

Einkommen und Arbeitszeiten junger Klinikärzte in Deutschland¹

Hannes Spengler
hspengler
@diw.de

Anfang August dieses Jahres sind junge Klinikärzte in Baden-Württemberg, Hessen und Bayern der Aufforderung des Marburger Bundes – den man als Klinikärztergewerkschaft bezeichnen kann – zu Demonstrationen gefolgt und haben auf ihre vermeintlich unbefriedigende berufliche Situation aufmerksam gemacht. Der Ärztenachwuchs sieht sich neben der generell als zu niedrig empfundenen Bezahlung als Opfer unzumutbarer Arbeitsbedingungen, die in einer hohen Zahl von (teilweise unbezahlten) Überstunden, vielen Diensten zu ungünstigen Zeiten, Ressourcenmangel bei Forschungsaktivitäten und einer Ausuferung der Dokumentationsarbeiten für die Krankenhausverwaltungen zum Ausdruck kommen.²

Seitens der Klinikärzte wird aber nicht nur ein unzureichendes Einkommensniveau beklagt, sondern auch die sich ständig verschlechternde relative Einkommenssituation moniert. Gemeint ist hier vor allem das als ungerecht empfundene Gehaltsgefüge innerhalb der Ärzteschaft an öffentlichen Kliniken – z. B. der Unterschied zwischen einem Assistenzarzt und einem Chefarzt. Es geht aber auch um die Einkommensposition im Vergleich zu anderen Berufsgruppen des öffentlichen Dienstes in Deutschland und zu Klinikärzten in anderen westlichen Ländern.³ So bewege sich Deutschland in einem europaweiten Vergleich der Klinikärztegehälter im unteren Drittel etwa auf einem Niveau mit Spanien. In Frankreich und Großbritannien dagegen wären die Verdienste im Durchschnitt doppelt, in den USA sogar viermal so hoch.⁴

Eine Analyse der anonymisierten Mikrodaten der amtlichen Mikrozensus von 1993 und 2002⁵ zeigt, dass sich in Deutschland die absolute und relative Einkommensposition der jungen Ärzte im öffentlichen Dienst in der Tat signifikant verschlechtert hat. Das Ausmaß dieser Verschlechterung muss aber in zweierlei Hinsicht relativiert werden: Zum einen ist der Wegfall der Pflicht zu einer schlecht bezahlten 18-monatigen Ausbildungszeit als „Arzt im Praktikum (AiP)“ zum 1. Oktober 2004 ins Bild zu nehmen, und zum anderen sind die günstigen Einkommensperspektiven eines Arztes über sein gesamtes Berufsleben hinweg zu berücksichtigen. Auch fallen die Arbeitszeiten, die junge Ärzte selbst in der Mikrozensus-Erhebung zuletzt

¹ Inhaltliche Hinweise gehen auch auf Prof. Dr. Horst Entorf von der TU Darmstadt zurück.

² Hinzu kommt, dass nach der Aufkündigung der Tarifverträge durch die Bundesländer im öffentlichen Dienst die Lohnzusatzleistungen wie das Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld stark gekürzt werden oder sogar ganz wegfallen. Zudem ist eine Erhöhung der wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 auf 42 Stunden im Gespräch. Beide Maßnahmen gelten freilich nicht nur für Ärzte, sondern betreffen alle Beschäftigten des öffentlichen Dienstes – Angestellte wie Beamte – eines Bundeslandes. Schließlich ist in diesem Zusammenhang auch die Diskussion um die Abschaffung der steuerfreien Zuschläge für Arbeit an Sonn- und Feiertagen sowie für Nacharbeit zu erwähnen.

³ So äußerten der Vorsitzende des Marburger Bundes Frank Ulrich Montgomery (im NDR am 2. Mai 2005) und der Präsident der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe (in „Die Welt“ vom 30. April 2005) unlängst, dass sich das Gehalt junger Ärzte im Laufe der Jahre ständig verschlechtert habe und inzwischen deutlich unter jenem von anderen Akademikern liege (Hoppe) bzw. auf dem Niveau von Grundschullehrern angekommen sei (Montgomery).

⁴ So „Der Tagesspiegel“ vom 5. August 2004.

