

KRISTINA GENSCHE, MONIKA WALTENBERGER

ENTWICKLUNG DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG IN BAYERN UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DES STEIFIGENDEN ANTEILS AN ÄRZTINNEN



BAYERISCHES STAATSIINSTITUT
FÜR HOCHSCHULFORSCHUNG
UND HOCHSCHULPLANUNG



MÜNCHEN

Impressum

© Bayerisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung,
Prinzregentenstraße 24, 80538 München
Tel.: 0 89 / 2 12 34-405, Fax: 0 89 / 2 12 34-450
E-Mail: Sekretariat@ihf.bayern.de, Internet: <http://www.ihf.bayern.de>

Umschlagentwurf und Layout: Bickel und Justus, München

Das Bild zeigt das historische Gebäude in der Prinzregentenstraße 24, in dem das Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung seit 1994 untergebracht ist.

Herstellung: Dr. Ulrich Scharmer, München

Druck: Steinmeier, Nördlingen

München, 2006

ISBN 978-3-927044-56-2

KRISTINA GENSCH, MONIKA WALTENBERGER

ENTWICKLUNG DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG
IN BAYERN UNTER BERÜCKSICHTIGUNG
DES STEIGENDEN ANTEILS AN ÄRZTINNEN

BAYERISCHES STAATSNSTITUT FÜR HOCHSCHULFORSCHUNG UND HOCHSCHULPLANUNG
MONOGRAPHIEN: NEUE FOLGE, BAND 74
MÜNCHEN 2006

Inhalt

	Abbildungsverzeichnis	IV
	Tabellenverzeichnis	VI
1	Ausgangssituation und Forschungsstand zur ärztlichen Versorgung	1
1.1	Ausgangssituation	1
1.2	Forschungsarbeiten zur ärztlichen Berufssituation mit Blick auf die zukünftige Versorgungslage	3
1.2.1	Studien zur zukünftigen Versorgungslage	3
1.2.2	Ergebnisse zum zukünftigen ärztlichen Angebot	6
1.2.3	Einschätzung der zukünftigen Nachfrage	8
1.2.4	Entwicklung der Studierenden- und Absolventenzahlen im Fach Humanmedizin	8
1.2.5	Entwicklung der Medizinerinnenzahlen	10
1.3	Untersuchungen aus der Geschlechter differenzierenden Berufsforschung im akademischen Bereich	11
1.3.1	Geschlechtsspezifische Selbst- und Fremdelektion	12
1.3.2	Geschlechtsspezifische horizontale und vertikale Segregation	15
1.3.3	Kompatibilität von Familie und Beruf	19
2	Untersuchungsschwerpunkte und daraus abgeleitete Forschungsfragen	21
2.1	Untersuchungsschwerpunkte	21
2.2	Abgeleitete Forschungsfragen	22
3	Durchführung und Repräsentativität der Untersuchung	24
4	Soziodemografische Merkmale der Befragten	26
5	Motive und Berufswünsche zu Studienbeginn	29
5.1	Motive zu Studienbeginn	29
5.2	Berufliche Ziele zu Studienbeginn	31
6	Wahl der Facharztrichtung und weitere Qualifikationsabsichten	32
6.1	Wahl der Facharztrichtung	32

6.2	Motive für die Wahl der Facharzttrichtung	34
6.3	Weitere Qualifikationsabsichten	36
7	Bewertungen und Erfahrungen der Arbeitssituation während der Zeit der AiP-Phase	38
7.1	Bewertung der Arbeitssituation während der Zeit als AiP	38
7.2	Erfahrungen als AiP und Folgerungen für die berufliche Entwicklung	41
8	Angestrebte bzw. realisierte Berufswünsche und Tätigkeitsfelder	44
8.1	Vergleich der Tätigkeitswünsche zu Studienbeginn und zum Erhebungszeitpunkt	44
8.2	Angestrebtes bzw. bereits verwirklichtes Tätigkeitsfeld	45
8.3	Gründe für die Wahl der unterschiedlichen Tätigkeitsfelder	51
8.3.1	Gründe für eine Niederlassung	51
8.3.2	Gründe für eine Tätigkeit im Krankenhaus	53
8.3.3	Gründe für eine nicht-kurative bzw. nicht-ärztliche Tätigkeit	55
9	Vereinbarkeit von Lebenszielen und Berufstätigkeit	57
9.1	Lebensziele	57
9.2	Privatleben und Beruf	61
9.2.1	Weiterbildungsverlauf mit Kindern im Haushalt	61
9.2.2	Familienkonforme Arbeitszeiten	62
10	Suchverhalten und Dauer der Suche nach einer Facharztstelle	63
11	Struktur des Arbeitsplatzes zu Beginn der Weiterbildung und zum Erhebungszeitpunkt	64
11.1	Struktur des gewählten Arbeitsplatzes zu Beginn der Weiterbildung	64
11.2	Analyse der Wanderungsbewegungen und der Krankenhausstruktur zum Erhebungszeitpunkt	65
12	Stand des Weiterbildungsstatus und Tätigkeitsort	67
13	Arbeitsplatzsituation im Krankenhaus	69
13.1	Arbeitsvertrag und Arbeitszeiten im Krankenhaus	70
13.2	Gründe für die Wahl der Arbeitstelle im Krankenhaus zum Erhebungszeitpunkt	73

13.3	Arbeitsplatzbedingungen und Arbeitsplatzzufriedenheit im Krankenhaus	75
14	Ort der zukünftigen Berufstätigkeit und Gründe für einen etwaigen Fortgang aus Bayern	78
14.1	Zukünftiges Bundesland bzw. Ausland	78
14.2	Gründe für den Wechsel in ein anderes Bundesland und ins Ausland	78
15	Einfluss gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen auf die Berufsentscheidung und erneute Wahl des Arztberufs	80
15.1	Bedeutung gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen für berufliche Entscheidungen	80
15.2	Erneute Wahl des Arztberufs	83
16	Ärzte im Ausland	84
16.1	Sozialstruktur und Aufenthaltsland	84
16.2	Studienmotivation und anfängliche Berufswünsche	85
16.3	AiP, Wahl der Facharztrichtung und Weiterqualifikation	86
16.3.1	Berufssituation als AiP	86
16.3.2	Wahl der Facharztrichtung	88
16.3.3	Weitere Qualifikationsmaßnahmen	88
16.4	Arbeitsplatzsituation im Krankenhaus	89
16.4.1	Versorgungstyp des Krankenhauses und Ausstattung des Arbeitsplatzes	89
16.4.2	Arbeitsbedingungen: Arbeitsvertrag und Arbeitszeiten im Krankenhaus	90
16.5	Arbeitsplatzwahl im Krankenhaus und Berufszufriedenheit	92
16.6	Angestrebtes Tätigkeitsfeld im Ausland	94
16.7	Gründe für eine Auslandstätigkeit und geplanter zukünftiger Arbeitsort	95
17	Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse im Hinblick auf die zukünftige ärztliche Versorgung in Bayern	96
17.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	96
17.2	Bewertung der Ergebnisse	104
17.2.1	Frauenanteil in der Medizin	105
17.2.2	Arbeitsplatz Krankenhaus	107
17.2.3	Ärzte im Ausland	108

18	Empfehlungen	108
18.1	Maßnahmen zur Schaffung familienfreundlicherer Arbeitsbedingungen im Krankenhaus	109
18.2	Maßnahmen zur beruflichen Förderung von Ärztinnen im Krankenhaus	110
18.3	Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Arbeitssituation im Krankenhaus	111
	Literatur	113
	Anhang: Fragebogen	116

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Anzahl der Kinder der befragten Mediziner und Medizinerinnen	29
Abbildung 2:	Motive für die Wahl des Medizinstudiums, differenziert nach dem Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)	30
Abbildung 3:	Gewählte Facharzttrichtungen, differenziert nach dem Geschlecht	33
Abbildung 4:	Motive für die Wahl der Facharzttrichtung, differenziert nach dem Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)	35
Abbildung 5:	Weitere Qualifikationsbereiche und -wünsche der Befragten, differenziert nach dem Geschlecht	37
Abbildung 6:	Bewertung der Weiterbildungsphase als AiP, differenziert nach dem Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)	40
Abbildung 7:	Erfahrungen als AiP und Auswirkungen auf die berufliche Entwicklung, differenziert nach dem Geschlecht	42
Abbildung 8:	Angestrebte sowie bereits realisierte Tätigkeitsfelder der befragten Ärzte	45
Abbildung 9:	Motive für eine Niederlassung, differenziert nach dem Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)	52
Abbildung 10:	Gründe für eine Tätigkeit im Krankenhaus, differenziert nach dem Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)	54
Abbildung 11:	Gründe für eine Tätigkeit im nicht-kurativen bzw. nicht-ärztlichen Bereich, differenziert nach dem Geschlecht	56

Abbildung 12:	Lebensziele der Befragten, differenziert nach dem Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)	58
Abbildung 13:	Gewünschte familienkonforme Maßnahmen, differenziert nach dem Geschlecht	63
Abbildung 14:	Weiterbildungsstatus und Tätigkeitsort zum Erhebungszeitpunkt, differenziert nach dem Geschlecht	68
Abbildung 15:	Pro Monat geleistete Bereitschafts- und Rufdienste, differenziert nach dem Geschlecht	72
Abbildung 16:	Kompensationsarten für geleistete zusätzliche Dienste und Überstunden	73
Abbildung 17:	Entscheidungsgründe für eine Stelle im Krankenhaus, differenziert nach dem Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)	74
Abbildung 18:	Bewertung der Tätigkeit im Krankenhaus, differenziert nach dem Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)	76
Abbildung 19:	Gründe für eine Abwanderung aus Bayern, differenziert nach dem Geschlecht	79
Abbildung 20:	Berufliche Ziele zu Beginn des Medizinstudiums, differenziert nach dem Arbeitsort der Befragten	86
Abbildung 21:	Kritik in der Phase als AiP, differenziert nach dem Arbeitsort der Befragten (Mehrfachnennungen möglich)	87
Abbildung 22:	Probleme bei der Tätigkeit im Krankenhaus, differenziert nach dem Arbeitsort der Befragten (Mehrfachnennungen möglich)	90
Abbildung 23:	Persönlich geschätzte Wochenarbeitszeit im stationären Bereich, differenziert nach dem Arbeitsort der Befragten	91
Abbildung 24:	Pro Monat geleistete Bereitschafts- und Rufdienste, differenziert nach dem Arbeitsort der Befragten	92
Abbildung 25:	Faktoren für die Entscheidung für die derzeitige Stelle im Krankenhaus, differenziert nach dem Arbeitsort der Befragten (Mehrfachnennungen möglich)	93

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Entwicklung der Studienanfänger-, Studierenden- und Absolventenzahlen im Fach Humanmedizin in Bayern	9
Tabelle 2:	Tätigkeitsbereiche der berufstätigen Ärzte in Bayern, differenziert nach dem Geschlecht	16
Tabelle 3:	Frauenanteil am gesamten ärztlichen Personal, differenziert nach funktionaler Stellung und Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung	18
Tabelle 4:	Repräsentativität des Rücklaufs, bezogen auf die Grundgesamtheit der befragten Ärzte	25
Tabelle 5:	Soziodemografische Merkmale der befragten Ärzte	26
Tabelle 6:	Anteil der Ärztinnen nach Bezeichnungen an allen berufstätigen Ärztinnen auf Bundesebene	32
Tabelle 7:	Soziodemografische Merkmale der befragten Ärzte, differenziert nach Tätigkeitsfeldern	47
Tabelle 8:	Angestrebte bzw. bereits realisierte Tätigkeitsfelder der Ärzte nach Weiterbildung zum Facharzt	49
Tabelle 9:	Lebensziele der Befragten, differenziert nach dem Geschlecht sowie Kindern im Haushalt	60
Tabelle 10:	Wechselbewegungen und Krankenhausstruktur, differenziert nach dem Geschlecht	66
Tabelle 11:	Persönlich geschätzte Wochenarbeitszeit der Beschäftigten im stationären Bereich, differenziert nach dem Geschlecht sowie Kindern im Haushalt	71

1 Ausgangssituation und Forschungsstand zur ärztlichen Versorgung

1.1 Ausgangssituation

Seit Ende der 80er Jahre wird in Deutschland über die zukünftige Entwicklung der ärztlichen Versorgung im stationären und ambulanten Bereich sowie den daraus resultierenden Ärztebedarf diskutiert. Damals warnten Politiker und Ärztevertretungen, dass zu viele Ärzte ausgebildet würden und man deshalb zur Jahrtausendwende mit einer Massenarbeitslosigkeit von bis zu 60.000 arbeitslosen Mediziner¹ zu rechnen hätte (vgl. Klose/Uhlemann/Gutschmidt 2003, S. 196). Seit 2000 wird eher ein Ärztemangel im ambulanten sowie im stationären Bereich befürchtet, da Verlautbarungen nach immer mehr Ärzten über die schlechten Arbeitsbedingungen, vor allem im Krankenhaus, ihren Unmut äußern und u.a. deshalb ins Ausland sowie in nicht-kurative² Tätigkeitsfelder abwandern wollen. Die Entwicklung, dass Ärzte auch außerhalb der kurativen Versorgung arbeiten, ist auf die „Ärztenschwemme“ der 90er Jahre zurückzuführen, die eine Ausdifferenzierung des ärztlichen Berufsfelds bewirkte. Es entstanden neue medizinische Tätigkeitsfelder wie z. B. Public Health, welche auf einem neuen Versorgungs- und Medizinverständnis einer modernen und gesundheitsbewussten Industriegesellschaft aufbauen.

