

Neue Evidenz zur beruflichen Situation von Klinikärzten in Deutschland

Hannes Spengler
hspengler@diw.de

Der vorliegende Bericht knüpft an den jüngst erschienenen Wochenbericht über die berufliche Situation junger Klinikärzte in Deutschland an.¹ Das große Medien-echo weist auf die Brisanz des Themas hin. Die von einigen Seiten geäußerte Kritik² reicht bis zu Zweifeln an der wissenschaftlichen Substanz. An dieser Stelle soll deshalb der methodische Hintergrund, insbesondere die Solidität der zugrunde liegenden Datenbasis, näher betrachtet werden. Außerdem ist es mit den nunmehr vorliegenden Daten aus dem Mikrozensus 2003 möglich, die im ersten Bericht für 2002 ermittelten Ergebnisse auf ihren Aussagegehalt zu überprüfen. Im Vordergrund stehen jedoch neue Erkenntnisse, vor allem die Arbeitszeit junger Klinikärzte betreffend.

Zur Datenbasis

Ein zentraler Punkt der Analyse ist: Sämtliche Untersuchungsschritte – im ersten wie auch im vorliegenden Bericht – beziehen sich auf das Datenmaterial der *Scientific Use Files* des Mikrozensus. Bei den ausgewerteten Informationen handelt es sich um genau jenes Datenmaterial, das das Statistische Bundesamt seit 1957 Jahr für Jahr als Grundlage für einen großen Teil seiner amtlichen Statistik benutzt. Aufgrund dieser Erfordernis ist der Mikrozensus ein sehr umfangreicher Individualdatensatz – derzeit der größte seiner Art in Europa –, an dem jährlich 1% aller Haushalte in Deutschland beteiligt sind.

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%-Unterstichprobe des Gesamtdatensatzes und bezieht derzeit etwa 500 000 Personen ein. Dieser Datenumfang gewährleistet repräsentative Aussagen selbst für sehr spezielle Untergruppen des Arbeitsmarktes, beispielsweise auch für vollzeitbeschäftigte junge – unter 35-jährige – Ärzte im öffentlichen Dienst.³

Selbstverständlich ist der Mikrozensus – wie auch andere Erhebungen – nicht perfekt. So ist es mit ihm nicht möglich, öffentlich bedienstete Ärzte dahingehend zu differenzieren, ob sie in Universitätskliniken oder in sonstigen Krankenhäusern der öffentlichen Hand arbeiten. Da es jedoch in erster Linie die Ärzte an Universitätskliniken sind, die mit ihrer Situation unzufrieden sind und

¹ Vgl. Hannes Spengler: Einkommen und Arbeitszeiten junger Klinikärzte in Deutschland. In: Wochenbericht des DIW Berlin, Nr. 34/2005.

² Beispielsweise vom Marburger Bund, aber auch von vielen Privatpersonen (insbesondere solchen, die der angesprochenen Berufsgruppe angehören).

³ Der Mikrozensus 2003 enthält 222 Personen, die dieser Gruppe angehören und für die Angaben zu Einkommen und Arbeitszeit vorliegen.

2. Bericht

Neue Evidenz zur beruflichen Situation von Klinikärzten in Deutschland
Seite 553

dies in Form von Streiks zum Ausdruck bringen, soll in diesem Bericht dennoch versucht werden – mittels geeigneter Annahmen –, spezifische Aussagen für Universitätsklinikärzte abzuleiten.

Zu den allgemeinen Problemen von Befragungsdaten gehören u. a. Ungenauigkeiten aufgrund des Vergessens von Sachverhalten oder allgemeiner Verständnisschwierigkeiten seitens der Befragten. Insgesamt ist die Datenqualität jedoch höher einzustufen als die von anderen befragungsbasierten Datensätzen, da die Teilnahme am Mikrozensus – sofern ein Haushalt durch einen Zufallsmechanismus ausgewählt wurde – obligatorisch ist und damit das Problem einer systematischen Verzerrung der Befragungsergebnisse durch Antwortverweigerung nicht besteht.⁴ Ferner werden die Befragungen in der Regel im betreffenden Haushalt von ehrenamtlichen Erhebungsbeauftragten persönlich durchgeführt, was sich in Form einer gezielten Unterstützung der Befragten bei Unklarheiten positiv auf die Datenqualität auswirken sollte.⁵

