

mit Beihilfe, Pensionsberechtigung und insgesamt etwas geringeren Abzügen vom Bruttogehalt stehen die Nachteile der fehlenden Altersprogression bzw. Stufenregelung gegenüber. Außerdem sind Dienste (Ruf- und Bereitschaftsdienst) im Rahmen der W-Besoldung nicht vorgesehen und werden somit auch nicht bezahlt. Dies kann zu der bizarren Situation führen, dass ein berufener Universitätsprofessor monatlich über 2000 Euro weniger erhält als Oberärzte, die ihm nachgeordnet sind, aber nach dem TV-Ä bezahlt werden. Das medizinische Fakultäten (und nicht nur sie) unter solchen Vorzeichen erhebliche Probleme haben, geeignete Kandidaten für eine W2-Professur zu finden, liegt auf der Hand<sup>3</sup>. Obwohl finanzielle Erwägungen für viele klinische Forscher nicht im Vordergrund stehen, ist der „Aufstieg“ in eine W2-Position für Fachärzte häufig unattraktiv.

#### Gleichstellung grundlagenwissenschaftlich arbeitender Ärzte

Auch die primär grundlagenwissenschaftlich arbeitenden Ärzte sollten keine finanziellen Einbußen gegenüber klinisch tätigen Kollegen hinnehmen müssen, da sonst der wissenschaftliche Nachwuchs in Deutschland gefährdet wäre mit fatalen Folgen für die deutsche biomedizinische Forschung. Das für in der Forschung tätige und nach TV-Ä besoldete Ärzte erreichte<sup>2</sup> sollte in gleicher Weise für die W2-Professoren gelten. Klinische Forschergruppen und/oder klinische Sonderforschungsbereiche wären ansonsten auf Dauer international nicht mehr konkurrenzfähig. Es gilt auch ausdrücklich, einem allgemeinen Verlust an Wertschätzung wissenschaftlicher Arbeit und des Ansehens eines klinisch tätigen Wissenschaftlers in Deutschland entgegen zu wirken.

#### Möglichkeiten leistungsabhängiger Zulagen für W2-Professoren

Allerdings besteht ausdrücklich die Möglichkeit leistungsabhängiger Zulagen für W2-Stelleninhaber, die dann von der Fakultät erbracht werden müssten.

Die Regelungen bzw. Umsetzungen dieser Möglichkeiten werden derzeit in den verschiedenen Bundesländern bzw. Fakultäten unterschiedlich gehandhabt. Es besteht kein Anspruch auf solche individuellen Regelungen. Die dargestellte finanzielle Schieflage hat zum Beispiel in Baden-Württemberg dazu geführt, dass keine W2-Stellen in der Medizin mehr ausgeschrieben werden, sondern lediglich W3-Positionen. Innerhalb eines Bundeslandes (Hessen) gibt es an den drei Universitätsklinika bzw. Medizinischen Fakultäten drei unterschiedliche Verfahrensweisen: In Frankfurt werden nur W3-Stellen, entweder nicht strukturbildend (d.h. eingebunden) oder als Abteilungsleiter (vormals Ordinariat) besetzt. In Gießen existieren für W2-Stelleninhaber in den Kliniken keinerlei Leistungszulagen, lediglich im Bereich der Vorklinik bzw. in den theoretischen Fächern in Ausnahmefällen. In Marburg sind für W2-Stelleninhaber leistungsabhängige Zulagen (SFB-Mitgliedschaft, qualifizierte Drittmittel u.ä.) bzw. Zulagen im Rahmen von Bleibevereinbarung möglich (bis ca. 20% des Grundgehaltes).