⁵ Leider wurde der Public-Use-File des Mikrozensus 2003 erst vor kurzem verfügbar gemacht und konnte noch nicht in die Analysen dieses Berichts einfließen.

angegeben haben, mit durchschnittlich 46,3 Stunden in der Woche keineswegs aus dem Rahmen. Ältere Ärzte und andere Erwerbstätige arbeiten teilweise länger.

Im Mittelpunkt des vorliegenden Berichts steht die Analyse der absoluten und relativen Einkommenssituation junger – unter 35-jähriger – Ärzte in Deutschland, die vollzeitbeschäftigt im öffentlichen Dienst arbeiten. Der einzige für diese Analysezwecke infrage kommende Datensatz ist der Mikrozensus.⁶ Er weist Nettomonatsverdienste gemäß den 23 in Tabelle 1 dargestellten Einkommensklassen aus.⁷

In Tabelle 2 sind der Mittelwert, die Streuung, der Median, die mittlere Arbeitszeit und der durchschnittliche Stundenverdienst für junge Ärzte im öffentlichen Dienst und ausgewählte andere Berufsgruppen für die Jahre 1993 und 2002 ausgewiesen, wobei die Angaben für 1993 in Preisen des Jahres 2002 dargestellt sind. Es zeigt sich, dass die Gehälter der jungen Ärzte in dem betrachteten Zehnjahreszeitraum gesunken sind. Tatsächlich hat sich das durchschnittliche reale Nettoeinkommen dieser Gruppe von monatlich 2170 Euro im Jahre

1993 um etwa 7,5 % auf 2009 Euro im Jahre 2002 verringert. Damit stellen sich Ärzte dieser Altersgruppe in der Einkommensentwicklung deutlich schlechter als andere im öffentlichen Dienst beschäftigte Akademiker dieses Alters (mit Universitätsabschluss), deren Durchschnittsgehälter um real

6 Die vom DIW Berlin selbst erhobenen Daten des SOEP besitzen eine zu geringe Beobachtungszahl, um repräsentative Aussagen auf Berufsebene differenziert nach Alter und Beschäftigung im öffentlichen Dienst ableiten zu können; in der IAB-Beschäftigtenstichprobe sind nur sozialversicherungspflichtig beschäftigte Personen – also keine Beamten – enthalten, was eine vollständige Abdeckung des öffentlichen Dienstes nicht gewährleisten würde. Ferner eignet sich die IABS aufgrund ihrer zensierten Lohnangaben nicht für Analysen, die den Hoch-einkommensbereich einbeziehen.

7 Aus diesen gruppierten Daten lassen sich unter Verwendung der jeweiligen Klassenmitten und einer vom Forscher festzusetzenden Obergrenze für die offene Klasse (hier wurden 25 000 Euro angenommen) alle gängigen deskriptiven Lage- und Streuungsmaße berechnen. Insbesondere ist es mittels der von Cowell vorgeschlagenen Split-Histogramm-Technik möglich, Gini-Koeffizienten für gruppierte Daten zu bestimmen, um so das Ausmaß der Ungleichheit der Arztgehälter im öffentlichen Dienst zu ermitteln und mit anderen Berufsgruppen zu vergleichen. Vgl. F. A. Cowell: Measuring Inequality. 2. Aufl. Amsterdam 1995.

Tabelle 1

Einkommen vollzeitbeschäftigter Ärzte in Deutschland im Jahre 2002 nach Einkommensklassen¹