Zu solchen Unklarheiten könnte beispielsweise die korrekte Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit gehören, wenn bei der befragten Person – z. B. einem Arzt – Bereitschaftsdienste angefallen sind. So beschrieb ein Klinikumsfacharzt dem DIW Berlin gegenüber seine Wochenarbeitszeit wie folgt: „Sonntag 9 Uhr bis Montag 10.30 Uhr = 25½ Stunden, Dienstag 7 Uhr bis 17.30 Uhr = 10½ Stunden, Mittwoch 7.30 Uhr bis Donnerstag 10 Uhr = 26½ Stunden, Freitag 7 Uhr bis 17 Uhr = 10 Stunden, zusammen 72½ Stunden.“

In solchen Fällen können erfahrene und gut qualifizierte Erhebungsbeauftragte einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung fehlerhafter Angaben leisten, indem sie den Befragten u. a. auf die Berücksichtigung von Pausen und die Anwendung relevanter Umrechnungsschlüssel für Bereitschaftsdienstzeiten hinweisen, wenn sich die Befragten unsicher sind. Im Falle des betrachteten Arztes würde daraus wahrscheinlich eine tatsächliche Arbeitszeit von 65½ oder 59¼ Stunden resultieren und in den Mikrozensus einfließen.⁶

Ein konstruktives Telefongespräch mit einem Assistenzarzt einer Uniklinik, der – wie sich herausstellte – selbst im Zuge des Mikrozensus befragt wurde, hat unterstrichen, dass Pausen und Bereitschaftszeiten bei den Angaben zur Wochenarbeitszeit entsprechende Berücksichtigung finden. Möglicherweise erklärt das dargestellte Beispiel auch die Abweichungen zwischen den vom Marburger Bund vermuteten Durchschnittsarbeitszeiten junger Ärzte und den vom DIW Berlin aus dem Mikrozensus abgeleiteten Werten.

Die Situation im Jahre 2003

Die nachfolgend präsentierten Ergebnisse basieren auf dem erst nach dem Erscheinen des ersten Berichts verfügbar gewordenen *Scientific Use File* des Mikrozensus 2003. Hat nun die Verwendung des neueren Datenmaterials die Grundaussagen verändert? Während im ersten Bericht nur die mittleren Arbeitszeiten von Ärzten betrachtet wurden, wendet sich die vorliegende Analyse der Arbeitszeitverteilung im Einzelnen zu, um so die Gültigkeit der Extrembetrachtungen des Marburger Bundes, wonach z. B. mehr als die Hälfte der jungen Klinikärzte im Durchschnitt mehr als 60 Stunden pro Woche arbeitet, zu überprüfen. Per se könnten Überstunden und Dienste zu ungünstigen Zeiten dann vertretbar sein, wenn sie entsprechend kompensiert würden. Der Marburger Bund steht jedoch auf dem Standpunkt, dass dies häufig nicht der Fall ist. Deshalb wird nachfolgend auch der Zusammenhang zwischen der Arbeitszeit und dem Einkommen junger Ärzte im öffentlichen Dienst untersucht.

In Tabelle 1 werden Einkommens- und Arbeitszeitangaben für verschiedene Berufsgruppen nach dem Alter für das Jahr 2003 ausgewiesen. Die pekuniären Größen sind in Preisen des Jahres 2002 dargestellt, um die Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen des vorangegangenen Berichts zu gewährleisten. Für die jüngeren Beschäftigten ergeben sich im Vergleich zu 2002 über fast alle Berufsgruppen hinweg (eine Ausnahme sind promovierte Ärzte im öffentlichen Dienst und Gymnasiallehrer) geringe reale Nettolohneinbußen, ohne dass sich jedoch die Aussagen im früheren Bericht zu den relativen Einkommenspositionen verändern würden.

⁴ Trotz der obligatorischen Teilnahme am Mikrozensus ist den Probanden die Beantwortung mancher Fragen freigestellt. Allen hier ausgewerteten Merkmalen liegen jedoch Fragen mit Auskunftspflicht zugrunde.

⁵ Im Einzelnen wird der Mikrozensus durch das zugehörige Gesetz – das Mikrozensusgesetz – geregelt (vgl. z. B. www.destatis.de/download/d/stat_ges/bevoe/054.pdf). Weitere Informationen zum Mikrozensus können den Internetseiten des Statistischen Bundesamtes (www.destatis.de/themen/d/thm_mikrozen.php) und des Zentrums für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) (www.gesis.org/Dauerbeobachtung/GML/Daten/MZ/index.htm) entnommen werden.