Auf welchen Eckdaten beruhen nun die Befürchtungen, in den nächsten Jahren mit einer Mangelversorgung konfrontiert zu sein, und in welchen Bereichen wird sie erwartet? Folgende Entwicklungen nähren die Befürchtungen:

Entwicklung des ärztlichen Nachwuchses:

- Veränderungen in der Studierneigung führen im Fach Humanmedizin³ zu niedrigeren Studienanfänger- und Studierendenzahlen; in Verbindung mit den Schwundquoten

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die explizite Nennung weiblicher und männlicher Personen- und Personengruppen verzichtet. Sofern nicht ausdrücklich gekennzeichnet, sind stets beide Geschlechter gemeint.

² Unter kurativer Tätigkeit wird eine direkte Beschäftigung mit dem Patienten im Krankenhaus – sei es nun stationär oder ambulant – sowie beim niedergelassenen Arzt, verstanden. Nicht-kurative Tätigkeiten können sich auf medizinnahen Tätigkeiten wie z. B. Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen/Public Health, Bundeswehr, Medizintechnik, Medizinjournalismus, Pharmazeutische Industrie sowie Entwicklungsdienst aber auch auf Tätigkeiten außerhalb des ärztlichen und medizinischen Bereichs beziehen (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 2002, S. 51 f.).

³ Werden im Text die Begriffe „Mediziner“ bzw. „Ärzte“ verwendet, handelt es sich um Absolventen des Studiengangs Humanmedizin.

durch Studienabbruch bedeutet dies eine Abnahme der Absolventenzahlen (vgl. Schmidt 2004, S. 33 f.).

- Der ärztliche Nachwuchs geht in zunehmenden Maße aus der Patientenversorgung in nicht-kurative Tätigkeitsfelder oder wandert ins Ausland ab; die Tätigkeitsphase als Arzt im Praktikum (AiP) zur Erlangung der Approbation wurde im WS 2005/06 abgeschafft.
- Aufgrund hoher Arbeitsbelastung durch die Gleichzeitigkeit von wissenschaftlicher Qualifikation und täglicher Arbeit im Krankenhaus wird es zum Nachwuchsmangel im wissenschaftlichen Bereich kommen. Darüber hinaus besteht ein geringes Interesse bei Medizinerinnen, eine wissenschaftliche Karriere anzustreben, was bereits durch deren niedrigere Promotionsquoten im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen sichtbar wird (vgl. Schmidt 2004, S. 46).

Entwicklung des ärztlichen Angebots durch die geschlechts- und altersspezifische Struktur der Ärzteschaft:

- Regionale Disparitäten entstehen in ländlichen Gebieten, vor allem in einigen neuen Bundesländern, durch die Überalterung der Ärzteschaft. Dies betrifft insbesondere die ambulante Versorgung (vgl. Schmidt 2004, S. 36).
- Die niedrigeren Phasenerwerbszeiten bei Medizinerinnen in den Alterklassen zwischen 30 und 40 Jahren haben Auswirkungen auf die ambulante und stationäre Versorgung, wenn deren Anteil an allen berufstätigen Medizinerinnen weiter zunimmt (vgl. Bayerische Landesärztekammer, Altersstatistik 2003 und 2004).

Entwicklung der Arbeitsplatzsituation im stationären und ambulanten Bereich:

- Zunehmende Arbeitsbelastung und Zeitdruck im stationären Bereich führen aufgrund einer immer dünneren Personaldecke und einer gleichzeitig immer größer werdenden Verwaltungsarbeit zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen.
- Für Frauen ergibt sich aufgrund mangelnder Teilzeitstellen im Krankenhaus das Problem, Beruf und Familie vereinbaren zu können, was zu einer Abkehr aus dem stationären Bereich führen kann.
- Durch eine Einschränkung der Niederlassungsfreiheit, Auflagen der Krankenkassen und das finanzielle Risiko bei einer Praxisneugründung verringert sich die Erwerbsneigung auch im ambulanten Bereich.

Demografische Entwicklung für die kommenden Jahre:

Entsprechend der Bevölkerungsentwicklung ist in Deutschland mit einer weiteren Zunahme der über 60-Jährigen zu rechnen. Diese Entwicklung geht mit einer Zunahme der Morbidität der Bevölkerung und einem daraus resultierenden höheren ärztlichen Versorgungsbedarf im ambulanten sowie im stationären Bereich einher.

1.2 Forschungsarbeiten zur ärztlichen Berufssituation mit Blick auf die zukünftige Versorgungslage

1.2.1 Studien zur zukünftigen Versorgungslage

Die im vorigen Kapitel skizzierten Entwicklungen bilden in einem unterschiedlich differenzierten und umfänglichen Maße die Grundlage von Untersuchungen, die sich einerseits anhand empirischer Befunde mit der Berufssituation und der Berufszufriedenheit von angehenden sowie fertigen Medizinerinnen auseinandersetzen und die andererseits prognostisch zum zukünftigen Ärztebedarf Auskunft geben.

In den empirischen Untersuchungen, die auf unterschiedlich großen Befragungssamples basieren, werden kritische Stimmen der Ärzte bezüglich ihrer zum Befragungszeitpunkt aktuellen und zukünftigen Berufssituation deutlich; vernehmbar ist aber auch, dass der Arztberuf als solcher weiterhin eine große Akzeptanz beim Großteil der befragten Ärzte genießt. So halten Bussche et al. entsprechend ihren Untersuchungsergebnissen den Nachwuchsmangel bei Allgemeinmedizinerinnen für abwendbar, da ihrer Meinung nach bei Studierenden des Faches Humanmedizin der Wille zu einer Tätigkeit als Hausarzt durchaus vorhanden sei (vgl. Bussche et al. 2004, S. A 403). Aus ihrer Untersuchung geht hervor, dass gut ein Drittel der von ihnen befragten Studierenden es sich gut bzw. sehr gut vorstellen kann, als Fachärztin für Allgemeinmedizin zu arbeiten. In einer weiteren Studie zeigt sich, dass die bereits in ihrem Beruf als Klinikerinnen oder als niedergelassene Ärztinnen Tätigen mit ihrer Berufssituation weitgehend zufrieden sind (vgl. Bestmann et al. 2004a, S. A 31; Sielk/Wilm 2004, S. A 920) und nicht beabsichtigen, ihren Beruf aufzugeben. Eine Untersuchung der niedersächsischen Ärztekammer, welche die Berufssituation von Ärztinnen untersucht hat, kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass sowohl niedergelassene als auch im stationären Bereich arbeitende Ärztinnen mit ihrer Berufssituation weitgehend zufrieden sind (vgl. Goesmann et al. 2002, S. 7). Im Hinblick auf die zukünftige Versorgung sind die Untersuchungsergebnisse der zitierten Autoren insofern von Interesse, als ein Teil der Befragten noch studiert bzw. sich in der Weiterbildung zum Facharzt befindet oder diese bereits abgeschlossen hat; somit dokumentieren sie mit

ihren heutigen Berufsvorstellungen bzw. -entscheidungen den Willen zum Einstieg bzw. Verbleib in der kurativen Versorgung.

Im Folgenden werden Untersuchungen dargestellt, die Prognosen über den zukünftigen Ärztebestand enthalten bzw. über die Studierendenzahlen im Fach Humanmedizin Auskunft geben. Dabei wird vor allem Bezug auf das im Jahre 2004 erstellte Gutachten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“ genommen. In ihm werden vier Untersuchungen näher betrachtet, die prognostisch Auskunft über den ärztlichen Bedarf bis zum Jahr 2010 geben. Darüber hinaus wird noch näher auf eine Untersuchung von Schmidt (2004) über den Ärztebedarf in Bayern eingegangen.

Eine der zitierten Untersuchungen im Gutachten des BMGS wurde von der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) initiiert und von Kopetsch im Jahre 2001 unter dem Titel: „Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Ärztestruktur und Arztlzahlentwicklung“ veröffentlicht sowie 2003 aktualisiert und überarbeitet (vgl. Kopetsch 2003). Gegenstand dieser Untersuchung ist die Entwicklung der Anzahl und der Altersstruktur von Ärzten in Deutschland. Im Mittelpunkt steht die Frage nach einem Ärztemangel in Deutschland bis zum Jahr 2010. Die Analyse der zukünftigen Versorgung erfolgt anhand folgender Variablen (vgl. BMGS 2004, S. 19): Bestand und Entwicklung der Altersstruktur der Ärzte, Bestand des medizinischen Nachwuchses, Verteilung der Ärzte auf den ambulanten, den stationären und auf sonstige Bereiche, Entwicklung spezieller Arztgruppen (z.B. Hausärzte oder Kinderärzte), spezifische Situation von Ärztinnen, Arbeitslosigkeit von Ärzten sowie Zuwanderung von ausländischen Ärzten. Diese Daten wurden sekundärstatistisch ermittelt und für prognostische Aussagen bis zum Jahr 2010 aufbereitet.

Eine weitere vom BMGS ausgewertete Studie ist die vom wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) durchgeführte Untersuchung von Klose et al. mit dem Titel: „Ärztemangel-Ärztenschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung“ (vgl. Klose et al. 2003). „Diese Publikation ist als Reaktion auf die These zum Ärztemangel in Ostdeutschland erschienen, die in der ersten Auflage der BÄK/KBV-Studie 2001 vertreten wurde. Sie unterzieht die ambulante vertragsärztliche Versorgungssituation in den fünf neuen Bundesländern sowie Bayern als westdeutschem Vergleichsland einer detaillierten Analyse. Dabei wird auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes und der Kassenärztlichen Vereinigungen zunächst die Versorgungssituation 2002 betrachtet. Anschließend werden die Auswirkungen der Altersstruktur bis 2010 untersucht. Die

Darstellung erfolgt dabei kleinräumig auf Ebene der Planungskreise der kassenärztlichen Bedarfsplanung" (BMGS 2004, S. 14).

Eine schriftliche Befragung, das „Krankenhaus Barometer“, führte Offermanns an Krankenhäusern im Jahre 2003 durch (vgl. Offermanns 2003). Durch eine Stichprobe wurden 389 allgemeine Krankenhäuser in Ost- und Westdeutschland mit unterschiedlichen Bettengrößeklassen erfasst. Bei einem Rücklauf von 40% konnten demnach für 155 Krankenhäuser Aussagen zur damaligen Personalsituation nach unterschiedlichen Fachbereichen gemacht werden. Durch die Befragung erhielt man Auskunft über die Bemühungen der Krankenhäuser zur Personalgewinnung (vgl. BMGS 2004, S. 25).

Eine weitere Studie, die vom BMGS analysiert wurde, ist die von Heublein et al. im Jahre 2002 für HIS durchgeführte schriftliche Befragung zum Studienabbruch nach einzelnen Fächergruppen, unter anderem der Humanmedizin (vgl. Heublein et al. 2002). „Dabei wurde eine Analyse der Ursachen des Studienabbruchs, d.h. die konkreten Motive der Studienabbrecher, der Einfluss äußerer und innerer Bedingungsfaktoren auf die Entscheidung sowie die Tätigkeit der Studienabbrecher nach der Exmatrikulation untersucht“ (BMGS 2004, S. 29).

Das Datenmaterial der vier Studien wurde vom BMGS anhand folgender Merkmale systematisch ausgewertet:

- „Studienplätze in Humanmedizin,
- Studienanfänger in Humanmedizin (1. Fachsemester),
- Abgänger (erfolgreicher Studienabschluss),
- Ärzte im Praktikum,
- Approbationserteilung,
- Ärzte in der Weiterbildung, Weiterbildungsabschlüsse,
- Entwicklung der Zahl der Ärzte in/außerhalb kurativer Tätigkeit,
- Bedarf an Ärzten im kurativen und nicht-kurativen Bereich,
- Berufsperspektiven im kurativen und nicht-kurativen Bereich“ (BMGS 2004, S. 10).