Einkommensklassen	Ärzte unter 35 Jahren im öffentlichen Dienst			Ärzte insgesamt im öffentlichen Dienst			Ärzte insgesamt außerhalb des öffentlichen Dienstes		
	Anzahl	Anteil	Anteil kumuliert	Anzahl	Anteil	Anteil kumuliert	Anzahl	Anteil	Anteil kumuliert
		In %			In %			In %	
Unter 150 €	157	0,4	0,4	157	0,1	0,1	477	0,3	0,3
300 bis unter 500 €	0	0,0	0,4	637	0,6	0,7	317	0,2	0,5
500 bis unter 700 €	477	1,3	1,8	1 140	1,0	1,8	1 362	0,8	1,3
700 bis unter 900 €	827	2,3	4,0	3 122	2,9	4,6	1 344	0,8	2,2
900 bis unter 1 100 €	2 657	7,3	11,4	3 078	2,8	7,5	3 234	2,0	4,2
1 100 bis unter 1 300 €	3 078	8,5	19,8	2 139	2,0	9,4	2 479	1,5	5,7
1 300 bis unter 1 500 €	1 966	5,4	25,3	2 991	2,7	12,2	3 076	1,9	7,6
1 500 bis unter 1 700 €	1 843	5,1	30,3	2 745	2,5	14,7	6 637	4,1	11,7
1 700 bis unter 2 000 €	1 959	5,4	35,7	7 327	6,7	21,4	9 042	5,6	17,3
2 000 bis unter 2 300 €	4 899	13,5	49,2	12 041	11,0	32,4	11 506	7,1	24,5
2 300 bis unter 2 600 €	5 919	16,3	65,6	15 160	13,9	46,3	13 560	8,4	32,9
2 600 bis unter 2 900 €	5 607	15,5	81,0	7 740	7,1	53,4	9 932	6,2	39,0
2 900 bis unter 3 200 €	1 331	3,7	84,7	9 973	9,1	62,5	12 285	7,6	46,7
3 200 bis unter 3 600 €	1 959	5,4	90,1	11 365	10,4	72,9	11 492	7,1	53,8
3 600 bis unter 4 000 €	2 296	6,3	96,4	7 671	7,0	80,0	10 712	6,6	60,4
4 000 bis unter 4 500 €	329	0,9	97,3	6 606	6,1	86,0	11 188	6,9	67,4
4 500 bis unter 5 000 €	320	0,9	98,2	5 581	5,1	91,1	8 838	5,5	72,8
5 000 bis unter 5 500 €	503	1,4	99,6	2 611	2,4	93,5	8 026	5,0	77,8
5 500 bis unter 6 000 €	156	0,4	100,0	2 889	2,7	96,2	8 083	5,0	82,8
6 000 bis unter 7 500 €	0	0,0	100,0	1 903	1,7	97,9	7 805	4,8	87,7
7 500 bis unter 10 000 €	0	0,0	100,0	1 139	1,0	99,0	8 884	5,5	93,2
10 000 bis unter 18 000 €	0	0,0	100,0	635	0,6	99,5	7 446	4,6	97,8
18 000 € und mehr	0	0,0	100,0	507	0,5	100,0	3 554	2,2	100,0
Insgesamt	36 285	100,0	x	109 158	100,0	x	161 281	100,0	x

¹ Monatliches Nettoeinkommen im Befragungsmonat April.

Quellen: Mikrozensus 2002; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2005

Tabelle 2

Einkommen und Arbeitszeit von jungen Ärzten¹ im öffentlichen Dienst und von jungen Erwerbstätigen¹ in anderen Berufsgruppen in Deutschland 1993 und 2002

Berufsgruppen	1993 ²					2002				
	Monatliches Nettoeinkommen ³			Wöchentl. Arbeitszeit	Stundenlohn	Monatliches Nettoeinkommen ³			Wöchentl. Arbeitszeit	Stundenlohn
	Mittelwert	Standardabweichung	Median			Mittelwert	Standardabweichung	Median		
	Euro			Stunden	Euro	Euro			Stunden	Euro
Ärzte im öffentlichen Dienst	2 170	2 017	2 149	45,0	12,10	2 009	921	2 014	46,3	10,80
Promovierte Ärzte im öffentlichen Dienst	.	.	.	.	.	2 130	896	2 073	46,3	11,50
Ärzte außerhalb des öffentlichen Dienstes	2 207	2 696	1 916	45,3	12,20	2 049	1 117	1 931	44,7	11,50
Ärzte insgesamt	2 185	2 254	2 097	45,1	12,10	2 018	967	2 001	45,9	11,00
Sonstige Akademiker im öffentlichen Dienst	1 681	1 472	1 585	40,4	10,40	1 731	1 017	1 659	41,2	10,50
Sonstige promovierte Akademiker im öffentlichen Dienst	.	.	.	.	.	1 958	684	1 885	44,1	11,10
Grund-, Haupt-, Real- und Sonderschullehrer	1 504	1 029	1 417	40,0	9,40	1 888	1 557	1 904	39,7	11,90
Gymnasiallehrer	1 579	1 052	1 488	41,0	9,60	1 524	766	1 342	42,2	9,00
Alle Erwerbstätigen	1 218	1 341	1 164	39,9	7,60	1 290	1 004	1 200	40,2	8,00

¹ Im Alter von unter 35 Jahren; vollzeitbeschäftigt.

