Auf Anforderung muß die Arzthelferin auch bei ärztlichen Notfalldiensten außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten mit zur Verfügung stehen.

► Selbstverständlich sind alle sozialrechtlichen und berufsgenossenschaftlichen Schutzvorschriften zu beachten.

Gehälter und wirtschaftliche Kriterien

Wenn es um die Gehaltstarifverträge geht, sind vor allem folgende Aspekte zu beachten:

① Es muß allen Beteiligten klar sein, daß der niedergelassene Arzt wie jeder andere Arbeitgeber die von ihm in Anspruch genommene Arbeitskraft nach den Regeln von Angebot und Nachfrage, die auch den Arbeitsmarkt beherrschen, mit einem Gehalt angemessen abgelten muß – ebenso wie er auch Waren und andere Dienstleistungen für seine Praxis zu bezahlen hat. Sonst hat dies unter Umständen nach den Marktmechanismen Konsequenzen.

② Die Arbeitnehmerorganisationen erwarten verständlicherweise möglichst günstige Gehälter für die Helferinnen. Zumindest, so wird von ihnen argumentiert, sollte eine voll ausgebildete und berufserfahrene Arzthelferin in der Lage sein, bei normaler Lebensführung mit ihrem Gehalt auszukommen. Das sollen die Tarife als Mindestbedingungen gewährleisten.

③ Die Attraktivität des Berufs auf dem Arbeitsmarkt hängt auch von dessen finanzieller Ausstattung ab. Wenn die Arbeitgeber mit ihrem Gehaltsangebot unter dem erwarteten finanziellen Niveau bleiben, dann muß das Auswirkungen auf die Nachfrage im Beruf haben. Der Beruf Arzthelferin ist zwar ein interessanter, den Menschen zugewandter Beruf. Wenn aber bei etwa gleichartiger Ausbildung und etwa gleichem persönlichen Einsatz in anderen Berufen wesentlich mehr zu verdienen ist, wird es auf Dauer weniger Interessentinnen für die Arztpraxen geben oder nur noch Bewerberinnen mit einer weniger guten Qualifikation. Bekanntlich gibt es zur Zeit schon zu wenig Arzthelferinnen.

④ Junge Menschen erwarten, daß ihr Beruf Aufstiegsmöglichkeiten bietet. Auch wenn diese fehlen, wird der Beruf von leistungsbewußten Bewerbern nach einiger Zeit gemieden oder verlassen. Aufstiegsmöglichkeiten gab es zwar schon seit jeher in der Form, daß die Verträge zwischen dem einzelnen Arzt und seiner Helferin entsprechend gestaltet wurden. Es fehlen aber formale Kriterien für einen Aufstieg. Ein An-

fang wurde mit der curricularen Weiterbildung zur Arztfachhelferin in Hessen, später in Schleswig-Holstein, jetzt nach und nach auch in anderen Ärztekammerbereichen gemacht. Ab 1990 wurde dann der Tarifvertrag entsprechend differenziert: Statt bisher nur eine Gruppe sieht er jetzt vier Vergütungsgruppen mit unterschiedlichen Tätigkeitsmerkmalen vor, in denen nach unterschiedlich qualifizierten Arbeiten in einer Praxis unterschieden wird, und dementsprechend unterschiedlichen Gehältern, in denen sich beruflicher Aufstieg ausdrücken soll.

⑤ Unter dem Aspekt, möglichst viele qualifizierte Berufsanfänger zu gewinnen, müssen die Ausbildungsvergütungen für die Lehrlinge sich im großen und ganzen im allgemeinen Rahmen der Tarifverträge für vergleichbare Branchen halten. Am 31. Dezember 1991 befanden sich zwar nahezu 47 000 junge Menschen in der Ausbildung zum Beruf der Arzthelferin, davon knapp 46 000 in den alten Bundesländern. Es hätten allerdings noch mehr sein können, wenn man von der Nachfrage der Ärzte ausgeht; in den alten Bundesländern ist das Angebot an Ausbildungsstellen den letzten Jahren deutlich höher gewesen als die Zahl der Interessenten. Wenn man die Attraktivität für den Lehrberuf erhöhen will, muß man seine Schritte allerdings sorgfältig abwägen. Es wäre sicher nicht richtig, nun in einer Art von Panik

Höchstangebote abzugeben; damit würde man vielleicht eher die Falschen anreizen, von der Bezahlbarkeit und vor allem auch von der fachlichen Angemessenheit zu hoher Ausbildungsvergütungen ganz zu schweigen. Jedenfalls sollte deutlich werden, daß der Aspekt der Qualifizierung der Helferinnen und der Gewinnung von Mitarbeitern, die für diesen Beruf eine möglichst hohe praktische Intelligenz, Leistungsbeurteilung, menschliche Zuwendung und die Fähigkeit zur Eingliederung in den Praxisbetrieb mitbringen sollen, nicht hoch genug zu bewerten ist.