⁶ Bei dieser Berechnung werden insgesamt drei Stunden Pause und die momentan (bis zum Inkrafttreten des Urteils des Europäischen Gerichtshofes zum 1. Januar 2006, wonach Bereitschaftsdienst wie normale Dienstzeit zu behandeln ist) gültigen Umrechnungsschlüssel für Bereitschaftsdienste von 0,8 für die ersten acht Stunden, von 0,9 für die folgenden vier Stunden und von 1,0 für alle weiteren Stunden eines Bereitschaftsdienstes der höchsten Kategorie (Stufe D) bzw. von 0,65, 0,75 und 0,85 für Stufe C berücksichtigt. Dann ergeben sich anrechenbare Dienstzeiten von 23½ Stunden [(8 * 0,8) + (4 * 0,9 + 3½)] für den Wochenendbereitschaftsdienst von Sonntag auf Montag, 9½ Stunden (10½ Stunden abzüglich einer Stunde Pause) für den regulären Dienst am Dienstag, 9 Stunden (10 Stunden abzüglich einer Stunde Pause) für den regulären Dienst am Mittwoch, 14½ Stunden [(8 * 0,8) + (4 * 0,9) + 4½] für den Bereitschaftsdienst von Mittwoch auf Donnerstag und 9 Stunden (10 Stunden abzüglich einer Stunde Pause) für den regulären Dienst am Freitag; zusammen macht dies 65½ Stunden bzw. 59¼ Stunden, sofern es sich um Bereitschaftsdienste der Stufe C handelt hat. Daneben existieren auch noch Bereitschaftsdienste der Stufen B und A, die jedoch in normalen Kliniken eher selten sind. Letztere würden anrechenbare Wochendienstzeiten von 52¾ bzw. 48¾ Stunden implizieren.

Tabelle 1

Einkommen¹ und Arbeitszeit von Ärzten² im öffentlichen Dienst und Erwerbstätigen² in anderen Berufsgruppen in Deutschland im Jahre 2003

Berufsgruppen	Erwerbstätige im Alter von unter 35 Jahren					Alle Erwerbstätigen				
	Monatliches Nettoeinkommen ³			Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit	Durchschnittlicher impliziter Stundenlohn ⁴	Monatliches Nettoeinkommen ³			Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit	Durchschnittlicher impliziter Stundenlohn ⁴
	Mittelwert	Standardabweichung	Median			Mittelwert	Standardabweichung	Median		
	Euro			Stunden	Euro	Euro			Stunden	Euro
Ärzte im öffentlichen Dienst	1 978	832	1 998	45,8	10,80	3 093	2 278	2 677	46,1	16,77
Promovierte Ärzte im öffentlichen Dienst	2 176	738	2 143	47,1	11,55	3 548	2 813	2 969	47,5	18,67
Ärzte außerhalb des öffentlichen Dienstes	1 963	1 086	1 829	44,8	10,95	4 593	4 156	3 448	49,4	23,24
Ärzte insgesamt	1 974	918	1 966	45,4	10,87	4 018	3 630	3 069	48,1	20,88
Sonstige Akademiker im öffentlichen Dienst	1 678	731	1 641	40,1	10,46	2 552	1 323	2 386	40,7	15,68
Sonstige promovierte Akademiker im öffentlichen Dienst	1 780	782	1 650	40,2	11,07	3 074	1 907	2 716	42,5	18,08
Grund-, Haupt-, Real- und Sonderschullehrer	1 688	675	1 791	39,0	10,82	2 314	818	2 294	39,7	14,57
Gymnasiallehrer	1 587	841	1 288	39,9	9,94	2 588	1 128	2 590	40,9	15,82
Alle Erwerbstätigen	1 256	955	1 179	39,9	7,87	1 748	1 571	1 451	40,8	10,71

1 In Preisen von 2002.

2 Vollzeitbeschäftigt.

3 Im Befragungsmonat April.

4 Berechnet als „monatliches Nettoeinkommen/wöchentliche Arbeitszeit/4“.

Quellen: Mikrozensus 2003; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2005

Ärzte im öffentlichen Dienst beziehen weiterhin ein höheres Nettomonatseinkommen als sonstige Akademiker im öffentlichen Dienst und insbesondere als Lehrer.⁷ Zieht man die durchschnittlichen

7 Es sei angemerkt, dass die Nettolohnangaben des Mikrozensus nicht nur das Arbeitseinkommen, sondern sämtliche Einkunftsarten berücksichtigen. Dieser Nachteil sollte jedoch bei einer Konzentration auf jüngere Arbeitnehmer weniger stark ins Gewicht fallen als bei älteren Arbeitnehmern.