² Einkommen und Stundenlohn in Preisen von 2002.

³ Im Befragungsmonat April.

Quellen: Mikrozensus 1993 und 2002; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2005

rund 3 % gestiegen sind, und noch schlechter als die Gesamtheit der Erwerbstätigen, die einen Lohnzuwachs von 6 % zu verzeichnen haben. Allerdings teilen die Ärzte ihr „Schicksal“ mit Gymnasiallehrern, die Lohnneinbußen von 3,5 % (bezogen auf den Mittelwert) bzw. sogar um fast 10 % (bezogen auf den Median ihres Nettoehaltes) hinnehmen mussten.

Nur eingeschränkt richtig ist die Aussage, wonach junge Ärzte heute weniger verdienen als andere Akademiker (insbesondere Lehrer) im öffentlichen Dienst. Das durchschnittliche Nettoeinkommen von jungen Ärzten lag im Jahre 2002 noch immer über dem von sonstigen Akademikern in dieser Altersgruppe – um knapp 300 Euro –, um 120 Euro über dem von Grund-, Haupt-, Real- und Sonderschullehrern (im Folgenden vereinfachend als Grundschullehrer bezeichnet) und um etwa 500 Euro über dem von Gymnasiallehrern; 1993 betragen diese Abstände noch 500, 650 und 600 Euro.

Berücksichtigt man allerdings die längere durchschnittliche Arbeitszeit von Ärzten, so stellt sich anhand des daraus resultierenden Stundenlohns heraus, dass junge Ärzte mit netto 10,80 Euro pro Stunde heute weniger verdienen als Grundschullehrer (11,90 Euro). Gegenüber 1993, als die Ärzte noch einen deutlich höheren realen Stundenlohn (12,10 Euro zu Preisen von 2002) hatten als die Grundschullehrer (9,40 Euro), hat sich die Situation umgekehrt. Aber auch beim Stundenlohn lagen junge Ärzte im Jahre 2002 immer noch knapp vor den sonstigen Akademikern und insbesondere vor den Gymnasiallehrern.⁸

Folgt man dem langjährigen Trend der Einkommensentwicklung, dürfte es inzwischen kaum noch Unterschiede zwischen den Einkommen von jungen Ärzten und Grundschullehrern geben. Allerdings gehen von der Abschaffung des Arztpraktikums zum 1. Oktober 2004 – einer 18-monatigen niedrig bezahlten praktischen Ausbildungszeit, die Ärzte nach vollendetem Studium durchlaufen mussten und die zuletzt nur mit monatlich rund 1 160 Euro im ersten und 1 320 Euro im zweiten Jahr entlohnt wurde – Impulse in Richtung einer Erhöhung des Durchschnittseinkommens aus; Universitätsabsolventen werden nun direkt als Assistenzarzt beschäftigt und entsprechend höher bezahlt.

Insofern werden Mediziner gegenüber Absolventen anderer Studiengänge mit Staatsexamen wie Jura oder Philologie, bei denen die dem Arztpraktikum entsprechende Referendarzeit beibehalten worden ist, inzwischen sogar bevorzugt. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass der Arbeitsmarkt für Ärzte anders als der für Lehrer oder Juristen aufgrund der internationalen Homogenität der in der Medizin zu erbringenden Dienstleistungen nicht national begrenzt ist. Dies kommt gegenwärtig eindrucksvoll darin zum Ausdruck, dass deutsche Ärzte Wochenendnotdienste in England übernehmen, wofür sie mit bis zu 170 Euro pro Stunde fürstlich entlohnt werden und nicht selten auch die Flugkosten erstattet bekommen.⁹

⁸ Der starke Einkommensanstieg von Grundschullehrern (um 26 % bzw. 34 %) stellt demnach eine Sonderbewegung im Bereich des öffentlichen Dienstes dar, die einer gesonderten Analyse bedarf.

⁹ Angaben aus „Der Tagesspiegel“ vom 14. August 2005.