Eine weitere Untersuchung ist die von Schmidt durchgeführte Erhebung zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Bayern bis zum Jahr 2010. Sie basiert auf der Auswertung statistischen Datenmaterials. Die Struktur der Ärzte nach Geschlecht und Altersjahrgängen stellt den Ausgangspunkt für Schmidts Ermittlung des voraussichtlichen zukünftigen Angebots an Ärzten in Bayern dar. „Zur Fortschreibung waren altersspezifische Erwerbsquoten und Sterbewahrscheinlichkeiten erforderlich. Die Erwerbswahrscheinlichkeiten

konnten aufgrund der Statistik der Bayerischen Landesärztekammer durch das Verhältnis ärztlich tätiger Mediziner zum Gesamtbestand in den jeweiligen Altersklassen und nach Geschlecht ermittelt werden" (*Schmidt 2004, S. 48*). Zur Deckung des Ersatz- und Zusatzbedarfs an Ärzten wurden die Studienanfängerzahlen der Jahre 1996/97 bis 2003/04 an den bayerischen Hochschulen angesetzt. Die Ärztedichte und die Altersstruktur der Bevölkerung in Bayern dienen als Ausgangslage zur Ermittlung des Bedarfs an ärztlicher Versorgung. Aufgrund des weiter ansteigenden Anteils der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung wurde für die Prognose jedoch von einer höheren erforderlichen Ärztedichte ausgegangen, um den Mehrbedarf älterer Menschen an ärztlicher Versorgung bei gleich bleibendem Niveau zu gewährleisten (*vgl. Schmidt 2004, S. 54 f.*).

1.2.2 Ergebnisse zum zukünftigen ärztlichen Angebot

Kann man nun aus den Ergebnissen dieser fünf Studien einen Mangel im Hinblick auf die zukünftige kurative Versorgung ableiten? Wenn ja, in welchen Bereichen und in welchen Regionen kann es zu Defiziten kommen? Dieser Frage wird im Folgenden nachgegangen.

Schmidt kommt zu dem Ergebnis, dass, quantitativ gesehen, in den kommenden Jahren mit keinem Ärztemangel in Bayern sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich zu rechnen ist (*vgl. Schmidt 2004, S. 48 f.*). Die Entwicklung in allen ärztlichen Tätigkeitsbereichen hat über die letzten Jahre hinweg nicht zu großen Veränderungen geführt. Darüber hinaus verweist er im Rahmen der Versorgungsdiskussion auf die nicht hinterfragte sondern fortgeschriebene Ärztedichte als Parameter für den Versorgungsgrad der deutschen Bevölkerung. Danach liegt Deutschland mit im vorderen Bereich, wenn man die Ärztedichtezahlen mit anderen westeuropäischen Ländern und den USA vergleicht (*vgl. Schmidt 2004, S. 29*).

Nach Ansicht des BMGS kann aus der Zusammenführung der einzelnen Studien in Zukunft von keinem generellen Ärztemangel in Deutschland ausgegangen werden. Dennoch kann aus den Untersuchungen des BÄK/KBV, des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und dem „Krankenhaus Barometer“ des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) klar abgeleitet werden, „dass eine punktuelle Unterversorgung besteht, die sich ohne Entgegenwirken in den nächsten Jahren verstärken wird. Diese Unterversorgung konzentriert sich regional laut den Studien in erster Linie auf ländliche und ostdeutsche Regionen. Ein Mangel an Ärzten wird dort für die hausärztliche Versorgung, aber auch einzelne Fachgebiete sowie für den stationären Bereich konstatiert. Kopetsch weist in der KBV/BÄK-

Studie darauf hin, dass die Unterversorgung im hausärztlichen Bereich in den ostdeutschen Bundesländern die Folge von Wiederbesetzungsproblemen ist. Die Studie des WIdO weist implizit darauf hin, dass diese punktuelle Unterversorgung zunächst kein Anzeichen eines Ärztemangels sei, sondern vielmehr eine Fehlallokation von Ärzten, da in anderen Regionen je nach Fachbereich eine Überversorgung besteht. Die Studie des DKI macht deutlich, dass derzeit 80% der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern Probleme haben, offene Stellen zu besetzen. Laut einer Hochrechnung dieser Studie sind aktuell in Krankenhäusern bundesweit 3.160 Stellen für approbierte Ärzte nicht besetzt“ (BMGS 2004, S. 64–65).

Neben der Entwicklung der Ärztezahlen im kurativen Bereich wird auch die Zahl derjenigen Ärzte problematisiert, die nicht im kurativen Bereich arbeiten bzw. ins Ausland abwandern, um dort tätig zu werden. Welche Folgen hat ihre Entscheidung, weder im stationären noch im ambulanten Bereich innerhalb Deutschlands zu arbeiten, für die zukünftige Versorgung?

Betrachtet man die anteilmäßige Entwicklung der Ärzte, die nicht patientenorientiert arbeiten, und die Zahlen der Ärzte, die ins Ausland gehen, im Verhältnis zu allen übrigen berufstätigen Ärzten, so ist deren Anteil in den letzten Jahren fast unverändert bei ca. 5% geblieben (vgl. Bundesärztekammer, Tabelle 3: Ärztinnen/Ärzte nach Bezeichnungen und ärztlichen Tätigkeiten im Zeitraum von 1996 bis 2002). Gleiches gilt auch für die Gruppe der Ärzte, die keine ärztliche Tätigkeit ausüben. In der BMGS-Studie wird allerdings deutlich auf die Problematik hingewiesen, die der statistischen Erhebung dieser Gruppen durch die einzelnen Landesärztekammern (LÄK) zugrunde liegt: „Trotz Vorgaben des Ärztekreises erfassen die LÄK diese Kategorien zum Teil unterschiedlich: So zählen manche Tätigkeiten in einigen LÄK zur Kategorie „ohne ärztliche Tätigkeit“ während dieselben Tätigkeiten bei anderen LÄK zur Kategorie „sonstige ärztliche Tätigkeit“ gehören“ (BMGS 2004, S. 57). Darüber hinaus gibt es unterschiedliche Meldepflichten in den einzelnen Landesärztekammern: So müssen sich in einigen Ländern Ärzte, die nicht ärztlich tätig sind, nicht melden, in anderen Ländern dagegen muss sich jeder Arzt melden, ob ärztlich tätig oder nicht. Gleiches gilt für Ärzte, die im Ausland tätig sind. Ein weiterer Faktor, der zu Ungenauigkeiten in der Datenerhebung in Bezug auf die Exaktheit und Aktualität führt, ist die „Meldelust“ der Ärzte, „da sie für die Angabe jeglicher Veränderungen ihres Status verantwortlich sind. Kommen die Ärzte ihrer Meldepflicht nicht ausreichend nach, entstehen Ungenauigkeiten bei der Erstellung von statistischen Angaben“ (BMGS 2004, S. 58).

1.2.3 Einschätzung der zukünftigen Nachfrage

Weitere Unsicherheiten ergeben sich bezüglich der Aussagen über die zukünftige ärztliche Versorgungssituation nach Erkenntnissen der BMGS-Studie insofern, als neben Veränderungen auf der Angebotsseite auch Veränderungen auf der Bedarfsseite berücksichtigt werden müssten, was bislang weitgehend unterblieben ist. Die Autoren weisen darauf hin, dass neben der demografischen Entwicklung zur Einschätzung des ärztlichen Bedarfs unter anderem folgende Faktoren berücksichtigt werden müssten, die Einfluss auf das Nachfrage- und Angebotsverhalten haben werden:

- Etablierung integrierter Versorgungssysteme einschließlich des Hausarztmodells,
- Einführung der Praxisgebühr und damit der Rückgang der Arztbesuche,
- Abbau von Krankenhauskapazitäten,
- Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG),
- Umsetzung der EuGH-Arbeitszeitrichtlinien (vgl. *BMGS 2004, S. 69*).

1.2.4 Entwicklung der Studierenden- und Absolventenzahlen im Fach Humanmedizin

Betrachtet man nun die Studierneigung von Abiturienten für das Fach Humanmedizin, so hält diese unvermindert an (vgl. *Schmidt 2004, S. 43; Klose et al. 2003, S. 198; o.V. 2005*). Aus der nachfolgenden Tabelle wird deutlich, dass diese Entwicklung auch für Bayern gilt.

Aus den Studienanfängerzahlen in den jeweiligen Wintersemestern geht hervor, dass diese vom Wintersemester 1995/96 bis Wintersemester 2004/05 um ein gutes Viertel gestiegen sind; zwischen dem Wintersemester 1999/2000 und dem Wintersemester 2001/02 kam es jedoch zeitweise zu einem Rückgang der Studienanfänger. Allerdings gingen in dieser Periode die Zahlen nicht hinter dem Wintersemester 1995/96 zurück. Anders dagegen scheint die Entwicklung bei den Studierenden- und Absolventenzahlen zu verlaufen. Deren Rückgang seit dem Wintersemester 1995/96 ist unter anderem auf eine Novellierung der Approbationsordnung im Wintersemester 1990/91 mit dem Ziel der Verbesserung der medizinischen Ausbildung zurückzuführen, was zu einem Absenken der Studienplatzzahl um etwa 20% geführt hat (vgl. *Klose et al. 2003, S. 193*). Parallel dazu wurde von den Ärztekammern vor einem „drohenden Überangebot“ von Ärzten gewarnt, was durchaus dazu geführt haben mag, dass in den 90er Jahren Studierende im Fach Humanmedizin ihr Studium nicht zu Ende führten. Schmidt weist auch darauf hin, dass bei der Ermittlung von Studienerfolgsquoten, d. h. dem Vergleich der Studien-

anfängerzahlen mit den Absolventenzahlen 12 bis 13 Semester später, zu berücksichtigen sei, dass zu den Studienanfängerzahlen Studienanfänger als auch Promovierende gezählt werden, die später kein Staatsexamen ablegen. Nach seinen Ausführungen ist demnach nur mit einer Absolventenquote von 85,5% zu rechnen (vgl. Schmidt 2004, S. 44). Heublein et al. weisen in ihrer Untersuchung zu den Ursachen für einen Studienabbruch mit 8% eine noch niedrigere Abbruchquote für die Studierenden in Humanmedizin aus (vgl. Heublein et al. 2003, S. 106). Dementsprechend verläuft die universitäre Ausbildung nach der Zwischenprüfung bis zum Staatsexamen ohne große Einbrüche, sodass mit einer relativ konstanten Zahl an Ärzten zu rechnen ist, die in die Weiterqualifikation zum Facharzt eintreten können.

Tabelle 1: Entwicklung der Studienanfänger-, Studierenden- und Absolventenzahlen im Fach Humanmedizin in Bayern

Semester	Geschlecht	Studienanfänger	Studierende	Absolventen
Wintersemester 1995/1996	männlich	481	6.436	813
	weiblich	490	5.295	576
Sommersemester 1996	männlich	377	6.275	779
	weiblich	345	5.231	529
Wintersemester 1996/1997	männlich	518	6.237	730
	weiblich	504	5.342	580
Sommersemester 1997	männlich	361	6.220	695
	weiblich	375	5.387	531
Wintersemester 1997/1998	männlich	560	6.240	769
	weiblich	585	5.547	480
Sommersemester 1998	männlich	440	6.127	666
	weiblich	433	5.543	531
Wintersemester 1998/1999	männlich	539	6.069	729
	weiblich	638	5.695	560
Sommersemester 1999	männlich	407	5.760	632
	weiblich	463	5.555	521
Wintersemester 1999/2000	männlich	493	5.558	696
	weiblich	605	5.553	512
Sommersemester 2000	männlich	324	5.415	664
	weiblich	460	5.574	512
Wintersemester 2000/2001	männlich	405	5.326	593
	weiblich	635	5.859	532

Fortsetzung von Tabelle 1:

Semester	Geschlecht	Studien- anfänger	Studierende	Absolventen
Sommersemester 2001	männlich	346	5.231	610
	weiblich	422	5.756	580
Wintersemester 2001/2002	männlich	392	5.240	612
	weiblich	648	6.031	537
Sommersemester 2002	männlich	345	5.147	663
	weiblich	447	6.019	562
Wintersemester 2002/2003	männlich	385	5.030	608
	weiblich	665	6.197	596
Sommersemester 2003	männlich	319	5.013	631
	weiblich	492	6.342	605
Wintersemester 2003/2004	männlich	517	4.960	577
	weiblich	799	6.543	589
Sommersemester 2004	männlich	161	4.754	668
	weiblich	226	6.407	619
Wintersemester 2004/2005	männlich	466	4.663	693
	weiblich	856	6.604	666

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Statistische Berichte.