Tabelle 2

Arbeitszeiten vollzeitbeschäftigter Ärzte und sonstiger Akademiker im öffentlichen Dienst in Deutschland im Jahre 2003

Normalerweise geleistete Arbeitszeit je Woche in Stunden	Ärzte unter 35 Jahren			Ärzte insgesamt			Sonstige Akademiker		
	Anzahl	Anteil	Anteil kumuliert	Anzahl	Anteil	Anteil kumuliert	Anzahl	Anteil	Anteil kumuliert
		In %			In %			In %	
Unter 38	1 104	3,0	3,0	2 085	2,0	2,0	87 953	8,9	8,9
38	4 535	12,3	15,3	15 272	14,5	16,5	230 727	23,3	32,2
39	7 841	21,3	36,7	19 796	18,8	35,3	138 144	13,9	46,1
40	9 562	26,0	62,7	29 759	28,2	63,5	339 138	34,2	80,3
41 bis 44	166	0,5	63,1	1 294	1,2	64,7	38 494	3,9	84,2
45	1 959	5,3	68,5	3 347	3,2	67,9	42 918	4,3	88,5
46 bis 49	747	2,0	70,5	1 383	1,3	69,2	14 950	1,5	90,0
50	3 927	10,7	81,2	9 982	9,5	78,7	51 534	5,2	95,2
51 bis 54	160	0,4	81,6	321	0,3	79,0	2 908	0,3	95,5
55 bis 59	805	2,2	83,8	2 087	2,0	81,0	12 089	1,2	96,7
60	3 169	8,6	92,4	10 412	9,9	90,8	23 419	2,4	99,1
61 bis 64	0	0,0	92,4	478	0,5	91,3	287	0,0	99,1
65 bis 69	655	1,8	94,2	1 610	1,5	92,8	2 107	0,2	99,4
70 bis 74	654	1,8	96,0	3 427	3,3	96,1	4 476	0,5	99,8
75 bis 79	154	0,4	96,4	618	0,6	96,7	635	0,1	99,9
80 bis 84	1 153	3,1	99,5	3 044	2,9	99,5	1 299	0,1	100,0
85 bis 89	0	0,0	99,5	162	0,2	99,7	0	0,0	100,0
90 bis 97	173	0,5	100,0	173	0,2	99,9	0	0,0	100,0
98 und mehr	0	0,0	100,0	141	0,1	100,0	0	0,0	100,0
Insgesamt hochgerechnet	36 765	100,0	x	105 391	100,0	x	991 078	100,0	x
Insgesamt Mikrozensus	222	x	x	640	x	x	5 995	x	x
Mittelwert	45,8	x	x	46,1	x	x	40,7	x	x

Quellen: Mikrozensus 2003; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2005

Kasten

Methodische Anmerkungen zur Arbeitszeit

Der hier kürzlich vorgelegte Bericht¹ kann insofern grundsätzlich kritisiert werden, als er auf junge Klinikärzte abzielt, zu deren Identifikation jedoch lediglich das Kriterium einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst zur Verfügung steht. Aus dem Mikrozensus kann nicht direkt auf die Beschäftigung in einer von der öffentlichen Hand getragenen Klinik geschlossen werden. Ferner ist es eine spezifische Untergruppe der öffentlich beschäftigten Krankenhausärzte – nämlich die der Universitätsklinikärzte –, von der die jüngsten Proteste ausgingen. In der bisher analysierten Stichprobe sind folglich neben den Universitätsklinikärzten auch an „normalen“ Krankenhäusern beschäftigte Ärzte und bei Behörden und Körperschaften des öffentlichen Rechts angestellte Mediziner (z. B. Amtsärzte, Ärzte in Gesundheitsämtern, Ministerien etc.) enthalten. Trifft man die (starke) Annahme, dass die Ärzte in Behörden und Körperschaften kürzere Arbeitszeiten haben als alle Krankenhausärzte und dass alle Krankenhausärzte außerhalb von Universitätskliniken weniger arbeiten als ihre Kollegen in Unikliniken, dann lassen sich obere Schranken für die durchschnittliche Arbeitszeit (und die entsprechenden Anteile von Personen mit hohen Arbeitszeiten) für Klinikärzte im Allgemeinen und Universitätsklinikärzte im Besonderen abschätzen.