Tabelle 3

Einkommen und Arbeitszeit von Ärzten¹ im öffentlichen Dienst und von Erwerbstätigen¹ in anderen Berufsgruppen in Deutschland 1993 und 2002

Berufsgruppen	1993 ²					2002				
	Monatliches Nettoeinkommen ³			Wöchentl. Arbeitszeit	Stundenlohn	Monatliches Nettoeinkommen ³			Wöchentl. Arbeitszeit	Stundenlohn
	Mittelwert	Standardabweichung	Median			Mittelwert	Standardabweichung	Median		
	Euro			Stunden	Euro	Euro			Stunden	Euro
Ärzte im öffentlichen Dienst	3 015	3 528	2 577	44,9	16,80	3 143	2 218	2 757	47,5	16,50
Promovierte Ärzte im öffentlichen Dienst	.	.	.	.	.	3 456	2 312	2 972	49,1	17,60
Ärzte außerhalb des öffentlichen Dienstes	4 155	5 081	2 999	52,5	19,80	4 614	4 201	3 387	51,7	22,30
Ärzte insgesamt	3 606	4 515	2 726	48,9	18,40	4 020	3 609	3 089	50,0	20,10
Sonstige Akademiker im öffentlichen Dienst	2 446	2 558	2 236	41,3	14,80	2 617	1 455	2 427	41,7	15,70
Sonstige promovierte Akademiker im öffentlichen Dienst	.	.	.	.	.	3 278	1 537	3 008	44,7	18,30
Grund-, Haupt-, Real- und Sonderschullehrer	2 061	1 316	2 077	40,3	12,80	2 357	1 009	2 310	39,9	14,80
Gymnasiallehrer	2 542	1 933	2 558	41,8	15,20	2 730	1 091	2 704	42,2	16,20
Alle Erwerbstätigen	1 571	2 186	1 324	40,6	9,70	1 769	1 596	1 463	41,2	10,70

¹ Vollzeitbeschäftigt.² Einkommen und Stundenlohn in Preisen von 2002.³ Im Befragungsmonat April.

Quellen: Mikrozensus 1993 und 2002; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2005

Darüber hinaus könnten – auch wenn dies nicht der traditionellen Philosophie des deutschen Bildungssystems entspricht – die „niedrigen“ Gehälter zu Beginn der beruflichen Laufbahn von Ärzten mit den erheblichen Kosten des Medizinstudiums gerechtfertigt werden. Dieses Studium war in den Jahren 1997/98 nach Auswertungen des Statistischen Bundesamtes und des Instituts der deutschen Wirtschaft mit 400 000 DM pro Studienplatz (Durchschnitt aller Studienfächer: 100 000 DM) das mit großem Abstand teuerste Studienfach, ohne dass dafür Studiengebühren fällig waren.¹⁰ Bei der Bewertung des Einkommens junger Ärzte kann auch berücksichtigt werden, dass die Mediziner ein hohes Sozialprestige genießen, was zuletzt in der breiten öffentlichen Unterstützung für das Anliegen der streikenden Ärzte zum Ausdruck kam. Solche „nichtpekuniären“ Erträge sind bei ihnen deutlich höher als bei allen anderen Akademikern.¹¹

Nun manifestiert sich die Attraktivität eines Berufes natürlich nicht allein darin, wie hoch die frühen Berufsjahre entgolten werden. Vielmehr orientieren sich einkommensmaximierende Individuen ceteris paribus auch an dem erwarteten (abdiskontierten) Lebenseinkommen. Vergleicht man anhand von Tabelle 3 alle Ärzte des öffentlichen Dienstes (d. h. ohne Alterseinschränkung) mit allen Grundschullehrern, so lässt sich ein um 800 Euro höheres Durchschnittseinkommen pro Monat für Ärzte feststellen; wenn man Ärzte mit Promotion zugrunde legt, fällt der Unterschied mit 1 100 Euro noch weit höher aus.