#### Unterstützung für eine angemessene Besoldung von W2-Professoren durch die DFG

Im Rahmen von Forschergruppen und Klinischen Forschergruppen können geförderte W2-Professuren aufgestockt finanziert werden. Damit können Differenzen zur bisherigen durchschnittlichen C3-Vergütung ausgeglichen werden. Im Heisenberg-Programm werden derzeit W2-Professuren gefördert. In all diesen Programmen kann die DFG die Grundvergütung übersteigenden Mittel bis zu einer Gesamthöhe von maximal 81.600 Euro für W2-West, bzw. 76.800 Euro für W2-Ost zur Verfügung stellen.

#### Sicherstellung einer angemessenen Besoldung durch den sogenannten Mindestbezug

Das Verwaltungsgericht Gießen hat im Streitfall um die Besoldung eines nach W2 eingruppierten Marburger Universitätsprofessors kürzlich das Bundesverfassungsgericht angerufen.

Der Professor hatte geklagt, dass die Besoldungsstufe W2 mit einem Grundgehalt von gut 4000 Euro keine amtsangemessene Besoldung darstelle, und das Verwaltungsgericht Gießen stimmte dem grundsätzlich zu. Die Karlsruher Richter sollen die Verfassungsmäßigkeit prüfen, ob die neu geschaffene Besoldungsgruppe W2 eine angemessene Alimentation eines Hochschulprofessors darstelle (§ E 248/07). Der Vergleich mit anderen Besoldungsgruppen ergebe, dass die sich aus den vielfältigen und anspruchsvollen Aufgaben der Hochschulen im Bereich von Forschung und Lehre ergebende besondere Qualität der Tätigkeit und die Verantwortung der Hochschullehrkräfte nicht richtig gewichtet seien. Durch die Abschaffung der Dienstaltersstufen seien die Grundgehaltssätze verglichen mit dem Endgrundgehalt der C-Besoldung um mehr als ein Viertel herabgesetzt worden. Der Kernbestand der Alimentationspflicht sei nur gewahrt, wenn die amtsangemessene Besoldung allein durch die festen Gehaltsbestandteile – den so genannten Mindestbezug – sichergestellt sei.

#### Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) fordert daher:

- Äquivalente Nettovergütungen der klinisch bzw. grundlagenwissenschaftlich tätigen W2-Professoren in der Inneren Medizin und der nach TV-Ä eingruppierten Oberärzte müssen angestrebt werden.
- Der gesetzliche Spielraum der leistungsbezogenen Zulagen für W2-Professoren nach Vorschrift des § 33 Abs. 1 Nr. 2 des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) muß besser bekannt gemacht und von den Fakultäten genutzt werden.

#### Elisabeth Märker-Hermann für die Kommission „Wissenschaft, Nachwuchsförderung“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Kommissionsmitglieder: A. Althoff, Ch. Espinola-Klein, G. Fätkenheuer, J. Graf, J. Hampe, R. Knöll, F. Lammert, E. Märker-Hermann, G. Nickenig, M. Schott, E. Schulze-Lohoff

<sup>3</sup> <http://www.hochschulverband.de/cms1/w-besoldung.html>

## Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

### Internistische Intensiv- und Notfallmedizin: Stiefkinder der Inneren Medizin?

### Tätigkeiten und Entgelte der W2-Professoren in den internistischen Kliniken deutscher Universitätsklinika

## Internistische Intensiv- und Notfallmedizin: Stiefkinder der Inneren Medizin? (Stellungnahme vom 30.09.2009)

Bis heute ist es nicht gelungen, die internistische Intensiv- und Notfallmedizin als eigenen Schwerpunkt der Inneren Medizin in der Weiterbildungsordnung zu verankern. Dies hat verschiedenste Gründe, natürlich auch den, dass Intensivmedizin auch von anderen Gebieten der Medizin betrieben wird. Ganz zweifelsfrei gibt es zahlreiche Krankheitsbilder deren intensivmedizinische Diagnostik und Therapie ebenso wie ihre primäre Erkennung in einer Notaufnahme internistischen Sachverstand erfordern. Dennoch ist es ganz offensichtlich insbesondere für Aspiranten auf leitende Positionen eher karrierehinderlich, wenn sie sich diesen Feldern widmen. Daraus resultiert auch ein Mangel an entsprechenden Weiterbildungsbefugnissen in internistischen Kliniken und Abteilungen, was wiederum zu einer unzureichenden Verbreitung einer entsprechenden Weiterbildung zumindest in der Zusatzbezeichnung internistische Intensivmedizin führt.