Hochrechnungen auf Basis des Mikrozensus 2003 haben ergeben, dass in Deutschland im April 2003 109 400 Ärzte – unter ihnen 38 000 junge Ärzte (unter 35 Jahre alt) – vollzeitbeschäftigt im öffentlichen Dienst tätig waren. Den Statistiken der Gesundheitsberichterstattung des Bundes² ist zu entnehmen, dass zum 31. Dezember 2003 10 200 Ärzte (630 unter 35-Jährige) einer Arbeit in Behörden oder Körperschaften des öffentlichen Rechts nachgingen. Ferner ist aus den Daten des Statistischen Bundesamtes ersichtlich,³ dass 21 000 vollzeitbeschäftigte Ärzte an Unikliniken tätig waren. Aus diesen Absolutwerten lässt sich – unter der Annahme eines identischen Verhältnisses zwischen Ärzten an Unikliniken und Nichtunikliniken sowohl für alle Ärzte als auch für die unter 35-Jährigen⁴ – eine prozentuale Verteilung der öffentlich bediensteten Ärzte bzw. jungen Ärzte auf Behörden und Körperschaften (9,3 % bzw. 1,7 % für junge Ärzte), „normale“ Krankenhäuser (71,5 % bzw. 77,5 %) und Universitätskliniken (19,2 % bzw. 20,8 %) berechnen, die – durch Anwendung auf die Arbeitszeitverteilungen aus Tabelle 2 – zur Abschätzung von Obergrenzen für die dort ausgewiesenen Mittel- und Anteilswerte genutzt werden kann (siehe Tabelle 3).

Für die jungen Klinikärzte resultiert daraus eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 46,0 Stunden. Demnach bewirkt eine Herausrechnung von Nichtklinikärzten eine nur unwesentliche Erhöhung des Durchschnitts – was aufgrund der relativ geringen Zahl der in Behörden und Körperschaften beschäftigten Ärzte wenig überraschend ist. Für junge Universitätsklinikärzte hingegen ergibt sich mit 64,6 Arbeitsstunden eine wesentlich höhere durchschnittliche Wochenarbeitszeit.⁵ Ferner würden dann 92 % aus dieser Gruppe über 50 Stunden und 37 % über 60 Stunden pro Woche arbeiten.

Mithin kommt man auch in einem extremen Szenario, in dem jeder Universitätsklinikarzt annahmemaß länger arbeitet als ein beliebiger Krankenhausarzt außerhalb einer Uniklinik, nicht zu dem Ergebnis, dass über die Hälfte der Ärzte mehr als 60 Stunden pro Woche im Dienst ist. Die tatsächliche Arbeitszeit junger Ärzte in Universitätskliniken liegt demnach irgendwo zwischen den in Tabelle 3 ausgewiesenen Mittelwerten/Anteilen für alle Klinikärzte und den Extremwerten für Uniklinikärzte. Geht man von den Intervallmitten aus, würden junge Universitätsklinikärzte durchschnittlich 55,3 Stunden pro Woche arbeiten;⁶ 56 % kämen auf eine wöchentliche Arbeitszeit von mehr als 50 Stunden und 23 % auf über 60 Stunden. Für alle Universitätsklinikärzte (ohne Alterseinschränkung) beliefe sich die durchschnittliche Arbeitszeit auf 57,2 Stunden; etwa 60 % arbeiteten mehr als 50 Stunden und 30 % über 60 Stunden.

¹ Vgl. Hannes Spengler, a. a. O.

² Vgl. www.gbe-bund.de.

³ Vgl. Fachserie 12, Reihe 6.1: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

⁴ Diese Annahme ist notwendig, weil das Statistische Bundesamt in seiner Fachserie keine Aufschlüsselung der Uniklinikärzte nach dem Alter vornimmt.

⁵ Diese Annahme impliziert, dass Krankenhausärzte außerhalb von Unikliniken im Durchschnitt 39,2 Stunden in der Woche arbeiten.

⁶ Diese Annahme impliziert, dass Krankenhausärzte außerhalb von Unikliniken im Durchschnitt 42,6 Stunden in der Woche arbeiten.

wöchentlichen Arbeitszeiten in Betracht, dann ergeben sich implizite Stundenlöhne, die – Lehrer ausgenommen – fast genau jenen entsprechen, die

für 2002 ermittelt wurden. Diese Aussagen treffen im Wesentlichen auch dann zu, wenn man die Berufsgruppen ohne Altersbeschränkung betrachtet.

Tabelle 3

Abschätzung der Arbeitszeitsituation vollzeitbeschäftigter Klinikärzte im öffentlichen Dienst in Deutschland im Jahre 2003 – eine Extremwertbetrachtung¹

	Alle Klinikärzte		Universitätsklinikärzte	
	Unter 35 Jahren	Alle	Unter 35 Jahren	Alle
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit in Stunden	46,0	47,1	64,6	67,3
Anteil der Ärzte mit einer Arbeitszeit von über 50 Stunden pro Woche in %	19	23	92	100
Anteil der Ärzte mit einer Arbeitszeit von über 60 Stunden pro Woche in %	8	10	37	48

¹ Zur Methode vgl. Kasten.