Auch setzen sich Ärzte im öffentlichen Dienst heute noch immer deutlich von sonstigen im öffentlichen Dienst beschäftigten Akademikern ab. Insbesondere zeigt sich die Attraktivität des Arztberufes darin, dass das Durchschnittseinkommen im privaten Bereich, in den ein öffentlich bediensteter Arzt spätestens nach Vollendung seiner Facharzt Ausbildung wechseln kann, mit monatlich 4 600 Euro (April 2002) nochmals merklich höher liegt. Auch relativieren sich die von jungen Ärzten im Zeitverlauf erlittenen Einkommenseinbußen, wenn man das gesamte Erwerbsleben in Betracht zieht. So hat sich das reale Durchschnittseinkommen von Ärzten im öffentlichen Dienst im hier betrachteten Zehnjahreszeitraum um etwa 4 % und das Medianeinkommen um 7 % erhöht. Diese Veränderungsrate liegen zwar unter jenen für den gesamten öffentlichen Dienst (7 % bzw. 8,5 %) und für alle Erwerbstätigen (12,6 % bzw. 10,5 %). Von Ärzten insgesamt (öffentlicher und privater Sektor) wurden aber Zuwächse erzielt, die mit 11,5 % bzw. 13,3 % im Bereich der Einkommenssteigerungen für alle Erwerbstätigen lagen. Diese Entwicklungschancen könnten sich die demonstrierenden Ärzte gegenwärtigen und die momentan unbefriedigende Situation stärker im Sinne einer Investition in ihr

¹⁰ Das zweit teuerste Studium waren mit 140 000 DM pro Studienplatz die Agrar-, Forst- und Ernährungswissenschaften. Rechts-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften kosteten den Steuerzahler weniger als 50 000 DM. In der gleichen Studie wurde ermittelt, dass 1998 45,2 % der gesamten Hochschulausgaben auf die Humanmedizin (einschließlich der zentralen Einrichtungen der Hochschulkliniken) entfielen.

¹¹ Laut einer aktuellen Studie des Allensbacher Instituts (vgl. www.ifd-allensbach.de) stehen Ärzte seit fast vier Jahrzehnten unangefochten an der Spitze der öffentlichen Wertschätzung. In der aktuellen Umfrage bezeichneten 71 % der Befragten den Arztberuf als besonders angesehen.

Tabelle 4

Einkommensungleichheit bei Ärzten¹ im öffentlichen Dienst und Erwerbstätigen¹ in anderen Berufsgruppen in Deutschland im Jahre 2002

Berufsgruppen	Gini	VK	P90/P10	P80/P20	E10	E20
Ärzte im öffentlichen Dienst	0,291	0,706	3,6	2,1	0,029	0,082
Promovierte Ärzte im öffentlichen Dienst	0,288	0,669	3,2	2,1	0,036	0,092
Ärzte außerhalb des öffentlichen Dienstes	0,397	0,911	5,3	2,7	0,025	0,065
Ärzte insgesamt	0,373	0,898	4,4	2,4	0,026	0,071
Sonstige Akademiker im öffentlichen Dienst	0,249	0,556	3,0	2,0	0,036	0,094
Sonstige promovierte Akademiker im öffentlichen Dienst	0,242	0,469	2,9	2,0	0,041	0,100
Grund-, Haupt-, Real- und Sonderschullehrer	0,194	0,428	2,4	1,7	0,042	0,108
Gymnasiallehrer	0,214	0,400	2,8	1,8	0,034	0,095
Alle Erwerbstätigen	0,342	0,902	4,5	2,3	0,022	0,070

¹ Vollzeitbeschäftigt.

Anmerkung: Gini steht für den Gini-Koeffizienten, VK für den Variationskoeffizienten, P90/P10 (P80/P20) für das Verhältnis des 90%- (80%)

Perzents zum 10%- (20%)-Perzentil und E10 (E20) für den Einkommensanteil der ärmsten 10% (20%) der Verteilung.

Quellen: Mikrozensus 2002; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2005

Humankapital begreifen, deren Rendite bei Extrapolation des Status quo nach wie vor nicht an Attraktivität verloren zu haben scheint.