Was sind die Konsequenzen dieses Problems und was sind Lösungsmöglichkeiten?

Bezüglich der Intensivmedizin ist es evident, dass zahlreiche internistische Erkrankungen zu krisenhaften Situationen führen können, das beginnt mit endokrinen Krisen, geht über krisenhafte rheumatologische Erkrankungen wie die Sklerodermiekrise oder die Lupuskrise ebenso wie über die schweren Erkrankungen des Verdauungstraktes wie die akute Pankreatitis oder die gastrointestinale Blutung bis zu Nierenversagen, Lungenversagen und beispielsweise der Sepsis. Die Behandlung all dieser Erkrankungen bedarf grundlegender Kenntnisse in Differentialdiagnose und Differentialtherapie, die Beurteilung komplexer Laborparameter und der Kenntnis zahlloser pharmakologischer und interventioneller Therapieansätze. Dies ist durch ein Consultingsystem auf einer von anderen Gebieten geleiteten Intensivstation schwer denkbar, eine dauerhafte Tätigkeit der internistischen

Kollegen unter klinischen und organisatorischen Weisungsbefugnis fachlich zumindest in diesen Dingen nicht kompetenten Kollegen ist ebenfalls wenig plausibel.

Schließlich hat das Fehlen entsprechender Kompetenz und auch der formalen Zusatzweiterbildung in Zukunft wohl auch Konsequenzen bezüglich der Erstattung durch die Kostenträger im Rahmen der DRG.

Dies bedeutet, dass die Internisten in universitären ebenso wie in nicht-universitären Krankenhäusern rasch beginnen müssen, falls noch nicht geschehen, die entsprechende Zusatzweiterbildung zu erwerben und diese dann auch verbreitet weiterzugeben. Die Task Force Internistische Intensiv- und Notfallmedizin der DGIM versucht derzeit in einer systematischen Erhebung in Deutschland das Vorhandensein internistischer Intensivstationen ebenso wie das von Weiterbildungsbefugnissen und Weitergebildeten zu erfassen. Die Ergebnisse werden zeigen, dass hier massive Anstrengungen nötig sind. Die DGIM wird daher mit der DGIIN entsprechende Kurse im Rahmen ihrer Jahrestagung und auch unabhängig davon anbieten, um sowohl den Einstieg in die Intensivmedizin als auch die Vorbereitung der Prüfung bezüglich der Zusatzweiterbildung zu erleichtern. Schließlich bemühen wir uns auch die Vertretung in der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) zu verbessern. Hier sind alle entsprechend interessierten Internisten aufgefordert Mitglied dieser Fachorganisation zu werden, die seit neuestem auch individuelle Mitgliedschaften zulässt.

Bezüglich der Notfallmedizin gibt es ebenfalls Entwicklungen, die einer aufmerksamen Beobachtung und klarer Positionierung bedürfen. Einerseits bestehen Tendenzen einen eigenen Facharzt für Notfallmedizin und damit ein eigenes Gebiet Notfallmedizin zu schaffen. Andererseits werden an zahl-

reichen Kliniken zentrale interdisziplinäre Notaufnahmen und Notaufnahme-Stationen eingerichtet, die eine eigenständige Leitung haben. Während letzteres angesichts der modernen Erstattungssysteme und dem damit verbundenen durchaus nützlichen Zwang zur raschen Diagnostik und sinnvollen Zuordnung der Patienten zu kompetenten Spezialisten sinnvoll erscheint, ist ersteres wohl eher kontraproduktiv. Hier wird häufig eine Notaufnahme mit dem Schockraum gleichgesetzt und übersehen, dass die Notaufnahme großer Krankenhäuser in Abhängigkeit von der regionalen Versorgungssituation oft ein sehr breites Spektrum in Art und Intensität ganz unterschiedlicher Erkrankungen oder Störungen des Wohlbefindens betreuen müssen. Dies erfordert Kenntnisse die typisch für einen breit ausgebildeten allgemeinen Internisten sind, der zusätzlich selbstverständlich über Kenntnisse der Intensivmedizin und der Reanimation verfügen muss.