⑥ Ganz entscheidend ist vor allem der Gesichtspunkt der Bezahlbarkeit der Gehälter. Bei den Überlegungen und beim Austausch von Argumenten spielen vier Komponenten eine Rolle: a) die durchschnittlichen Umsätze der niedergelassenen Ärzte und die Steigerungsraten mit den Krankenkassen, wobei immer wieder dem Versuch entgegen gewirkt werden muß, Umsätze mit verfügbarem Einkommen zu verwechseln, b) die Entwicklung der Praxiskosten, c) die Lohnnebenkosten speziell in der Arztpraxis und schließlich d) die allgemeinwirtschaftliche Entwicklung.

Die großen deutschen Wirtschaftsforschungsinstitute haben in ihrem Frühjahrsgutachten vom 29. April 1983 für dieses Jahr einen Rückgang des Bruttoinlandsproduktes von 2,0 Prozent – in Ostdeutsch-

land einen Zuwachs von 5,5 Prozent – prognostiziert. Für Gesamtdeutschland saldiert sich das auf ein „Minuswachstum“ von 1,5 Prozent. Diese schon schlechte Prognose wird inzwischen von vielen Sachkennern sogar noch als zu optimistisch angesehen. Die Institute haben im Hinblick auf die gesamtwirtschaftliche Situation für maßvolle Tarifierhöhungen gerade in diesem Jahr plädiert – wobei anzumerken ist, daß die bisherigen Tarifabschlüsse in den alten Bundesländern um die Marke 3,0 Prozent pendeln.

Konsequenzen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

Die Rezession und relativ niedrige Tarifabschlüsse haben speziell im Gesundheitswesen Folgen: Insolvenzen, Betriebseinstellungen oder reduzierte Produktion, hohe Arbeitslosigkeit und im Verhältnis zu den Boomjahren niedrigere Lohn- und Gehaltserhöhungen verringern die Beitragseinnahmen der Krankenkassen und schwächen deren Finanzkraft.

Niedrigere oder stagnierende Grundlohnsummen der Kassen wirken unmittelbar über die Honorardeckelung auf die Gesamthonorare der Ärzteschaft und über diese wieder auf die Punktwerte, und das bei einer ständig steigenden Zahl erbrachter Leistungen. Außerdem verteilen sich die Gesamthonorare auf eine ständig größer werdende Zahl von niedergelassenen Ärzten, was den Umsatz für den einzelnen Arzt im statistischen Durchschnitt ebenfalls mindert. Dazu kommen die seit Jahren steigenden Praxiskosten, nicht nur bei den Gehältern, sondern ebenso auch bei den Sachkosten. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung hat in der „Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1990“ errechnet (Deutsches Ärzteblatt 45/1992), daß die Betriebskosten auf neue Höhen gestiegen sind: Bei Allgemeinärzten im Berichtsjahr auf 52,7 Prozent und bei Fachärzten auf 56,3 Prozent des Gesamtumsatzes. Tendenz: Weiter steigend. Außerdem, so das Zentralinstitut, seien

Tarifverhandlungen für Arzthelferinnen erst zum Jahresende

Die Verhandlungen über die Erhöhung des Tarifgehaltes für Arzthelferinnen, die am 16. Juni aufgenommen worden waren, wurden vertagt. Diesen einstimmigen Beschluß teilte der Vorsitzende von Vorstand und Tarifbeirat der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen (AAA), Dr. med. Helmuth Klotz, als Vertreter der ärztlichen Arbeitgeberseite mit.

Für die Tarifverhandlungen waren Gehaltsforderungen für die alten und neuen Bundesländer von 4,5 Prozent beziehungsweise 10 Prozent seitens der Arbeitnehmerverbände (Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr und der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft) erhoben worden.