Junge Klinikärzte sehen sich aber, so ein Grund für die Demonstrationen, auch im Vergleich zu ihren Vorgesetzten stark benachteiligt. Während Assistenzärzte mit einem mittleren Bruttojahreseinkommen von rund 50 000 Euro (einschließlich Zusatzverdiensten) auskommen müssen, haben Chefärzte bei geringeren Arbeitszeiten nicht selten ein Gesamteinkommen (Grundvergütung zzgl. Einkommen aus Privatliquidation) in Höhe von 250 000 Euro.¹²

Was die Arbeitszeit angeht, lassen sich aus dem Mikrozensus 2002 keine Anzeichen dafür finden, dass jüngere Ärzte im öffentlichen Dienst eine überdurchschnittliche Arbeitsbelastung haben. In Tabelle 2 ist eine mittlere Arbeitszeit für jüngere Ärzte von 46,3 Stunden pro Woche ausgewiesen, der eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 47,5 Stunden für alle Ärzte im öffentlichen Dienst (vgl. Tabelle 3) gegenübersteht. Demnach verbringen junge Ärzte nicht mehr, sondern weniger Zeit an ihrem Arbeitsplatz als ihre älteren Kollegen.

Die Gini-Koeffizienten¹³ in Tabelle 4 machen deutlich, dass die Einkommensverteilung von Ärzten im öffentlichen Dienst mit einem Wert von 0,291 zwar „ungleicher“ ist als in anderen Bereichen des öffentlichen Dienstes (0,249), der Unterschied aber deutlich geringer ist als zu den Ärzten im privaten Bereich (0,397). Auch liegt die Ungleichheit von Ärzten im öffentlichen Dienst unter jener für alle Erwerbstätigen (0,342).

Nun ist der Gini-Koeffizient ein Maß, das besonders sensibel auf Unterschiede im mittleren Bereich der Einkommensverteilung reagiert. Die jungen Ärzte beklagen sich aber hauptsächlich über die großen Unterschiede zwischen geringen und hohen Einkommen; deshalb könnten das Verhältnis des 90%- (80%)- zum 10%- (20%)-Perzentil oder der Einkommensanteil der ärmsten 10% (20%) die geeigneteren Maße darstellen. Aber auch bei diesen Indikatoren zeigt sich (mit Ausnahme von E10, dem Einkommensanteil der ärmsten 10%) eine größere Ähnlichkeit der Klinikärzte zu anderen öffentlich bediensteten Akademikern als zu ihren im privaten Bereich beschäftigten Kollegen. Außerdem geht aus Tabelle 1 hervor, dass nur rund 2% der Ärzte des öffentlichen Dienstes ein monatliches Nettoeinkommen von über 7 500 Euro beziehen (im privaten Bereich sind es über 12%). Möglicherweise ist dieser Anteil von „Besserverdienenden“ sogar zu gering, um auf Dauer sicherstellen zu können, dass den Universitätskliniken Spitzenpersonal für Forschung, Lehre und Praxis erhalten bleibt.

Fazit

Als Fazit ist festzuhalten, dass sich die absolute und relative Einkommenssituation der jungen Ärzte im öffentlichen Dienst der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1993 bis 2002 zwar relativ verschlechtert, diese sich jedoch für den gesamten Berufsstand gemäß dem gesamtgesellschaftlichen Durchschnitt entwickelt hat. Junge Ärzte können

¹² Angaben aus „Der Tagesspiegel“ vom 5. August 2005.

¹³ Die Gini-Koeffizienten haben einen Wertebereich von 0 bis 1, wobei höhere Werte eine größere Ungleichheit bedeuten.

also im weiteren Berufsverlauf bei Extrapolation des Status quo mit einer Kompensation ihrer in jungen Jahren erlittenen Einkommenseinbußen rechnen. Der Arztberuf kann somit weiterhin als pekuniär attraktiv eingestuft werden. Überdies ist durch die Abschaffung des Arztpraktikums zum 1. Oktober 2004 die Niedrigeinkommensphase zu Beginn der beruflichen Laufbahn weggefallen, so dass die Durchschnittslöhne junger Ärzte im Jahre 2005 trotz der Einschnitte beim Weihnachts- und Urlaubsgeld zumindest auf dem Niveau vom Vorjahr bleiben dürften.