1.2.5 Entwicklung der Medizinerinnenzahlen

Um die zukünftige Versorgung zu bestimmen, wurde in einzelnen Studien zusätzlich zur Trendextrapolation der bestehenden Ärztezahlen die Struktur der Ärzteschaft anhand der Variablen „Alter“ und „Geschlecht“ betrachtet. Dabei kommen die Untersuchungen in Bezug auf die Alterstruktur bei gleichem Zahlenmaterial allerdings zu gegensätzlichen Bewertungen der Versorgungssituation und entsprechend unterschiedlichen Empfehlungen. Der Variable „Geschlecht“ kommt in den Untersuchungen in unterschiedlichem Umfang Bedeutung zu. So konstatieren die Autoren, dass es hier sowohl bei den Studienanfänger-, den Studierenden- und schließlich den Absolventenzahlen zu einer quantitativen Verschiebung zwischen den Geschlechtern gekommen ist. Dass man von Veränderungen ausgehen muss, wird sichtbar, wenn man die Entwicklung der weiblichen Studierenden im Fach Humanmedizin betrachtet. Die strukturellen Veränderungen der Studienanfänger-, und damit auch der zukünftigen Studierenden- und Absolventenzahlen an den bayerischen Universitäten im Fach Humanmedizin können der Tabelle 1 entnommen werden. Vergleicht man den Anteil der Frauen an den Studienanfängern und Studierenden

in der Zeit vom WS 1995/96 bis WS 2004/05, so ist er von 50,5% auf 64,8% bei den Studienanfängern und von 45,1% auf 58,6% bei allen Studierenden gestiegen. Die Analyse der Entwicklung der Absolventenzahlen kann sich aufgrund der Datenlage nur auf eine kürzere Zeitspanne beziehen, aber auch hier wird sichtbar, dass die Medizinerinnen aufgeholt haben und nahe an der 50%-Marke liegen.

Der hohe Frauenanteil wird zumeist mit dem Hinweis kommentiert, dass dem Problem der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei einem steigenden Medizinerinnenanteil, vor allem im stationären Bereich, Rechnung zu tragen sei (vgl. *Klose et al. 2003, S. 198; Kopetsch 2003, S. 103*). Schmidt verweist auf die geringeren Erwerbsphasen von Ärztinnen aufgrund ihrer familiären Doppelbelastung und misst diesem Umstand Bedeutung im Hinblick auf das zukünftige ärztliche Versorgungsangebot bei (vgl. *Schmidt 2004, S. 49*). Es wird jedoch nicht thematisiert, dass auch andere Faktoren und nicht nur die Unterbringungsproblematik von Kindern die berufliche Entscheidung von Ärztinnen mit und ohne Kinder beeinflussen. Da aus Untersuchungen zur Berufsforschung (vgl. z.B. *Abele et al. 2003; Grote et al. 2001*) bekannt ist, dass Frauen in akademischen Berufen andere Berufsbiographien als ihre männlichen Kollegen aufweisen, soll in der vorliegenden Studie ermittelt werden, inwiefern dies auch bei den Medizinerinnen der Fall ist und welche Konsequenzen dies für die kurative ärztliche Versorgung sowohl quantitativ als auch in qualitativer Hinsicht in Bayern haben kann. Aus diesem Grunde sollen weitere Untersuchungen, die aus der Berufsforschung kommen und sich mit dem beruflichen Verlauf von Ärztinnen beschäftigt haben, im folgenden Kapitel eingehend betrachtet werden.

1.3 Untersuchungen aus der Geschlechter differenzierenden Berufsforschung im akademischen Bereich

Seit den 90er Jahren findet man zunehmend Studien, die sich mit der Karriereplanung von Ärztinnen, ihrer Weiterbildung zur Fachärztin, der Wahl des Tätigkeitsfeldes und letztlich mit ihrer Berufssituation beschäftigen (vgl. dazu *Mesletzky 1996; Grote et al. 2001; Drexler-Gormann/Kaiser 2002; Kaiser 2002; Abele 2001; Buddeberg-Fischer 2003; BLK 2004*). Dabei konnte festgestellt werden, dass die Berufsbiografien von Frauen einen anderen Verlauf haben als die ihrer männlichen Kollegen. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede lassen sich anhand folgender Ansätze darstellen und erklären:

- Theorie der Selbst- und Fremdelektion,
- Befunde zur horizontalen und vertikalen Segregation,
- Befunde zur Kompatibilität von Beruf und Familie.

1.3.1 Geschlechtsspezifische Selbst- und Fremdselektion

Bei Untersuchungen zum Thema der Selbst- und Fremdselektion wird unter anderem das Phänomen untersucht, dass, gemessen an der Zahl der Studierenden, unterproportional viele Ärztinnen in führenden Positionen an Universitäten und Kliniken vertreten sind und es zu einer auffallenden Diskrepanz zwischen der anfänglichen Berufswahl und der weiteren beruflichen Entwicklung kommt. Dieses Ungleichgewicht ist einerseits auf Mechanismen der Selbstselektion und andererseits auf die Selektion der Frauen durch die Arbeitgeber zurückzuführen (vgl. Sieverding 1992, S. 157).

Erstere Mechanismen werden wirksam, wenn das Selbstkonzept der betreffenden Person nicht mit den beruflichen Rahmenbedingungen einer Institution – in diesem Untersuchungskontext das Krankenhaus – übereinstimmen. Sie können durchaus zu einer Aufgabe des Berufs führen. „Nach der Selbstkonzept-Theorie sucht eine Person sich einen Beruf aus, von dem sie meint, dass er vom Anforderungsprofil zu ihr ‚passt‘, dass sie in diesem Beruf ihr (berufliches) Selbstkonzept verwirklichen kann. Je besser Berufskonzept und Selbstkonzept übereinstimmen, desto eher wird dieser Beruf gewählt, desto eher verbleibt eine Person in dem gewählten Beruf und desto höher sind Berufszufriedenheit und berufliche Tüchtigkeit“ (Sieverding 1992, S. 158). Um als Arzt oder Ärztin im Krankenhaus beruflich Erfolg zu haben, reicht es aber nicht aus, fachlich qualifiziert zu sein und gut mit Patienten umgehen zu können. Die ärztliche Berufstätigkeit ist eng an die Institution Krankenhaus gekoppelt, ohne die ein berufliches Fortkommen – zumindest in der Phase der beruflichen Entwicklung – kaum möglich ist (vgl. Sieverding 1992, S. 158). Bei einem knappen Stellenangebot sind Berufsanfänger und -anfängerinnen, die auf ein Weiterkommen in der Klinik hoffen, einem starken Anpassungsdruck ausgesetzt. Darüber hinaus ist ihre Arbeit im Krankenhaus nach der Erkenntnis von Sieverding durch folgende Rahmenbedingungen gekennzeichnet: „Alltägliche Hetze im Krankenhausbetrieb, hierarchische Struktur mit einem mechanistischen Führungssystem und autokratischer Klinikleitung, starkes Rivalitätsverhältnis zwischen ärztlichen Kollegen und Kolleginnen, insbesondere in Universitätskliniken“ (Sieverding 1992, S. 180).

Um unter diesen Bedingungen arbeiten zu können, sind nach Ansicht von Sieverding Eigenschaften und Verhaltensweisen nötig, die traditionell eher den männlichen Geschlechtsstereotypen zugeordnet werden, wie z. B. Durchsetzungsvermögen, Selbstsicherheit und Selbstbehauptung. Da sich Ärztinnen diese Attribute nicht immer zuschreiben, kann es bei ihnen zu einem freiwilligen Verzicht auf eine berufliche Karriere kommen. Aufgrund ihrer Erfahrungen haben sie den Eindruck, ihr Selbstkonzept im Rahmen einer

Karriere am Krankenhaus nicht realisieren zu können. Auch die Studie der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK) vom Juli 2004 verweist darauf, dass das berufliche Selbstvertrauen von Ärztinnen im Laufe der Zeit sank, während das ihrer männlichen Kollegen anstieg (vgl. *BLK 2004, S. 15*). So schätzen Ärztinnen ihre Chancen auf eine erfolgreiche Bewerbung mit steigender Qualifikation geringer ein als ihre männlichen Kollegen. Dazu kommt nach Buddeberg-Fischer, dass Frauen integrierte Lebensentwürfe verfolgen, die den außerberuflichen Belangen ebenfalls Wichtigkeit beimessen: „... dies hat zur Folge, dass Frauen häufiger solche medizinischen Institutionen vorzeitig verlassen, in denen Konkurrenz statt Kooperation vorherrschen und die Arbeit am Patienten weniger gilt als eine Forschungstätigkeit, die häufig noch in der Freizeit geleistet werden muss“ (*Buddeberg-Fischer 2003, S. 33*). Hauffe weist darauf hin, dass der berufliche Werdegang durch die Ärztinnen selbst unbewusst negativ durch eine etwaige Familienplanung beeinflusst wird. „Während Männer bei einem Karriereangebot sofort zugreifen, zögern Frauen und lehnen häufig ab, weil sie sich die Möglichkeit zur Familiengründung in diesem Alter nicht verbauen wollen. Sie planen eine potenziell mögliche Schwangerschaft ein und meinen, sich nicht auf das Karriereangebot einlassen zu können“ (*Hauffe 2003, S. 81*).

Neben der Selbstselektion verweist die BLK-Studie auf Tendenzen, die belegen, dass Selektionsmechanismen auch durch Kollegen und Arbeitgeber im Krankenhaus zum Tragen kommen, welche die Karriere bzw. die berufliche Weiterentwicklung von Medizinerinnen negativ beeinflussen können (vgl. *BLK 2004, S. 52*). So ist aus der Sozialpsychologie bekannt, dass Geschlechterstereotypen die Wahrnehmung des eigenen und des anderen Geschlechts in der Weise beeinflussen, dass sich Männer in der Regel in ihrer Kompetenz über- und Frauen unterschätzen (vgl. *Buddeberg-Fischer 2003, S. 31*). Das zum Teil fehlende Selbstbewusstsein der Ärztinnen ob ihrer eigenen Kompetenzen wird in der Fremdeinschätzung durch die männlichen Kollegen und Vorgesetzten in Form von Ausgrenzungen verstärkt. Die Autoren der BLK-Studie zitieren eine Untersuchung, die bei 103 Lehrstuhlinhabern bzw. Abteilungsleitern der chirurgischen Fächer aller deutschen Universitätskliniken im Jahre 2001 durchgeführt wurde. „Die Frage, ob die Chirurgie männlich sei, wurde zum Teil bejaht. Als Begründung wurde angeführt, dass die Chirurgie einen kämpferischen Leistungswillen erfordere und männliche Dominanz notwendig sei“ (*BLK 2004, S. 52*), welche den Frauen fehle. Auch in der Unfallchirurgie werden Ärztinnen die Fähigkeiten abgesprochen, der körperlichen Belastung standzuhalten (vgl. *Bühren 2001, S. 177*). Diese Sichtweise bei männlichen Kollegen bzw. Arbeitgebern sowie fehlende weibliche Gegenstücke zu den „old-boys-networks“ (vgl. *BLK 2004, S. 54*) erschweren es Frauen, bei Stellenbesetzungen zum Zuge zu kommen. „Neben den Qualifikationskriterien

finden subjektive Bewertungen Eingang, die vor dem Hintergrund der immer noch wesentlich von Männern geprägten Bewertungsstruktur und -maßstäbe zu einer im Hinblick auf ihre Qualifikation unterproportionalen Berücksichtigung von Frauen führen" (*BLK 2004, S. 53*). Dies wird anschaulich in einem Gespräch zwischen der Süddeutschen Zeitung und einer Chefärztin dokumentiert, die früher als Gleichstellungsbeauftragte bei Bewerbungsgesprächen teilgenommen hat. „Ein selbstbewusst auftretender Mann gilt als führungsstark, bei einer Frau gilt ein solches Verhalten als zickig" (*o. V. 2004 a*).

Zu diesen subtilen, aber dennoch wirksamen Selektionsmechanismen bei Stellenbesetzungen kommen in Krankenhäusern und Kliniken strukturelle Rahmenbedingungen, die den Arbeitseinsatz von Frauen einschränken. Zu nennen ist in einigen Bereichen das Berufsverbot bei Schwangerschaft und während der Mutterschutzfristen.⁴ „Die in den Gesetzen vorgeschriebenen Beschäftigungsverbote und -einschränkungen gelten ab Bekanntgabe der Schwangerschaft bis zu zwölf Monate nach der Entbindung" (*BLK 2004, S. 71*). Die theoretische Möglichkeit einer Schwangerschaft birgt daher ein wirtschaftliches Risiko und stellt bei Arbeitgebern ein mögliches Entscheidungskriterium gegen die Einstellung von Medizinerinnen dar.

Da die Weiterbildungsordnung der Humanmedizin in § 4 Abs. 4 festlegt, dass Schwangerschaft und Erziehungszeiten nicht auf die Weiterbildungszeiten angerechnet werden, verlängert sich die Zeit der Weiterbildung zur Fachärztin. Darüber hinaus werden befristete Arbeitsverträge – welche bei den meisten Ärztinnen und Ärzten die Regel sind – um die Zeit schwangerschaftsbedingter Beschäftigungsverbote nicht entsprechend verlängert (*vgl. BLK 2004, S. 72*). Vor diesem Hintergrund sehen sich Ärztinnen nach einer Unterbrechung ihrer Weiterbildung durch die Familiengründung oftmals vor die Schwierigkeit des Wiedereinstiegs gestellt.