Voraussetzung für Neuverhandlungen ist, so die AAA, daß die durch das Gesundheitsstrukturgesetz beeinflussten wirtschaftlichen Daten des Jahres für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte überschaubar werden. Das werde sich aber erst gegen Jahresende abzeichnen; ein neuer Verhandlungstermin ist für November dieses Jahres vorgesehen.

AAA

die Praxisüberschüsse in den Jahren 1987 bis 1990 auf 1,9 Prozent je Jahr bei Allgemeinärzten und auf 2,4 Prozent je Jahr bei Fachärzten gefallen. Im statistischen Durchschnitt bedeutet dies, daß der durchschnittliche Einkommenszuwachs bei den Allgemeinärzten in allen drei Jahren bis 1990 und für die Fachärzte 1989 und 1990 unterhalb der Inflationsrate lag, daß damit also für die niedergelassenen Ärzte insgesamt das Realeinkommen geschrumpft ist. 32 Prozent der Allgemeinärzte und 36 Prozent der Fachärzte hatten 1990 sogar in absoluten Zahlen einen Rückgang ihrer verfügbaren Einnahmen gegenüber 1987 hinzunehmen – eine Situation, wie in kaum einem anderen Berufsstand oder Gewerbebezweig, und seither hat sich nichts verbessert.

Folgen aus dem GSG

Vor allem kommen nun auch noch die Auswirkungen des GSG dazu: Budgetierungen, Richtgrößen, möglicherweise Verschiebungen in den Honorartöpfen, vor allem eine strikte Deckelung der Gesamthonorare. Besonders problematisch ist der Niederlassungsschub, den das Gesetz mit der Bedarfsplanung und den darauf aufbauenden Zulassungsbeschränkungen ausgelöst hat. Bis zur letzten Frist, den 31. Januar 1993, haben 16 370 Ärztinnen und Ärzte aus den Krankenhäusern noch schnell ihre Kassenzulassung beantragt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung rechnet damit, daß davon rund 12 000 diese Absicht bis zum Herbst 1993 verwirklichen werden. Damit wird die Zahl der niedergelassenen Vertragsärzte auf einen Schlag um mehr als 12,5 Prozent steigen; das gedeckelte Honorar, das im statistischen Durchschnitt auf den einzelnen Arzt entfällt, muß im Hinblick auf diese Komponente um den gleichen Prozentsatz sinken. Diese Absenkung wird nur gebremst durch die im Vergleich dazu wohl nur kleinere Zahl ausscheidender Vertragsärztinnen und -ärzte. Der neue Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. med. Winfried Schorre, bereitete in diesen Wochen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte

auf ganz erhebliche Honorarverluste vor, die er auf etwa 15 Prozent bezifferte. Unter diesem Aspekt wird aber auch der tarifpolitische Spielraum für die Verhandlungen über die Gehälter der Arzthelferinnen auf Null reduziert, rein rechnerisch muß er sogar weit unter Null liegen.

Schließlich ist auch darauf hinzuweisen, daß Durchschnittszahlen über Arzteinkommen, so freundlich sie dem einen erscheinen und so begehrt sie andere machen mögen, nichts aussagen über die individuelle Situation des einzelnen Arztes. Selbst wenn man diese Durchschnittswerte auf ärztliche Fachgruppen herunterspezifiziert, ist damit noch nicht viel gewonnen. Einzelne „Hochverdiener“, die über der statistisch zu erwartenden Wahrscheinlichkeitsverteilung liegen, ziehen diese Durchschnittswerte nach oben. Es sind daher mehr als 50 Prozent der Ärztinnen und Ärzte, deren Einkommen gerade *im* Durchschnitt bis weit *unter* dem statistischen Durchschnitt liegen. Und hier ist dann die Bezahlbarkeit der Praxiskosten unter Umständen eine Existenzfrage.