Insbesondere lässt sich aus den Daten des Mikrozensus keine Evidenz für eine arbeitszeit- oder einkommensspezifische Ausbeutung junger Klinikärzte ableiten.¹⁴ Denn „ältere“ – über 34-jährige – Klinikärzte geben an, im Durchschnitt länger zu arbeiten; zudem ist die Einkommensungleichheit von Ärzten im öffentlichen Dienst keinesfalls alarmierend. Besorgniserregend ist allenfalls, dass aufgrund der hohen Gehälter in anderen europäischen Ländern und insbesondere in den USA immer mehr Ärzte aus Deutschland abwandern. Gleichzeitig sind 6 000 unbesetzte Stellen an deutschen Kliniken zu beklagen, wobei das Ausmaß der Unterbesetzung ziemlich genau der Anzahl der im Ausland beschäftigten deutschen Ärzte entspricht.¹⁵

Da es vor dem Hintergrund der finanziellen Situation des deutschen Gesundheitssystems kaum möglich ist, mit den Gehältern in Frankreich, England, der Schweiz oder gar den USA zu konkurrieren, müssen andere Wege gefunden werden, um die Personallücken an deutschen Krankenhäusern zu schließen. Ein Ansatzpunkt besteht möglicherweise in der Anwerbung von jungen Ärzten aus osteuropäischen EU-Ländern oder aber auch in einer Verpflichtung der jungen Ärzte, eine bestimmte Zeit an öffentlichen Krankenhäusern in Deutschland zuzubringen. Letzteres könnte mit den enormen Kosten eines Medizinstudiums für den deutschen Steuerzahler begründet werden – also mit Aufwendungen, die in anderen Ländern (zumindest teilweise) aus Studiengebühren finanziert werden.

Sollte es jedoch im Zuge der Entwicklung zu höherer Effizienz im Gesundheitswesen zu vermehrten Schließungen von Kliniken kommen, könnte sich das Problem von selbst erledigen.

14 Dass es im Einzelfall eine solche „Ausbeutung“ geben kann, widerspricht dieser Feststellung nicht. Alle Aussagen im vorliegenden Bericht beziehen sich auf Mittelwerte, die beklagenswerte Einzelschicksale keineswegs ausschließen.

15 Nach Angaben des Marburger Bundes.



Hinweis auf eine Veranstaltung

The
Economist

DIW Berlin



Alfred Herrhausen Gesellschaft
für internationalen Dialog
Ein Forum der Deutschen Bank

Second Joint Debate 2005

Wednesday, 7 September 2005
18:15 – 20:00

Has the European
Social Model failed
Germany?

After a grim decade of low growth and mass unemployment in Germany and France, Tony Blair has called a summit to discuss economic reform in Europe. Isn't it time for Germany to adopt the free-market policies that have succeeded in America and Britain? Or would it be folly to abandon the very thing that has seen the country through reunification and made it the world's greatest exporter? What is the good of an unaffordable system that traps Germany's poor and unemployed in penury and joblessness? Or would reform only add to social strife and inequality?

Speakers

- ◆ Lord David Lipsey, Social Market Foundation
- ◆ Alain Madelin, Member of the French Parliament, Former Economics and Finance Minister
- ◆ Prof. Dr. Horst Siebert, Kiel Institute for World Economics, John Hopkins University Bologna

Chair

John Peet, Europe Editor, The Economist

The debate will be held at

Deutsche Bank AG
Unter den Linden 13–15 (Entrance Charlottenstr. 37–38)
10117 Berlin-Mitte

Debate to be conducted in English.

To book a place, please reply no later than Friday, 2 September 2005 by e-mail:
economist@diw.de

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

Dr. habil. Björn Frank
Dr. Elke Holst
Jochen Schmidt
Dr. Mechthild Schrooten

Pressestelle

Renate Bogdanovic
Tel. +49 - 30 - 897 89-249
presse@diw.de

Vertrieb

DIW Berlin Leserservice
Postfach 74
77649 Offenburg
leserservice@diw.de
Tel. 01805 - 19 88 88 *dtms/12 Cent/min.

Abo-Betreuung durch
Abonnenten Service Center GmbH
Geschäftsführer: Heinz-Jürgen Koch
Marlener Str. 4
77656 Offenburg

Bezugspreis

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

ISSN 0012-1304

Bestellung unter leserservice@diw.de

Konzept und Gestaltung

kognito, Berlin

Satz

Wissenschaftlicher Text-Dienst (WTD), Berlin

Druck

Druckerei Conrad GmbH
Oranienburger Str. 172
13437 Berlin