Darüber hinaus verweist Hauffe auf die unstrukturierte Weiterbildungsorganisation, in der nur der Operationskatalog festgelegt ist, nicht aber die Absicherung der Durchführung. „Die Folge ist, dass die Einteilung für Operationen oder bestimmte Stationseinsätze nicht nach einem transparenten, im Rahmen einer internen Weiterbildungsverordnung verabschiedeten Modus geschieht, sondern eher von der persönlichen Motivation derer bestimmt ist, die Entscheidungsbefugnisse haben" (*Hauffe 2003, S. 81*). Nach ihrer Erkennt-

⁴ Es gilt z.B. im OP-Bereich, Anästhesie- und Aufwachbereich, auf der Intensivstation, Aufnahmestationen, Infektionsstationen, in Dialyseeinheiten, Transfusionsmedizinischen Abteilungen und Blutbanken, in der Onkologie, Strahlentherapie und Pathologie sowie in den Geschlossenen Abteilungen der Psychiatrie, in der Gynäkologie und Geburtshilfe (*vgl. BLK 2004, S. 71 f*).

nis werden Frauen seltener zu den anzurechnenden Operationen eingeteilt und verweilen länger auf bestimmten Stationen, z. B. auf den Wachstationen, als ihre männlichen Kollegen.

1.3.2 Geschlechtsspezifische horizontale und vertikale Segregation

Im Bereich der Berufsforschung wird unter den Begriff der Segregation das Phänomen gefasst, dass Frauen aufgrund ihrer beruflichen Entscheidung in anderen Tätigkeitsfeldern oder Branchen als Männer beschäftigt sind (horizontale Segregation). Auf den Untersuchungskontext angewandt, finden sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich von Frauen dominierte fachliche Schwerpunkte. Darüber hinaus besteht die Tendenz bei Ärztinnen, verstärkt im nicht-kurativen Bereich zu arbeiten. Die vertikale Segregation weist auf die unterschiedlichen hierarchischen Positionen hin, die Männer und Frauen an Krankenhäusern bzw. Kliniken sowie an der Universität innehaben (*vgl. hierzu unter anderem die Untersuchungen von Hohner et al. 2003; Buddeberg-Fischer/Klaghofer 2003*).

Betrachtet man den horizontalen Segregationsansatz unter dem Aspekt der medizinischen Versorgung, so können bei einem steigenden Frauenanteil in der Humanmedizin und der Annahme eines gleich bleibenden Wahlverhaltens in Bezug auf die Facharzttrichtung und das Tätigkeitsfeld langfristig Veränderungen in der medizinischen Versorgung auftreten. Bezüglich des Tätigkeitsfeldes verdeutlichen dies die statistischen Daten der Bayerischen Landesärztekammer.

Betrachtet man die gemeldeten Ärzte und Ärztinnen nach ihren Tätigkeitsbereichen, so werden in der folgenden Tabelle die geschlechtsspezifischen Unterschiede in ihrer Verteilung auf den kurativen (ambulant oder stationär) sowie den nicht-kurativen Bereich sichtbar. Daraus lässt sich erkennen, dass Medizinerinnen im Verhältnis zu allen berufstätigen Medizinerinnen in der kurativen Versorgung geringer repräsentiert sind, wohingegen sie stärker als ihre männlichen Kollegen im nicht-kurativen Bereich arbeiten und damit der kurativen Versorgung nicht zur Verfügung stehen.

Tabelle 2: Tätigkeitsbereiche der berufstätigen Ärzte in Bayern, differenziert nach dem Geschlecht

Berufstätige Ärzte und Ärztinnen			
Tätigkeitsbereiche		männlich	weiblich
Kurativ	Ambulant/Praxis	46,8%	41,8%
	Stationär	42,6%	41,2%
Nicht-kurativ	Behörde/Bundeswehr	2,6%	2,9%
	Sonstige Tätigkeiten im medizinischen Bereich	8,0%	14,1%

Quelle: Bayerische Landesärztekammer 2005; die nicht-berufstätigen Ärzte und Ärztinnen wurden aus diesen Zahlen herausgerechnet, so dass die Bezugsbasis der errechneten Daten nur die derzeit berufstätige Ärzteschaft darstellt.

Aber nicht nur bei der Wahl der Tätigkeitsfelder, sondern auch bei der Wahl der fachlichen Schwerpunkte kommt es zu geschlechtsspezifischen Unterschieden. So arbeiten Ärztinnen vor allem in der Anästhesie, Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Gynäkologie, der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Psychiatrie (vgl. Ackermann-Liebrich 2003, S. 19; Kopetsch 2003, S. 119; Kaiser 2002, S. 16; BLK 2004, S. 61; Bundesärztekammer 2005, Tabelle 6). In diesen Facharztrichtungen ist eher von geregelten Arbeitszeiten und besserer Zeitplanung auszugehen. Darüber hinaus liegt der Schwerpunkt dieser Gebiete auf beziehungsorientierten Tätigkeiten, was sich etwa im intensiven Patientenkontakt, wie beispielsweise bei der Ausrichtung auf die Kindermedizin, manifestiert (vgl. Buddeberg-Fischer/Klaghofer 2003, S. 25). Diesen Disziplinen kommt aber ein geringeres gesellschaftliches Prestige zu als den so genannten „männlichen“, zum Teil invasiven Disziplinen wie der Chirurgie, Orthopädie oder der Urologie. Zu den „männlichen Fachgebieten“ ist Folgendes festzuhalten: „Je höher die Position in Bezug auf Einfluss, Weisungsbefugnis und Ähnliches ist, desto seltener sind dort Frauen anzutreffen“ (BLK 2004, S. 59 f.). Dies hat jedoch zur Folge, dass es in diesen Bereichen zu einem Ärztemangel kommen kann, sollte die geschlechtsspezifische Fachwahl bestehen bleiben. Dies hat auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie im Dezember 2003 in Berlin festgestellt. In ihrer Pressemitteilung wies sie auf den Zusammenhang zwischen dem Fach Chirurgie als traditioneller Männerdomäne und dem allgemein steigenden Frauenanteil in der Medizin hin und kam zum Fazit: „Meiden die Absolventinnen das Fach weiterhin, hat die Chirurgie zukünftig noch weniger Zulauf und weiter „...das Fach müsse für Frauen attraktiver gemacht werden“ (o. V. 2004 b).

Zusammenfassend beinhaltet also ein steigender Medizinerinnenanteil bei gleich bleibendem Wahlverhalten der Ärztinnen für die zukünftige ärztliche Versorgung⁵ entsprechend dem horizontalen Segregationsansatz neben einer fachlichen Konzentration und der damit einhergehenden Reduzierung des medizinischen Angebots auch eine (leichte) Umverteilung aus der kurativen Versorgung in die nicht-kurative Tätigkeit bzw. die Nichtberufstätigkeit. Aufgrund fachlicher Besonderheiten kann es darüber hinaus schon während der Qualifikationsphase zum Facharzt zu einer verstärkten Nachfrage nach Arbeitsmöglichkeiten in niedergelassenen Praxen kommen⁶, die später in Form eines Angestelltenverhältnisses eventuell weitergeführt werden könnten und einen Verbleib im niedergelassenen Bereich bedeuten. Dies kann sowohl zu einer verkürzten Arbeitsphase als auch einer Verringerung der weiblichen Arbeitskräfte im stationären Bereich nach der Facharztweiterbildung führen.

Betrachtet man im Hinblick auf die vertikale Segregation den Anteil der C3- und C4-Professorinnen an allen deutschen Universitäten und künstlerischen Hochschulen, so wird deutlich, dass mit 15,2% bzw. 8,0% deren Anteil an den leitenden Positionen in der Wissenschaft im Verhältnis zu den Studentinnenzahlen über alle Fächer hinweg niedrig ist. Vergleicht man daraufhin den Anteil an Ärztinnen auf C3- und C4-Stellen im Fach Zahn- und Humanmedizin (9,3% bzw. 4,8%) im Verhältnis zu den weiblichen Studierenden in diesem Fach, so wird hier eine noch eklatantere Unterrepräsentanz der Ärztinnen in wissenschaftlichen Führungspositionen deutlich (*vgl. BLK 2004, S. 47*). Dies führt dazu, dass die Einflussnahme von Ärztinnen auf die Forschung gering ist. Dies hat unter anderem zur Folge, dass der junge Zweig der frauenspezifischen medizinischen Forschung im Vergleich zu den anglo-amerikanischen Ländern in Deutschland sehr wenig vertreten ist. Schücking weist darauf hin, dass im gesamten Bereich der medizinischen Forschung „kaum oder kein Augenmerk darauf gerichtet wurde, welche Krankheiten nicht nur eine soziale, sondern auch eine geschlechtsspezifische Ätiologie haben“ (*Schücking 1998, S. 59*). Daraus muss gefolgert werden, dass für Frauen sowohl im Bezug auf die Prävention als auch im Hinblick auf erfolgreiche Therapieformen deutliche Defizite im Bereich der Forschung bestehen.

Aber nicht nur an den Universitäten, sondern auch in den Krankenhäusern und Kliniken sind Frauen selten in führenden Positionen zu finden. Dies geht aus der Studie „Berufs-

⁵ Im folgenden Text wird ärztliche mit medizinischer Versorgung gleichgesetzt.

⁶ In bestimmten Fachrichtungen ist es möglich, einen Teil der Ausbildung bei niedergelassenen Ärzten zu absolvieren, z. B. in der Allgemeinmedizin, der Dermatologie oder der Pädiatrie.

report 2003“ hervor, die auf einer bundesweiten Befragung von Klinikern und niedergelassenen Ärzten beruht. Demnach befanden sich 17,7% der befragten Ärzte und nur 3,7% der Ärztinnen auf Chefarztpositionen. Bei den Klinikdirektoren waren es 6,1% Männer und nur 0,5% Frauen (vgl. Bestmann et al. 2003, S. A 776). Auch Dudenhausen zeigt in seiner Untersuchung an der Berliner Charité im Bereich der Geburtsmedizin, dass der Anteil der Assistenzärztinnen deutlich höher ist als der ihrer männlichen Kollegen, ihr Anteil an den C4-Stellen jedoch bei Null liegt (vgl. Dudenhausen 2003, S. 72). Sehr aufschlussreich sind die Untersuchungsergebnisse der BLK-Studie. Sie verweist auf die Daten des Statistischen Bundesamtes von 2000, aus denen hervorgeht, dass der Anteil des weiblichen ärztlichen Personals am Gesamtpersonal in Krankenhäusern und Kliniken in höheren Einkommens- und Hierarchiestufen immer geringer wird. Dies kann der folgenden Tabelle 3 entnommen werden.

Tabelle 3: Frauenanteil am gesamten ärztlichen Personal, differenziert nach funktionaler Stellung und Gebiets-/Schwerpunktbezeichnung

	Assistenz- ärztinnen	Ober- ärztinnen	Leitende Ärztinnen
Allgemeinmedizin	51,2%	32,8%	18,5%
Anästhesiologie	46,7%	29,5%	13,7%
Arbeitsmedizin	64,6%	41,9%	31,4%
Augenheilkunde	47,3%	31,5%	10,5%
Biochemie	34,5%	25,0%	7,1%
Diagnostische Radiologie	42,6%	25,4%	9,2%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	60,8%	29,3%	4,4%
Hals-/Nasen-/Ohrenheilkunde	39,7%	25,2%	2,2%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	48,6%	30,0%	11,8%
Humangenetik	61,8%	30,0%	12,9%
Innere Medizin	35,9%	18,9%	3,6%
Hygiene- und Umweltmedizin	44,8%	20,0%	28,6%
Nephrologie	35,8%	17,4%	1,1%
Pneumologie	33,8%	25,4%	2,3%
Rheumatologie	57,7%	27,7%	17,9%
Kinderchirurgie	40,7%	23,0%	8,7%
Kinderheilkunde	53,6%	28,8%	10,0%
Kinder-/Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	56,5%	44,2%	26,1%

Fortsetzung von Tabelle 3:

	Assistenz- ärztinnen	Ober- ärztinnen	Leitende Ärztinnen
Klinische Pharmakologie	54,5 %	44,4 %	12,5 %
Laboratoriumsmedizin	39,4 %	30,0 %	8,1 %
Mikrobiologie u. Infektionsepidemiologie	52,5 %	21,9 %	3,6 %
Nervenheilkunde	39,0 %	30,2 %	13,8 %
Neurologie	40,6 %	22,7 %	5,9 %
Neuropathologie	38,5 %	6,3 %	5,9 %
Nuklearmedizin	38,4 %	28,1 %	7,8 %
Öffentliches Gesundheitswesen	55,6 %	20,0 %	0,0 %
Pathologie	38,7 %	22,8 %	4,8 %
Pharmakologie und Toxikologie	34,1 %	17,1 %	7,8 %
Phoniatrie und Pädaudiologie	66,7 %	46,2 %	35,7 %
Physikalische und Rehabilitative Medizin	56,3 %	36,6 %	22,2 %
Psychiatrie und Psychotherapie	54,7 %	34,5 %	10,9 %
Psychotherapeutische Medizin	55,8 %	36,0 %	7,7 %
Rechtsmedizin	35,6 %	14,3 %	6,5 %
Strahlentherapie	46,2 %	41,2 %	13,5 %
Transfusionsmedizin	52,5 %	40,5 %	31,0 %

Quelle: BLK 2004, Statistischer Anhang, S. 19; es wurden diejenigen Facharzttrichtungen aufgelistet, bei denen der Anteil mindestens 33 % an den Assistenzärztinnen beträgt.