Eine „Chefarztfunktion“ in einem solchen Bereich erfordert zwingend, dass nicht nur die organisatorische sondern auch die medizinische Kompetenz und Leitungsfähigkeit vorhanden sein muss. Insofern erscheint es naheliegend, dass viele Krankenhäuser die eine derartige Einrichtung bereits geschaffen haben, bezüglich der Leitungsfunktion auch auf entsprechend erfahrene Internisten zurückgreifen.

Auch hier muss also die Tendenz dahin gehen, dass die Einrichtung von zentralen interdisziplinären Notaufnahme-Stationen klar befürwortet wird, dass diese aber in Zusammenarbeit zwischen Internisten, Chirurgen und den jeweiligen Rettungssystemen, die häufig von Anästhesisten betrieben werden, gestaltet werden müssen. Die Leitungen solcher Einrichtungen sollte sich am Fallspektrum orientieren. Dieses ist zu großen Teilen entweder internistisch wie oben beschrieben, oder chirurgisch - auch hier reicht das Spektrum von Bagateltraumen über

akute operationspflichtige Erkrankungen innerer Organe bis zu polytraumatisierten Patienten - und Schockraumpatienten sind sehr viel seltener. Daraus ergibt sich eigentlich zwangsläufig die personelle Struktur eines solchen Bereiches. In jedem Falle müssen die Leitungen inhaltlich und nicht „politisch“ definiert werden.

Es sei abschließend betont, dass selbstverständlich das Prinzip der Medizin die Zusammenarbeit zwischen benachbarten und befreundeten Fächern sein muss, wie sich dies ja auch in

einem der Hauptthemen des Internistenkongresses 2010 (Schnittstellen zu benachbarten Fächern) widergespiegelt. Es soll also keineswegs einer Abgrenzung das Wort geredet werden. Es muss aber verhindert werden, dass aus berufspolitischen Gründen und aufgrund von Verschiebungen im Tätigkeitsspektrum anderer Gebiete die Kompetenz der Inneren Medizin gerade bei schweren und schwerstkranken Patienten und bei primär im Krankenhaus Hilfesuchenden nicht genutzt wird. Ich würde es als günstig ansehen, wenn sich die Fachgesellschaften der

genannten Gebiete auch weiterhin in der Lage sähen gemeinsam inhaltlich begründete Konzepte aufzustellen, die dann von den verständlicherweise eher an der Ökonomie interessierten Krankenhausleitungen übernommen werden können. Die DGIM ist gesprächsbereit, sie muss und wird aber im Interesse der Patienten die Rolle der Internisten in diesen wichtigen Gebieten der Medizin behaupten und verhindern, dass diese Stiefkinder der Inneren Medizin werden.

Prof. Dr. Jürgen Schölmerich  
Vorsitzender der DGIM 2009/2010

## Tätigkeiten und Entgelte der W2-Professoren in den internistischen Kliniken deutscher Universitätsklinik (Stellungnahme vom 15.09.2009)

Die deutsche Medizin hat eine lange Tradition in der Ausbildung herausragender Mediziner und zugleich als Standort klinischer Spitzenforschung. Dies gilt im Besonderen auch für die Innere Medizin, die sich dadurch auszeichnet, dass sie konkrete Verbindungen zwischen Grundlagenforschung, klinischer Forschung und Anwendung am Krankenbett herstellt. Der zunehmende Anspruch, innovative Therapieprinzipien aus vertieftem pathophysiologischen Verständnis abzuleiten, erfordert gerade in der Inneren Medizin vermehrt grundlagenwissenschaftliches Arbeiten und damit Möglichkeiten, in denen sich klinisch tätige Ärzte ohne finanzielle Einbußen den Grundlagenwissenschaften widmen können.