Öffnungsklausel nicht erforderlich

Nach dem Gesetz sind Tarifgehälter stets nur Mindestgehälter. Sie werden gerade bei Arzthelferinnen seit jeher recht häufig und teilweise sogar sehr wesentlich überschritten, vor allem in Ballungsgebieten und/oder wenn es darum geht, qualifizierte Kräfte zu gewinnen oder zu halten. Die jüngste Entwicklung kann aber dazu führen, daß besonders in weniger florierenden Praxen die Tarifgehälter zu Effektivgehältern werden und diese vielleicht sogar unterschritten werden müssen, wenn die wirtschaftliche Lage der einzelnen Praxis das erfordert. Für solche geringen Gehälter – soweit sie im konkreten Fall arbeitsrechtlich zulässig sind – bedarf es, eine entsprechende wirtschaftliche Situation beim einzelnen Arzt vorausgesetzt, keiner Öffnungsklausel. Die Tarifverträge für Arzthelferinnen sind nicht für allgemeinverbindlich erklärt worden, dafür liegen die gesetzlichen Voraussetzungen

nicht vor. Die „übliche Vergütung“ (§ 612 BGB), auf die jeder Arbeitnehmer nach unserer Rechtsordnung Anspruch hat und die sich nach der Rechtsprechung als Anhaltspunkt aus den Tarifverträgen ergibt, kann also im Einzelfall unterschritten werden, wenn es dafür aus Umständen, die in den einzelnen Praxen liegen, billigungswerte Gründe gibt.

Arbeitsmarkt für Arzthelferinnen

Auf dem Arbeitsmarkt gibt es bei allen medizinischen Fachberufen eine anhaltende Nachfrage nach qualifizierten Arbeitskräften. Zwar waren Ende September 1992 noch immer 6 967 Arzthelferinnen bei den Arbeitsämtern als arbeitslos gemeldet; dem standen nur 3 382 offene Stellen gegenüber. Tatsächlich ist aber die Nachfrage nach Helferinnen groß, wie ein Blick in die Samstagsausgaben der Tageszeitungen beweist. Es werden bei weitem nicht alle freien Stellen für Arzthelferinnen beim Arbeitsamt gemeldet. Unter den gemeldeten Arbeitslosen sind sicher viele nur kurzfristig ohne eine Stelle. Vor allem aber dürften viele aus objektiven oder persönlichen Gründen schlecht vermittelbar sein. Die Situation ist also heute völlig anders als Mitte der 80er Jahre, als wir fast 20 000 gemeldete arbeitslose Arzthelferinnen hatten, bei etwa 500 bis 600 gemeldeten offenen Stellen. Die Situation könnte sich noch verschärfen, wenn der bereits erwähnte Niederlassungsschub mit rund 12 000 neuen Ärztinnen und Ärzten wirksam wird und diese entsprechende Mitarbeiter benötigen werden. Es ist offen, inwieweit diese zusätzliche Nachfrage durch Arzthelferinnen, die aus bereits bestehenden Praxen freigesetzt werden, zu kompensieren ist.

Nivellierung vermeiden

Bei der Beobachtung des Tarifgeschehens in anderen Branchen fallen immer wieder die Abschlüsse im öffentlichen Dienst auf, auch die Gewerkschaften berufen sich gelegent-

lich darauf. Die AAA hat es aber immer prinzipiell abgelehnt, sich an den Abschlüssen für den öffentlichen Dienst zu orientieren, weil dort in vielfacher Hinsicht andere Bedingungen herrschen – obwohl es leider eine gewisse Konkurrenz der niedergelassenen Ärzte mit Krankenhäusern, Krankenkassen, Gesundheitsämtern und anderen Stellen um dieselben Mitarbeiter gibt. Ebensovienig werden bei den Verhandlungen konkrete Diskussionen über die Einkommen von Ärzten geführt, weil die Situation viel zu differenziert ist. Prinzipielle Einwendungen hat die AAA stets auch gegen gelegentliche Gewerkschaftsvorschläge, die Gehälter um einheitliche Sockelbeträge für alle Arbeitnehmerinnen zu erhöhen; statt dessen sprach die AAA sich bisher eher für einheitliche prozentuale Zuschläge aus, um im Rahmen des Möglichen die Leistungsorientierung zu erhalten und Nivellierungen entgegenzuwirken. Im allgemeinen wurden bisher immer Kompromisse gefunden, die hinsichtlich der Steigerungsraten der Gehälter mittelfristig der allgemeinen Entwicklung der Bruttolohn- und Bruttogehaltssumme folgten und sich damit auch als letztlich tarifpolitisch richtig erwiesen.