1.3.3 Kompatibilität von Familie und Beruf

Ein weiterer wichtiger Bereich, der zur Verringerung des Arbeitskräftepotentials im kurativen und vor allem im stationären Bereich führen könnte, sind persönliche und familiäre Faktoren im Karriereverlauf von Medizinerinnen. Einige Autoren (*vgl. dazu Mesletzky 1996; Abele 2001; Abele et al. 2003; Buddeberg-Fischer/Klaghofer 2003*) verweisen auf die Problematik, der Ärztinnen gegenüberstehen, wenn sie Beruf und Familie zeitlich koordinieren wollen. Dieses Problem ist auch anderen Akademikerinnen nicht unbekannt. Bei den Ärztinnen ist es jedoch insofern brisanter, da sie nach einem mindestens sechsjährigen Studium mit der Weiterbildung zum Facharzt in einen weiteren zeitintensiven Qualifikationsabschnitt eintreten. Beginnen sie ihre Familiengründung zwischen diesen beiden Ausbildungsphasen oder auch während der letzten, können Probleme mit der

Unterbringung der Kinder während eines unter Umständen sehr langen Arbeitstages und den zusätzlichen Bereitschaftsdiensten auftreten, da Teilzeitstellen in der Weiterbildung zum Facharzt gering sind und es wenig Kinderbetreuungsplätze gibt. Erfolgt die Familiengründung während der Weiterbildung zum Facharzt, so ist es bei einem befristeten Vertrag und aufgrund gesetzlicher Bestimmungen⁷ zudem schwierig, die Weiterbildung entsprechend fortzusetzen. Eine Unterbrechung der Weiterbildung ist dann nicht selten, ein Abbruch nicht auszuschließen.

Dies kann der Statistik der Bayerischen Landesärztekammer entnommen werden. Von den 64.446 bei der Bayerischen Landesärztekammer gemeldeten Ärzten sind 38,7% weiblich (vgl. *Bayerische Landesärztekammer 2005*). Der Anteil der nicht-berufstätigen Mediziner beträgt bei den Männern 18,4%, bei den Frauen 28,6%. Während die Nichtberufstätigkeit der gemeldeten Männer überwiegend darauf beruht, dass sie im Ruhestand sind, ist der hohe Anteil von nicht-berufstätigen Ärztinnen auf die Frauen zurückzuführen, die als Grund ihrer augenblicklichen Nichtbeschäftigung die Merkmale „Haushalt“ sowie „Erziehungsurlaub“ angaben (31,7%). Auf die Gesamtzahl aller bei der Bayerischen Landesärztekammer gemeldeten Ärztinnen berechnet, beträgt der Anteil der Ärztinnen, die aus familiären Gründen nicht berufstätig sind, 9,0%. Der Prozentanteil ihrer männlichen Kollegen, die sich im Erziehungsurlaub bzw. im Haushalt befinden, liegt dagegen im vernachlässigbaren Bereich.

Geht man von den Annahmen von Ackermann-Liebrich aus, wird es jedoch nicht nur zu einem temporären Defizit kommen, sondern zu einem generellen, da man nach ihren Angaben für die gleiche aktuelle Versorgungsdichte mehr Frauen bräuchte als Männer. Um einen heute tätigen Arzt zu ersetzen und die gleiche Versorgungsdichte zu haben, benötigt man nach ihrer Erkenntnis 1,5 bis 2 Ärztinnen, da:

- Frauen länger in der Weiterbildung bleiben,
- Frauen später ihre Praxis eröffnen,
- Frauen weniger Tage oder Stunden als ihre männlichen Kollegen arbeiten,
- Frauen den einzelnen Patienten und Patientinnen mehr Zeit widmen (vgl. *Ackermann-Liebrich 2003, S. 18*).

⁷ Vgl. dazu auch die Ausführungen in Kapitel 1.3.1.

2 Untersuchungsschwerpunkte und daraus abgeleitete Forschungsfragen

2.1 Untersuchungsschwerpunkte

Die vorliegende Studie beruht auf einem Arbeitsauftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst mit dem Ziel, die zukünftige ärztliche Versorgung im ambulanten und stationären Bereich in Bayern zu untersuchen. Zur Erfüllung dieses Auftrages sollen vorrangig drei Schwerpunkte bearbeitet werden.

Der erste ist die *berufliche Entscheidungsfindung* von jungen Ärzten und Ärztinnen. Ausgehend von den bisherigen Untersuchungsergebnissen zu den Berufsbiografien von Ärztinnen und Ärzten wurde ermittelt, zu welchem Zeitpunkt und inwiefern zwischen den Geschlechtern unterschiedliche Entwicklungsverläufe in Bezug auf deren Berufsbiographien festzustellen sind. In der vorliegenden Untersuchung liegt das Hauptaugenmerk auf den *Medizinerinnen*, da durch sie ein bisher weitgehend durch männliche Ärzte definiertes Versorgungsangebot in Zukunft quantitative und qualitative Veränderungen erfahren wird, was zu Veränderungen in der Versorgung führen kann. Ein weiterer Aspekt, der untersucht werden soll, ist die öfters in den Medien erwähnte „Feminisierung“⁸ der Medizin (vgl. *Aufsatzsammlung zum Thema Feminisierung von Vetter/Buddeberg 2003*).

Einen zweiten Schwerpunkt dieser Arbeit stellt die Analyse der *Arbeitsbedingungen im Krankenhaus* dar. Hier sollen die Erfahrungen und Bewertungen der Mediziner zu den Arbeitsbedingungen und deren Konsequenzen für ihren Weiterbildungsverlauf z.B. im Hinblick auf eine etwaige Berufs(um)entscheidung während ihrer Zeit als Arzt im Praktikum (AiP) sowie zum Befragungszeitpunkt erhoben und verglichen werden. Von Interesse sind dabei auch die wissenschaftlichen Ambitionen der Befragten und ihr Verbleib in den Universitätskliniken.

Ein dritter Schwerpunkt ist die *Analyse der Berufswege* von jungen Ärzten und Ärztinnen, die nach ihrer Approbation ins Ausland gegangen sind und dort arbeiten. Da diese zwar quantitativ gesehen einen geringen Anteil von fünf Prozent in dieser Untersuchung ausmachen, in der politischen Diskussion jedoch von Bedeutung sind, wird dieser Gruppe ein eigenes Kapitel (Kapitel 16) gewidmet.

⁸ Um festzustellen, ob man von einer Feminisierung in der Medizin sprechen kann, müssen nach Ackermann-Liebrich folgende Dimensionen geklärt werden: der Anteil der Frauen in der Medizin, der Frauenanteil in verschiedenen Fächern, ihr Anteil an höherwertigen Stellen im Krankenhaus sowie an C3- und C4-Professuren und der Einfluss der Ärztinnen auf Forschungsgebiete (vgl. *Ackermann-Liebrich 2003, S. 15*).

2.2 Abgeleitete Forschungsfragen

Die im Folgenden aufgeführten Forschungsfragen eins bis vier wurden aus dem in Kapitel 1.3 vorgestellten theoretischen Ansatz und den Befunden der Berufsforschung abgeleitet und beziehen sich sowohl auf den Schwerpunkt „Berufsentscheidung und -verlauf“ als auch auf den Schwerpunkt „Arbeitsbedingungen im stationären Bereich“. Da den Ärztinnen in dieser Untersuchung besondere Aufmerksamkeit zukommen soll, sind die Formulierungen bei den Forschungsfragen eins bis vier auf das berufliche Entscheidungsverhalten und die Arbeitsbedingungen von Frauen hin formuliert. In der Darstellung der Ergebnisse wird jedoch immer zuerst auf die gesamte Ärzteschaft, und soweit sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen, auf deren Besonderheiten eingegangen. In den Forschungsfragen fünf und sechs werden die Arbeitsplatzbedingungen im Krankenhaus und die Gründe für eine Abwanderung ins Ausland nach der Approbation analysiert.

1) Fragen zur Selbst- und Fremdselektion

- Haben Frauen bei ihrer Studienfachwahl andere berufliche Zielsetzungen als männliche Studierende?
- Erleben Frauen ihre Weiterbildung zur Fachärztin im Krankenhaus anders als ihre männlichen Kollegen, so dass sie sich nach ihrer Zeit als AiP folgendermaßen entscheiden:
 - a) zu einem Fachwechsel mit kürzerer Weiterbildungsdauer im Krankenhaus
 - b) oder sogar zu einem Abbruch der Weiterbildung?
- Haben Frauen andere Arbeitsbedingungen im Krankenhaus als männliche Mediziner, so dass sie bei ihrer Weiterbildung unter anderem aufgrund kürzerer Arbeitsverträge mehr Zeit benötigen, um den in der Prüfungsordnung vorgeschriebenen Katalog abzarbeiten?

2) Fragen zur horizontalen Segregation

- Konzentrieren sich Frauen bei der Wahl ihres Fachgebiets auf einige wenige Fächer, so dass es langfristig zu einer eingeschränkten Versorgung in bestimmten Fachgebieten kommen kann?

- Erleben Ärztinnen die hierarchischen Strukturen im Krankenhaus anders als ihre Kollegen, so dass sie sich nach ihrer Weiterbildung zur Fachärztin zu einem dauerhaften Wechsel des Tätigkeitsfeldes (ambulant versus stationär) entscheiden?
- Streben Frauen vermehrt eine Tätigkeit in kleineren Versorgungseinrichtungen an, da sie dort unter Umständen eher Teilzeit arbeiten können und der Konkurrenzdruck geringer ist?

3) Frage zur vertikalen Segregation

- Streben Frauen in einem geringeren Ausmaß eine Karriere im Krankenhaus oder an der Universität an als ihre männlichen Kollegen?

4) Fragen zur Kompatibilität zwischen Beruf und Familie

- Kommt es bei Medizinerinnen zu Diskontinuitäten im Berufsverlauf, da ihre Familienplanung sich stärker auf ihre Lebensplanung auswirkt, als bei ihren männlichen Kollegen?
- Haben Medizinerinnen aufgrund familiärer Restriktionen andere berufliche Ziele als ihre männlichen Kollegen, so dass sie sich für andere Tätigkeitsfelder, auch außerhalb der kurativen Versorgung, entscheiden?

5) Fragen zu den Arbeitsplatzbedingungen im Krankenhaus

- Welche Arbeitsplatzbedingungen im Krankenhaus werden von den Medizinerinnen als belastend empfunden?
- Verändert sich bei den Medizinerinnen während ihrer Weiterbildung die Bewertung der Arbeitsplatzbedingungen im Krankenhaus?
- Wie werden die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für den stationären Bereich bewertet?

6) Fragen zur Abwanderung von Ärzten ins Ausland

- Inwieweit unterscheiden sich die späteren Berufswünsche von Ärzten, die nach der Approbation in Bayern bleiben, bereits zu Studienbeginn von denjenigen der Ärzte, die später ins Ausland gehen?

- Welche Bedeutung hatte die Phase als AiP für die weitere berufliche Entwicklung der im Ausland arbeitenden Ärzte?
- In welchen Tätigkeitsbereichen arbeiten Ärzte im Ausland vorrangig?
- Welche beruflichen oder persönlichen Ziele verbinden Ärzte mit ihrer Abwanderung ins Ausland?
- Ist die Berufszufriedenheit der Ärzte im Ausland höher als die ihrer Kollegen in Bayern?

3 Durchführung und Repräsentativität der Untersuchung

Im Frühjahr 2004 wurde ein Fragebogen an Ärzte versandt, die seit vier bzw. fünf Jahren approbiert und bei der Bayerischen Landesärztekammer gemeldet sind. Da aus den erhobenen Daten nicht zu entnehmen war, ob die Ärzte

- noch in der Weiterbildung zum Facharzt waren,
- ihre Weiterbildung unter- bzw. abgebrochen haben oder
- ihre Weiterbildung bereits abgeschlossen und sich möglicherweise niedergelassen haben,

musste der Fragebogen so konzipiert werden, dass er der äußerst heterogenen Situation der Befragten gerecht werden konnte.