Quellen: Mikrozensus 2003; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2005

Die weitgehende Konstanz der Ergebnisse in den Jahren 2002 und 2003 zeigt, dass es in dieser Zeit keine signifikanten Veränderungen der Einkommens- und Arbeitszeitsituation der (jungen) Ärzte im öffentlichen Dienst gegeben hat; der Vorwurf des Marburger Bundes, im ersten Bericht seien veraltete und deshalb nicht aussagekräftige Daten verwendet worden, dürfte also damit widerlegt sein.⁸

Auf die meisten Proteste stieß das Ergebnis über die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit junger Ärzte im öffentlichen Dienst in Höhe von 46,3 Stunden. Laut Mikrozensus 2003 lag diese ein Jahr später mit 45,8 Stunden sogar noch etwas darunter (vgl. Tabelle 1). Der Marburger Bund behauptet, die (jungen) Klinikärzte würden im Durchschnitt deutlich länger – über die Hälfte von ihnen sogar mehr als 60 Stunden – arbeiten. Diese Äußerung kann anhand von Tabelle 2, in der die normalerweise geleistete wöchentliche Arbeitszeit für (junge) Ärzte und sonstige Akademiker des öffentlichen Dienstes ausgewiesen ist, nicht bestätigt werden. „Nur“ rund 8 % der jungen Ärzte und 9 % der Ärzte insgesamt geben an, normalerweise mehr als 60 Stunden zu arbeiten.⁹ Ohne Zweifel – dies war ja auch bereits bei den Durchschnitten erkennbar – ist der Anteil von Ärzten mit langen und sehr langen Arbeitszeiten deutlich höher als bei sonstigen im öffentlichen Dienst beschäftigten Akademikern: Während über 30 % der Ärzte mindestens 50 Stunden in der Woche arbeiten, trifft dies nur auf 10 % der sonstigen Akademiker zu.

Lange Arbeitszeiten können einerseits – wenn sie seitens des Betroffenen unerwünscht sind – ein Ärgernis darstellen; andererseits verkörpern sie auch eine Chance, wenn durch die Ausdehnung der Arbeitszeit zusätzliches Einkommen erzielt werden kann. Dass dies insbesondere bei Krankenhausärzten der Fall ist, zeigt auch eine empirische Studie, in der 63 % der 2 450 Befragten – zu etwa 80 % waren dies Klinikärzte des öffentlichen Dienstes –, äußerten, sie befürchteten finanzielle Einbußen durch Umsetzung des (bestehenden) Arbeitszeit-

gesetzes (maximale wöchentliche Arbeitszeit: 48 Stunden, minimale Ruhezeit: 11 Stunden).¹⁰ Zu dieser Evidenz passt auch die vom ärztlichen Leiter eines hessischen kommunalen Krankenhauses dem DIW Berlin mitgeteilte Einschätzung, wonach bei Assistenzärzten insbesondere Bereitschaftsdienste von Freitag auf Samstag und Samstag auf Sonntag beliebt seien, da diese (wegen des Wochenendes) keinen erzwungenen Dienstaustausch nach sich zögen und so mit Überstunden ein zusätzliches Einkommen erzielt werden könnte.

Seitens der streikenden Ärzte und des Marburger Bundes wird jedoch der Eindruck erweckt, die Bezahlung von Überstunden sei die Ausnahme und nicht die Regel.¹¹ Zur Klärung dieser Frage können die Daten in Tabelle 4 beitragen. Junge Ärzte, die gewöhnlich mehr als 50 bzw. 60 Stunden pro Woche arbeiten, verdienen 366 bzw. 462 Euro mehr als der Durchschnitt. Demnach besteht für junge Ärzte im öffentlichen Dienst ein deutlich positiver Zusammenhang zwischen Arbeitszeit und Lohn. Allerdings zeigt sich anhand der sinkenden Stundenlöhne, dass ein Teil der Überstunden nicht entgolten wird. Dennoch muss allein die Option, durch Ausdehnung der Arbeitszeit zusätzliches Einkommen erzielen zu können, als Vorteil des Arztberufes gewertet werden. Diese Möglichkeit besteht für viele andere Berufsgruppen des öffentlichen Dienstes nicht.

⁸ Zudem wird durch die Ermittlung robuster Ergebnisse für zwei aufeinander folgende Jahre die Eigenschaft des Mikrozensus demonstriert, verlässliche Aussagen auch für spezifische Teilgruppen des Arbeitsmarktes zuzulassen.

⁹ Wenn anstelle der normalerweise geleisteten die in der Berichtswoche des Mikrozensus tatsächlich geleistete Arbeitszeit verwendet wird, kommt man zu fast identischen Ergebnissen.