Seit 2006 existiert für die im Angestelltenverhältnis beschäftigten ärztlichen Mitarbeiter ein entsprechender Ärzterarifvertrag (TV-Ärzte, TV-Ä), der im Prinzip in allen deutschen Universitätsklinik Anwendung findet. Ausnahmen sind zum einen die „neuen“ Bundesländer, die nach wie vor einen Tarif „Ost“, d.h. 20% unter dem jeweiligen Tabellenentgelt „West“ bezahlen. Zudem gilt in Hessen eine Sonderregelung mit 6 statt 4 Tarifstufen.

Beispielhaft für ein Bruttogehalt eines Facharztes nach dem TV-Ä sei hier die Eingruppierung „Ä 3“ für eine klinisch tätige Oberärztin/ einen Oberarzt aufgeführt, das vom 4. Jahr an € 6.300,- beträgt. „Oberarzt ist derjenige Arzt, dem die medizinische Verantwortung für Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik beziehungsweise Abteilung vom Arbeitgeber übertragen worden ist. Oberarzt ist ferner der Facharzt in einer durch den Arbeitgeber übertragenen Spezialfunktion, für die dieser eine erfolgreich abgeschlossene Schwerpunkt- oder Zusatzweiterbildung nach der Weiterbildungsordnung fordert.“ Der TV-Ä gilt nur für Ärzte, „die überwiegend Aufgaben in der Patientenversorgung wahrnehmen“. Überwiegend in der Forschung tätige Ärzte an Universitätsklinik wurden hingegen bis vor kurzem finanziell deutlich schlechter gestellt durch eine Besoldung nach dem allgemeinen Tarifvertrag für Bedienstete der Länder (TV-L), was im Falle der Funktion eines nicht überwiegend in der Patientenversorgung tätigen Oberarztes einem monatlichen Gehalt von € 3.700 entsprach. Hier konnte erfreulicherweise Ende März 2009 erreicht werden, dass der Geltungsbereich des TV-Ä an Universitäts-

kliniken auch auf diejenigen Ärzte auszudehnen sei, die „vorübergehend in einen Bereich ohne überwiegende Aufgaben in der Patientenversorgung wechselten“<sup>1</sup>. Einschränkung muß zum jetzigen Zeitpunkt allerdings hingenommen werden, dass die Tätigkeit in der Forschung 12 Monate nicht übersteigen darf und weiterhin ärztliche Aufgaben ausgeübt werden. Deutlich stärkere Auswirkungen auf die individuelle Motivation zu wissenschaftlichem Arbeiten hat das Nebeneinander verschiedener Besoldungssysteme auf die Attraktivität klinischer W2-Professuren. Die Stelleninhaber von W2-Professuren nehmen in der Regel Oberarztaufgaben wahr oder sind Abteilungs-, Sektions- oder Bereichsleiter, meist nicht strukturbildend, d.h. eingebunden. Werden lediglich die Bruttoeinkommen (West) verglichen, so entspricht eine W2-Professur (3.890€)<sup>2</sup> der Vergütungsstufe Ä1 ab dem 3. Jahr (d.h. Arzt, ohne Facharztbezeichnung oder spezifische Weiterbildung, nach zwei Berufsjahren) nach dem TV-Ä mit 3.950 €. Den Vorteilen des Beamtenstatus

<sup>1</sup> Flintrop J. Tarifvertrag für Ärzte an Universitätsklinik: Negative Folgen für die Wissenschaft werden abgemildert. Dtsch Arztebl 2009; 106(14): A-636 / B-544 / C-528

<sup>2</sup> H. Greten „Die Zukunft der klinischen Forschung ist gefährdet“ Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 13.05.09