Die methodischen Schwierigkeiten, die eine Entscheidung für einen gemeinsamen Fragebogen mit sich brachte, hatten auf der anderen Seite den Vorteil, ein breites Meinungsbild von Ärzten in unterschiedlichen Berufssituationen zu folgenden Aspekten zu erhalten:

- Motive für die Wahl des Studienfachs Humanmedizin und spätere Berufswünsche,
- Verlauf, Bewertung und Konsequenzen aus dem AiP für die Weiterbildung zum Facharzt,
- Motive für die Wahl der Facharzttrichtung,
- Struktur der ersten Weiterbildungsstelle und des Arbeitsplatzes zum Befragungszeitpunkt,
- Arbeitsplatzbedingungen in der Klinik,
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf,
- zukünftiger Berufswunsch und Arbeitsort,
- Auswirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen auf die Berufsentscheidung.

In einem Pretest wurde der Fragebogen von 30 Ärzten getestet, die geschichtet nach der Variable Geschlecht, Krankenhausgröße und regionalem Standort ausgewählt wurden. In einer schriftlichen Befragung wurden anschließend 3.193 Ärzte angeschrieben, was einer Vollerhebung entspricht. Von ihnen konnten 83 postalisch nicht erreicht werden, weitere 15 sandten ihren Fragebogen zu spät zurück. Letztlich lagen 1.010 Fragebögen in auswertbarer Form vor. Dies entspricht einem Rücklauf von 33 %. Von den 105 Befragten, die nach ihrer Approbation ins Ausland gegangen sind, konnten sechs nicht erreicht werden; 47 sandten jedoch den Fragebogen zurück, so dass der Rücklauf bei dieser Gruppe 47 % beträgt. Die hohe Resonanz auf die Befragung ist auf das Interesse der Mediziner zurückzuführen, über ihre berufliche Lage und ihre zukünftigen beruflichen Perspektiven Auskunft zu geben, was vor allem an den vielen Anmerkungen zu den offenen Fragen zu erkennen ist.

In der folgenden Tabelle 4 wird die Repräsentativität des Rücklaufs in Bezug auf die Ausgangsdaten dargestellt. Die Überprüfung erfolgt mittels der Variablen Geschlecht sowie Bundesland, in dem die Approbation erfolgte. Es ist ersichtlich, dass sich wesentliche, die Interpretation der Ergebnisse beeinflussende Unterschiede zwischen der Stichprobe und der Grundgesamtheit, weder in Bezug auf die Geschlechterverteilung ergeben noch im Hinblick auf die Bundesländer, in denen die Approbation erfolgte.

Tabelle 4: Repräsentativität des Rücklaufs, bezogen auf die Grundgesamtheit der befragten Ärzte

Geschlecht	Grundgesamtheit		Rücklauf	
	Personen	in %	Personen	in %
weiblich	1.509	47,3%	482	47,7%
männlich	1.684	52,7%	528	52,3%
Bundesland (*)				
Bayern	2.223	69,6%	687	71,6%
Baden-Württemberg	281	8,8%	102	10,6%
Nordrhein-Westfalen	170	5,3%	47	4,9%
Hessen	115	3,6%	26	2,7%
Berlin	109	3,4%	22	2,3%
Niedersachsen	62	1,9%	20	2,1%
Sonstige Bundesländer	233	7,4%	56	5,8%
(*) Berechnungsbasis gekürzt um 50 Fragebögen ohne verwertbare Angabe des Bundeslandes, in dem die Approbation erfolgte.				

4 Soziodemografische Merkmale der Befragten

Als Grundlage für die Interpretation der Untersuchungsergebnisse und die Ableitung von Schlüssen zur möglichen Entwicklung der Lage der ärztlichen Versorgung in Bayern werden im Folgenden zunächst die soziodemografischen Merkmale der Befragten deskriptiv dargestellt.

Tabelle 5: Soziodemografische Merkmale der befragten Ärzte

Merkmal (*)	Ausprägung	in %
Geschlecht	weiblich	47,7 %
	männlich	52,3 %
Alter der Befragten	31 bis 33 Jahre	18,9 %
	34 bis 36 Jahre	59,2 %
	37 bis 39 Jahre	14,8 %
	über 40 Jahre	7,1 %
derzeitiger Arbeitsort	Bayern	95,3 %
	Ausland	4,7 %
Lebensform	in einem gemeinsamen Haushalt lebend	78,2 %
	in keinem gemeinsamen Haushalt lebend	21,8 %
Tätigkeitsbereich der Partner/in	ebenfalls Mediziner	33,1 %
	im Gesundheitsbereich tätig	14,2 %
	außerhalb des Gesundheitsbereichs tätig	38,0 %
	nicht berufstätig	14,7 %
Kinder	ja	50,6 %
	nein	49,4 %
Anzahl der Kinder	1 Kind	44,4 %
	2 Kinder	42,5 %
	3 Kinder	10,3 %
	mehr als 3 Kinder	2,8 %

(*) Da die Befragten nicht auf alle Fragen zu ihrem Sozialstatus antworteten, ist die Bezugsbasis für die Prozentangaben nicht immer n = 1010; die Basis (100 %) der Prozentangaben sind die jeweils auswertbaren Antworten auf die unterschiedlichen Fragen zum Sozialstatus.

Differenzierung nach Alter und Geschlecht

Nach dem Geschlecht differenziert, ergibt sich ein relativ ausgeglichenes Verhältnis von 47,7% weiblichen zu 52,3% männlichen Medizinerinnen. Das Durchschnittsalter der Befragten zum Untersuchungszeitpunkt beträgt 35,5 Jahre, das sich bei einer nach dem

Geschlecht getrennten Betrachtung zwischen den weiblichen und männlichen Antwortenden nicht nennenswert unterscheidet. Werden allerdings die in Tabelle 5 dargelegten Altersgruppen nach dem Geschlecht aufgebrochen, so zeigen sich erhebliche Abweichungen. Während fast 30% der Medizinerinnen zwischen 31 und 33 Jahre alt sind, fallen nur 9,1% ihrer männlichen Kollegen in diese Alterskategorie. Eine Angleichung an den Mittelwert von 35,5 Jahren ergibt sich bei den Frauen durch deren höheren Anteil in der Altersgruppe der über 40-Jährigen (9,8% zu 4,5%). Die Annäherung an den Mittelwert beruht bei den Männern auf ihrer deutlich höheren Präsenz in der Altersgruppe von 34 bis 39 Jahren (86,4%); der Frauenanteil beträgt in dieser Altersgruppe nur 60,4%.

Differenzierung nach der Haushaltsstruktur und dem Beruf des Partners

78,2% der Befragten gaben an, mit einem Lebenspartner bzw. einer Lebenspartnerin in einem gemeinsamen Haushalt zu leben. Somit liegt der Anteil der in Partnerschaft lebenden Befragten in dieser Untersuchung deutlich höher als in der Studie von Mesletzky mit 66% (vgl. Mesletzky 1992, S. 173). Geschlechtsspezifisch differenziert, gibt es folgende Abweichungen: Während 80,6% der Männer mit ihrer Partnerin zusammenleben, leben bei den Frauen nur rund drei Viertel mit einem Partner zusammen. In der Untersuchung von Mesletzky unterscheiden sich die Werte zwischen den Geschlechtern mit 73% zu 54% noch stärker. Auch im Berufsreport 2003 weisen Bestmann et al. darauf hin, dass der Anteil der ledigen Ärztinnen deutlich höher ist als bei den Ärzten (vgl. Bestmann et al. 2004b, S. A 779).

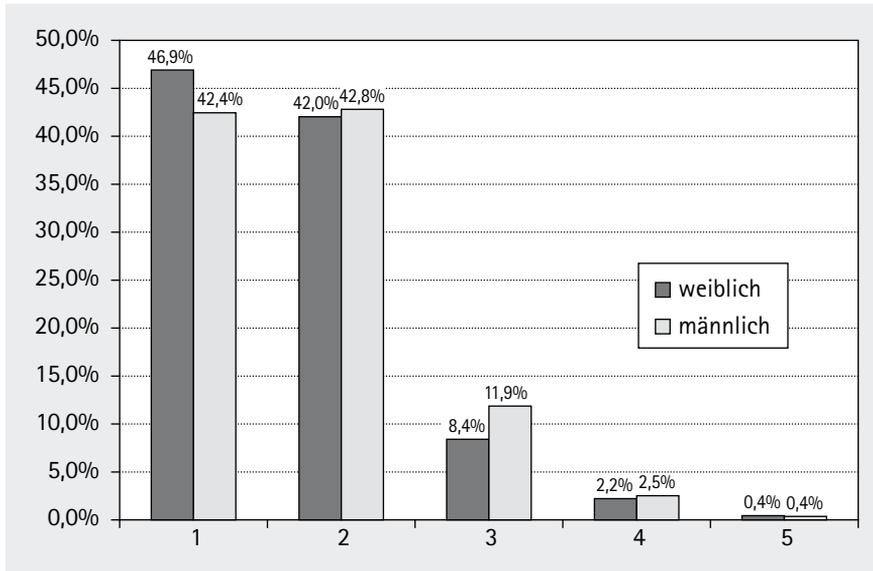
In Bezug auf den Beruf des Partners ergibt sich zwischen den Geschlechtern eine unterschiedliche Verteilung. Bei jeweils rund einem Drittel der weiblichen und männlichen Befragten ist der Partner bzw. die Partnerin als Mediziner/in tätig. Deutlich geringer ist der Anteil der Haushalte, in denen die Partner/innen im sonstigen Gesundheitsbereich beschäftigt sind (14,2%). Außerhalb des Gesundheitsbereichs arbeiten 38% der Partner/innen der befragten Mediziner/innen und zum Befragungszeitpunkt nicht berufstätig sind ca. 15%. Während die Partner der Ärztinnen mehrheitlich außerhalb des Gesundheitsbereichs arbeiten, ist ein Viertel der Partnerinnen der männlichen Mediziner nicht berufstätig.

Differenzierung der Befragten nach Alter, Geschlecht und Anzahl der Kinder

Differenziert man die Befragten, bei denen Kinder im Haushalt leben (ca. 50% aller Antwortenden) nach dem Geschlecht, ergibt sich folgendes Bild: Bei 53,6% der Mediziner,

aber nur bei 47,3% der Medizinerinnen leben Kinder im Haushalt. Bei einer detaillierteren Analyse der Verteilung auf einzelne Altersgruppen und nach dem Geschlecht zeigt sich, dass Frauen, wenn überhaupt, später Kinder haben als Männer. So sind 73,9% der Ärztinnen in der Altersgruppe bis 33 Jahre und nur 50% der Ärzte dieser Gruppe kinderlos. Es scheint, dass der Druck, Familie und Beruf ins Lebenskonzept zu integrieren, weniger stark auf Ärzten als auf Ärztinnen lastet. Dies hängt unter anderem mit der Tatsache zusammen, dass Ärzte öfter als ihre Kolleginnen mit Partnerinnen zusammen leben, die nicht berufstätig sind und somit als „caretaker“ fungieren können. Dieses Phänomen beschreiben auch Bestmann et al. in ihrem Berufsreport: „... Ärztinnen haben häufiger vollzeitberufstätige und gut ausgebildete Partner, wohingegen Ärzte oft mit Partnerinnen zusammenleben, die ... ihre beruflichen Ambitionen hinter die des Mannes zurückstellen. Daher erfahren die Ärzte mehr Entlastung und soziale Unterstützung in ihrer Partnerschaft als Ärztinnen“ (Bestmann et al. 2004b, S. A 779). Diese Ausführungen werden auch durch die vorliegende Untersuchung bestätigt. Ein Anteil von 24,5% nicht berufstätiger Partnerinnen der Ärzte weist darauf hin, dass die männlichen Befragten mit stärkerer familiärer Unterstützung bzw. Entlastung bei der Verfolgung ihres Karrierewegs und ihrer Familienplanung rechnen können. Letzteres wird dadurch deutlich, dass Mediziner mit nicht berufstätigen Frauen die Gruppe bilden, in der die meisten Kinder (bis zu vier) leben. Bei den befragten Medizinerinnen haben mit 46,9% überproportional viele Ärztinnen nur ein Kind. Der Anteil der Ärztinnen mit Kindern wird im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen mit zunehmender Kinderzahl immer geringer. Ärztinnen haben dann mehrere Kinder (ab zwei Kinder), wenn ihre Partner außerhalb des Gesundheitsbereichs arbeiten. Für diese Frauen ergibt sich anscheinend die Möglichkeit einer besseren zeitlichen Planbarkeit in der Versorgung oder Übernahme der Kinder durch den Partner.