¹⁰ Vgl. „Ergebnisse der Befragung zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes“, vom Marburger Bund als Foliensatz einer empirischen Studie zur Verfügung gestellt. Diese Studie geht auf eine anonyme Umfrage des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes (ÄKBV) München zurück, veröffentlicht in der Zeitung dieses Verbandes „Münchner Ärztliche Anzeigen“ in der Ausgabe 11 vom 28. Mai 2005.

¹¹ Der oben genannten Studie des ÄKBV München ist weiter zu entnehmen, dass 54 % der Befragten angaben, ihre Überstunden seien vollständig anerkannt worden. 22 % der Befragten sahen sich allerdings dem Druck ausgesetzt, nicht alle geleisteten Stunden zu dokumentieren.

Tabelle 4

Einkommen von Ärzten¹ im öffentlichen Dienst in Deutschland im Jahre 2003 nach der wöchentlichen Arbeitszeit

	Monatliches Nettoeinkommen ²		Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit	Durchschnittlicher impliziter Stundenlohn ³
	Mittelwert	Standardabweichung		
	Euro		Stunden	Euro
Ärzte unter 35 Jahren				
Insgesamt	1 998	827	45,8	10,91
Arbeitszeit von über 50 Stunden pro Woche	2 364	849	66,0	8,95
Arbeitszeit von über 60 Stunden pro Woche	2 460	772	76,6	8,03
Alle Ärzte				
Insgesamt	3 128	2 303	46,1	16,96
Arbeitszeit von über 50 Stunden pro Woche	3 546	2 397	66,0	13,43
Arbeitszeit von über 60 Stunden pro Woche	3 880	3 110	75,2	12,90

1 Im Alter von unter 35 Jahren; vollzeitbeschäftigt.**2** Im Befragungsmonat April, in aktuellen Preisen.**3** Berechnet als „monatliches Nettoeinkommen/wöchentliche Arbeitszeit/4“.

Quellen: Mikrozensus 2003; Berechnungen des DIW Berlin.

DIW Berlin 2005

Fazit

Die Auswertung des Mikrozensus 2003 kommt zu ganz ähnlichen Ergebnissen wie die für 2002. Junge Ärzte im öffentlichen Dienst haben keine hohen, im Vergleich zu anderen öffentlich beschäftigten Akademikern aber überdurchschnittliche Einkommen. Ihre Arbeitsbelastung liegt deutlich über der von anderen Akademikern; jedoch wird diese Zusatzarbeit auch vergütet und stellt insofern nicht nur eine Last, sondern ebenso eine Chance dar. Eine Extremwertabschätzung für Ärzte an Universitätskliniken liefert einen deutlichen Hinweis darauf, dass dort auch ungewollt lange Arbeitszeiten vorkommen.

Die hier durchgeführten Berechnungen lassen den Schluss zu, dass etwa jeder fünfte junge Arzt in diesen Häusern permanent mit Wochenarbeitszeiten konfrontiert ist, die 60 Stunden übersteigen.¹² In diesen Fällen ist jedoch schon bald – mit dem Inkrafttreten des Urteils des Europäischen Gerichtshofs zur Arbeitszeit von Ärzten – Entspannung zu erwarten. Ab dem 1. Januar 2006 wird jede Form des Bereitschaftsdienstes wie reguläre Arbeitszeit gewertet, und die durchschnittliche Arbeitszeit pro Siebentageszeitraum darf dann – anders als bisher *zwingend* – einschließlich der Überstunden 48 Stunden (im Vier-Monats-Durchschnitt) nicht mehr überschreiten. Während die Durchsetzung dieses Gesetzes einerseits bestimmte Ärzte vor einer Aus-

beutung schützen wird, wird sie sich andererseits negativ auf jene Kollegen auswirken, die freiwillig zum Zwecke des Zusatzverdienstes eine höhere Arbeitszeit anstreben.

Ferner sollte berücksichtigt werden, dass der Wissenschaftsrat¹³ neben der Einführung leistungsgerechter Vergütungsstrukturen und der institutionalisierten Förderung des Mittelbaus vor allem auch die Umstrukturierung der Mediziner Ausbildung hin zu einer Trennung zwischen klinischer und wissenschaftlicher Laufbahn empfiehlt. Dies würde eine weitere Entlastung der Universitätsklinikärzte, die nicht selten in Forschung, Lehre und Patientenversorgung involviert sind, bedeuten. Reine Klinikärzte würden nicht mehr „nebenbei“ forschen – mit entsprechenden Auswirkungen auf das Niveau der Forschung –, und eher der Wissenschaft zugewandte Ärzte wären in der Lage, sich mehr der Forschung und weniger der Patientenversorgung zu widmen. Sicherlich wäre es für den Marburger Bund von Nutzen, sich für die Umsetzung dieser Empfehlung des Wissenschaftsrates stark zu machen.