Das Tarifgeschäft – zumindest in seiner Ausprägung im Detail – folgt nicht irgendeinem wirtschaftswissenschaftlichen Regelwerk. Vielmehr müssen zwischen widerstreitenden Interessen und Meinungen pragmatisch Kompromisse gefunden werden. Nicht immer, oder besser: Fast nie ist dies einfach. Unterbrechungen der Verhandlungen, getrennte Verhandlungen der Kontrahenten, der Abbruch von Verhandlungen, all dies gehört zum Tarifalltag. Entscheidend ist vor allem, daß der Wille zur Einigung über eine für Arbeitgeber und Arbeitnehmer vertretbare Lösung besteht und erhalten bleibt. Dabei kann es kein Unglück sein, daß zwischenzeitlich nach Kündigung eines Vertrages zunächst keine Einigung über einen neuen Vertrag zustande kommt, wie dies gerade jetzt wieder einmal vorgekommen ist; dann gilt der alte Tarifvertrag bis zum Abschluß eines neuen weiter.

Gerhard Vogt

EG-Assoziierungsabkommen

Deutsche streben Sonderregelung an

Im Gesundheitsstrukturgesetz ist unter anderem vorgesehen, die freie Niederlassung für Vertragsärzte zu beschränken. Diese Regelung erhält zusätzliche Brisanz durch politische Maßnahmen, die von ganz anderer Seite erfolgen: Zwischen den EG-Mitgliedstaaten und den Republiken Polen, Ungarn, Bulgarien und Rumänien wurden Assoziierungsabkommen getroffen, in denen den Staatsangehörigen der Unterzeichnerländer auch die freie Niederlassung als Arzt eingeräumt wird. Über ähnliche Abkommen mit der Tschechischen und der Slowakischen Republik wird bereits verhandelt. Im Bundestag wurden inzwischen Sonderregelungen zugunsten deutscher Ärzte beraten.

Durch die Gründung von Assoziationen zwischen den Ländern der EG und den mittel- sowie osteuropäischen Staaten Polen, Ungarn, Rumänien und Bulgarien soll der Beitritt dieser Länder zur EG vorbereitet und ein Beitrag zu ihrer politischen und wirtschaftlichen Stabilisierung geleistet werden. Mit Inkrafttreten der Europa-Abkommen sei auch eine sofortige Niederlassungsfreiheit gegenüber den Unterzeichnerstaaten vorgesehen, erklärte der Staatssekretär im Bundeswirtschaftsministerium, Dr. Johann Eekhoff, vor dem Bundestag. Dabei werde grundsätzlich vom Prinzip der Inländergleichbehandlung ausgegangen. Das heißt: Ein polnischer Arzt zum Beispiel, der in Deutschland arbeiten möchte, darf bei der Niederlassung und Berufsausübung nicht gegenüber einem deutschen Arzt benachteiligt werden.

Bedarfsplanung gilt für alle

Dr. Eekhoff erklärte, eine deutsche Forderung nach einer Ausnahme von der Niederlassungsfreiheit für Ärzte wäre bei den bereits unterzeichneten Abkommen EG-intern nicht durchsetzbar gewesen. Für die anderen EG-Mitgliedstaaten stelle

sich das Problem nämlich wegen der fehlenden Grenznahe und anderen Regelungen in den Zulassungsvorschriften nicht in gleicher Weise wie für Deutschland.

Allerdings werde durch die Europa-Abkommen Ärzten und Zahnärzten aus den Assoziierungs-Staaten kein „uneingeschränkter Zugang“ eröffnet, betonte die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Dr. Sabine Bergmann-Pohl. Sie unterlägen genauso der Bedarfsplanung wie Inländer, die die Zulassung zum Vertragsarzt anstrebten.

Zudem sei inzwischen vom Deutschen Bundestag ein Änderungsantrag zum Sozialgesetzbuch V eingebracht worden, nach dem deutschen Ärzten bis Ende 1998 auf jeden Fall das Recht auf Niederlassung eingeräumt wird. Für Ärzte aus Polen, Ungarn, Bulgarien und Rumänien gilt dies nicht.

Bei den noch ausstehenden Assoziierungs-Abkommen mit der Tschechischen und Slowakischen Republik sowie den GUS-Staaten, den baltischen Staaten und den jugoslawischen Nachfolgestaaten will die Bundesregierung sogar noch einen Schritt weitergehen. Hier wird angestrebt, eine Gleichstellung von Heilberuflern aus den Abkommen von vornherein auszuklammern. Sp