12 Dieser Anteil entspricht ziemlich genau dem Anteil jener Ärzte, auf die gemäß der oben genannten Studie des ÄKBV Druck hinsichtlich der Dokumentation der geleisteten Stunden – nämlich weniger anzugeben – ausgeübt wurde.

13 Vgl. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, 2004, im Internet verfügbar unter www.wissenschaftsrat.de/texte/5913-04.pdf.

Aus den Veröffentlichungen des DIW Berlin

Karsten Hank

Spatial Proximity and Contacts between Elderly Parents and Their Adult Children: A European Comparison

Using data from the 2004 "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" (SHARE), this paper continues and extends recent cross-national research on the proximity and contacts of elderly parents to their adult children. To begin with, we provide a brief description of the "geography of the family" in ten continental European countries. In the multivariate part of the paper we investigate into the determinants of intergenerational proximity and frequency of contact. Even when microlevel factors are controlled for, the Mediterranean peoples continue to exhibit closer family relations than their northern counterparts. We also find noteworthy systematic differences in the effects of some explanatory variables between "weak" and "strong" family countries. When looking at the contemporary European picture as a whole, though, we find no indication at all for a "crisis" of intergenerational relations.

Diskussionspapier Nr. 510

September 2005

Thomas Dohmen, Armin Falk, David Huffman, Uwe Sunde, Jürgen Schupp and Gert G. Wagner

Individual Risk Attitudes: New Evidence from a Large, Representative, Experimentally-Validated Survey

This paper presents new evidence on the distribution of risk attitudes in the population, using a novel set of survey questions and a representative sample of roughly 22,000 individuals living in Germany. Using a question that asks about willingness to take risks on an 11-point scale, we find evidence of heterogeneity across individuals, and show that willingness to take risks is negatively related to age and being female, and positively related to height and parental education. We test the behavioral relevance of this survey measure by conducting a complementary field experiment, based on a representative sample of 450 subjects, and find that the measure is a good predictor of actual risk-taking behavior.

We then use a more standard lottery question to measure risk preference, and find similar results regarding heterogeneity and determinants of risk preferences. The lottery question makes it possible to estimate the coefficient of relative risk aversion for each individual in the sample. Using five questions about willingness to take risks in specific domains – car driving, financial matters, sports and leisure, career, and health – the paper also studies the impact of context on risk attitudes, finding a strong but imperfect correlation across contexts. Using data on a collection of risky behaviors from different contexts, including traffic offenses, portfolio choice, smoking, occupational choice, participation in sports, and migration, the paper compares the predictive power of all of the risk measures. Strikingly, the general risk question predicts all behaviors whereas the standard lottery measure does not. The best overall predictor for any specific behavior is typically the corresponding context-specific measure.

These findings call into the question the current preoccupation with lottery measures of risk preference, and point to variation in risk perceptions as an understudied determinant of risky behavior.

Diskussionspapier Nr. 511

September 2005

Die Volltextversionen der Diskussionspapiere liegen von 1998 an komplett als pdf-Dateien vor und können von der entsprechenden Website des DIW Berlin heruntergeladen werden (www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/diskussionspapiere).



Aus den Veröffentlichungen des DIW Berlin

Georg Zachmann

Convergence of Electricity Wholesale Prices in Europe? A Kalman Filter Approach

This study tests the hypothesis that the ongoing restructuring process in the European electricity sector, as well as market participants' adaptation to the new legal framework, have caused electricity wholesale day-ahead prices to converge towards arbitrage freeness. Using hourly cross-border capacity auction results at the Dutch-German and at the Danish-German border for the years 2002 to 2004, and the respective spot prices. We estimate a time-varying coefficient model based on the law of one price (LOP). The results of these estimations are used to calculate the speed of convergence towards the LOP. While the German-Dutch prices and the German-West Danish prices are clearly developing towards arbitrage freeness, the German and East Danish prices do not exhibit significant convergence.

Diskussionspapier Nr. 512
September 2005

Die Volltextversionen der Diskussionspapiere liegen von 1998 an komplett als pdf-Dateien vor und können von der entsprechenden Website des DIW Berlin heruntergeladen werden (www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/diskussionspapiere).

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.

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

Wissenschaftlicher Text-Dienst (WTD), Berlin

Druck

Druckerei Conrad GmbH
Oranienburger Str. 172
13437 Berlin