Abbildung 1: Anzahl der Kinder der befragten Mediziner und Medizinerinnen



Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Mesletsky in ihrer Untersuchung: Dort hatten nur 16% der Medizinerinnen, aber 39% der Mediziner zwei und mehr Kinder (vgl. Mesletzky 1996, S. 177). Neben der Kinderlosigkeit ist in der vorliegenden Untersuchung die am häufigsten vorkommende Lebensform für Ärztinnen, ein Kind zu haben. Für die Abschätzung der zukünftigen ärztlichen Versorgung wäre es ferner interessant herauszufinden, ob der Kinderwunsch bei den befragten kinderlosen Ärztinnen zu einem späteren Zeitpunkt noch realisiert wird oder ob die Kinderlosigkeit vieler junger Ärztinnen bewusst zugunsten einer beruflichen Karriere gewählt wird.

5 Motive und Berufswünsche zu Studienbeginn

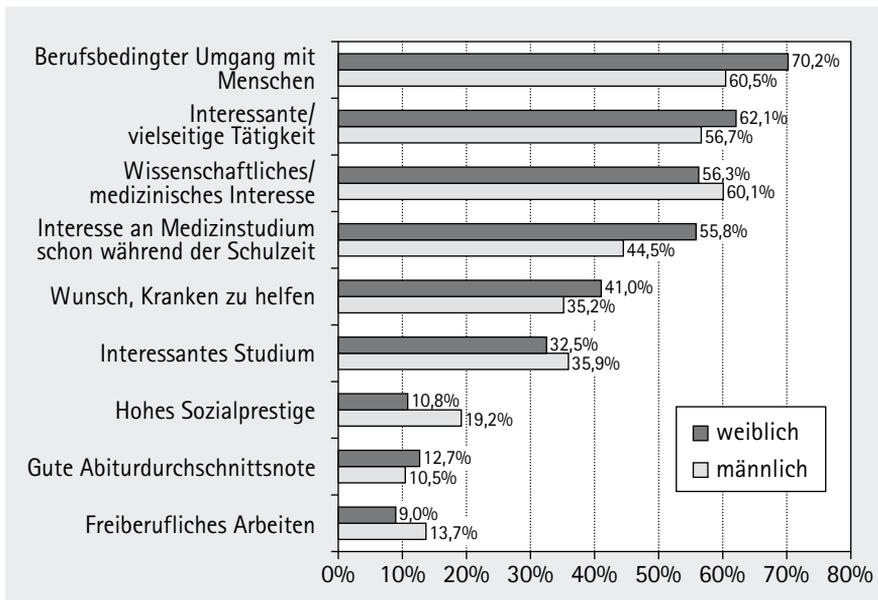
5.1 Motive zu Studienbeginn

Um zu erfahren, aus welchen Gründen die Ärzte und Ärztinnen ihr Studium aufgenommen hatten, wurden zunächst die Beweggründe für das Medizinstudium sowie die Erwartungen an die ärztliche Tätigkeit abgefragt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Rückblickend nannten die Befragten den Umgang mit Menschen sowie die spannende, abwechslungsreiche Tätigkeit im späteren Beruf und ein sowohl medizinisch-wissenschaftliches als auch persönliches, bereits während der Schulzeit gewachsenes Interesse für

die Medizin als Hauptgründe für die Aufnahme dieses Studiums. Wesentlich unterscheidet sich das Antwortverhalten zwischen den Geschlechtern (vgl. Abbildung 2) in Bezug auf die Arbeit mit Menschen im späteren Beruf, den Wunsch, Kranken zu helfen, sowie das anfängliche, schon während der Schulzeit gewachsene Interesse an der Medizin und die Einschätzung, später eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit auszuüben. Dies entspricht auch den von Sieverding bereits im Jahre 1992 gewonnenen Ergebnissen zum Selbstkonzept von Ärztinnen. Wichtiger als Sozialprestige und Karriere sind den Ärztinnen intrinsische Motive, allem voran, kranken Menschen helfen zu wollen (vgl. Sieverding 1992, S. 165).

Auch bei Gründen, die in ihrer Wichtigkeit zwar deutlich geringer eingestuft wurden, werden entsprechend dem unterschiedlichen Selbstkonzept zwischen Männern und Frauen Abweichungen deutlich: Männer hofften in stärkerem Maße als Frauen, mittels des Medizinstudiums ihre individuelle soziale Stellung durch den gesellschaftlich hoch bewerteten Status des Arztes zu festigen bzw. zu verbessern sowie freiberuflich arbeiten zu können.

Abbildung 2: Motive für die Wahl des Medizinstudiums, differenziert nach dem Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)



Nicht ausgewiesen in der Abbildung sind Beweggründe, auf die weniger als 10% der Antworten entfielen. Der Übernahme der elterlichen Praxis maßten nur 2,3% der Befragten eine Relevanz für die Studienwahl zu. Zudem wurde auch das im Vergleich zu anderen Fächern strukturierte Medizinstudium (3,6%), ein sicherer Arbeitsplatz nach Abschluss der Ausbildung (4,9%) sowie gute Noten in medizinrelevanten Schulfächern (5,8%) als unwesentlich erachtet. Erwähnenswert ist, dass ein hohes Einkommen nach dem Studium zwar für 7,4% der Mediziner, aber nur für 3,5% der Ärztinnen bedeutsam war.

5.2 Berufliche Ziele zu Studienbeginn

Des Weiteren wurden die beruflichen Ziele der befragten Gruppe zu Beginn des Medizinstudiums untersucht, wodurch festgestellt werden sollte, inwiefern eine Konsistenz in den Berufswünschen zu Beginn des Studiums mit den Tätigkeitszielen zum Erhebungszeitpunkt erkennbar ist. Abweichungen von den Vorstellungen zu Studienbeginn bis zum Erhebungszeitpunkt können sowohl auf die Erfahrungen im Studium als auch auf die Zeit als AiP bzw. während der anschließenden Weiterbildung zum Facharzt im Krankenhaus zurückzuführen sein.

Zu Beginn des Medizinstudiums hatten die Befragten im Hinblick auf ihren späteren Beruf folgende Vorstellungen: 37,8% der Antwortenden wollten später im Krankenhaus arbeiten, 18,5% beabsichtigten, als niedergelassene Fachärzte und 10,0% als niedergelassene Hausärzte tätig zu sein. Somit äußerten ca. zwei Drittel der Befragten zu Beginn des Medizinstudiums ihren Wunsch, im kurativen Bereich tätig zu sein. Daneben hatten anfangs 10,8% der Antwortenden eine wissenschaftliche Karriere im Blick und nur 0,6% eine Tätigkeit im nicht-kurativen Bereich. 28,2% der Befragten besaßen zu Beginn ihres Medizinstudiums allerdings keine konkreten Vorstellungen über ihre berufliche Zukunft. Bei der zusätzlichen Nennungsmöglichkeit „Sonstiges“ (3,5%) wurde größtenteils eine Tätigkeit im Entwicklungsdienst angegeben.⁹

Differenziert man die anfänglichen Berufswünsche nach der Variable Geschlecht, so zeigen sich nur bei der Nennung „unentschlossen“ signifikante Unterschiede: 32,9% der Frauen gegenüber 23,9% der Männer hatten sich bezüglich ihres späteren Tätigkeitsfeldes nicht festgelegt.

⁹ Ein Vergleich der angegebenen Ziele zu Studienbeginn mit den Berufsvorstellungen der Mediziner zum Befragungszeitpunkt erfolgt in Kapitel 8.1.

6 Wahl der Facharztrichtung und weitere Qualifikationsabsichten

6.1 Wahl der Facharztrichtung

Zum Befragungszeitpunkt befanden sich 94,1 % der approbierten Ärzte in einer Weiterbildung zum Facharzt bzw. hatten diese bereits beendet.

In Bezug auf die Wahl der Facharztrichtung konnten schon in anderen Untersuchungen horizontale Segregationstendenzen, d. h. die Konzentration von Frauen und Männern auf bestimmte Fachgebiete, festgestellt werden (vgl. Drexler-Germann/Kaiser 2002; Kopetsch 2003; BLK 2004). Als Vergleichsbasis für die vorliegende Arbeit dienen die im Folgenden dargestellten Daten der Bundesärztekammer.

Tabelle 6: Anteil der Ärztinnen nach Bezeichnungen an allen berufstätigen Ärztinnen auf Bundesebene

Bezeichnung	Anteil
ohne Gebietsbezeichnung	37,2%
Allgemeinmedizin	12,8%
Innere Medizin	8,6%
Anästhesiologie	5,6%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6,3%
Kinderheilkunde	4,8%
Psychiatrie/Psychotherapie	4,0%
sonstige Gebiete	20,7%

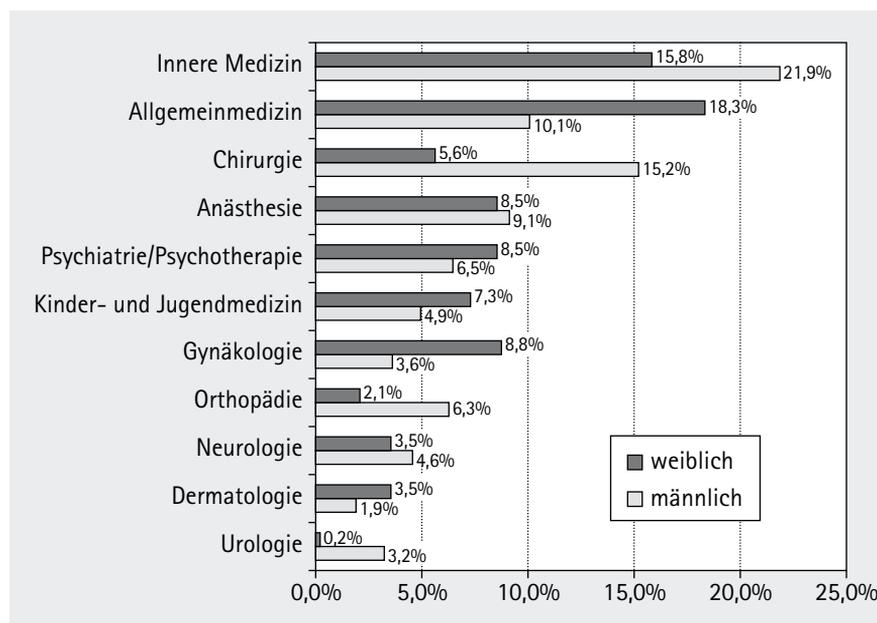
Quelle: Bundesärztekammer 2005, Tabelle 6; von der Gesamtzahl der berufstätigen Ärztinnen wurden diejenigen abgezogen, die sich im AiP befinden.

Bei der Analyse der Tabelle fällt zum einen der hohe Anteil an Ärztinnen ohne Fachgebietsbezeichnung auf. Bei einer Zusammenfassung der übrigen Facharztgebiete zeigt sich zum anderen, dass sich gut 42% der erfassten Ärztinnen auf sechs Fachgebiete konzentrieren. Die restlichen 20% arbeiten in 19 weiteren Fachgebieten.

Bei der Betrachtung der Fachrichtungswahl der befragten Mediziner und Medizinerinnen in der vorliegenden Studie ergibt sich bei geschlechtsspezifischer Differenzierung die in Abbildung 3 dargestellte Verteilung. Während vor allem die Chirurgie, die Orthopädie und die Urologie männlich dominierte Gebiete darstellen, ist in der Inneren Medizin ein relativ hoher Frauenanteil wahrnehmbar. Eine deutliche Dominanz von Frauen zeichnet sich

neben der Allgemein- und Inneren Medizin vor allem in den „Frauenfächern“ Gynäkologie, Kinderheilkunde, Psychotherapie bzw. Psychiatrie ab. Absolut höher als auf Bundesebene, aber anteilig niedriger als die Männer, sind in dieser Untersuchung nur die Anästhesistinnen vertreten. Demnach verteilen sich in der vorliegenden Untersuchung 67,2% der befragten Ärztinnen auf diese sechs Schwerpunkte, bei den männlichen Befragten sind es dagegen nur 56,1% in diesen Gebieten.

Abbildung 3: Gewählte Facharzttrichtungen, differenziert nach dem Geschlecht



Neben den in der vorangegangenen Grafik ausgewiesenen Facharztspezialisierungen wurden von einigen Befragten weitere Fächer gewählt, die in der Abbildung aufgrund ihres geringen Anteils an der Grundgesamtheit nicht aufgeführt werden. Es sind dies: Radiologie (2,5%), Augenheilkunde (2,2%), Hals-Nasen-Ohrenmedizin (1,9%), Physikalische und Rehabilitationsmedizin (0,8%), Pathologie (0,7%), Labormedizin (0,7%), Nuklearmedizin (0,5%), Humangenetik (0,1%), Oralchirurgie (0,1%) sowie die Sammelposition „sonstige Fachgebiete“ (6,2%).

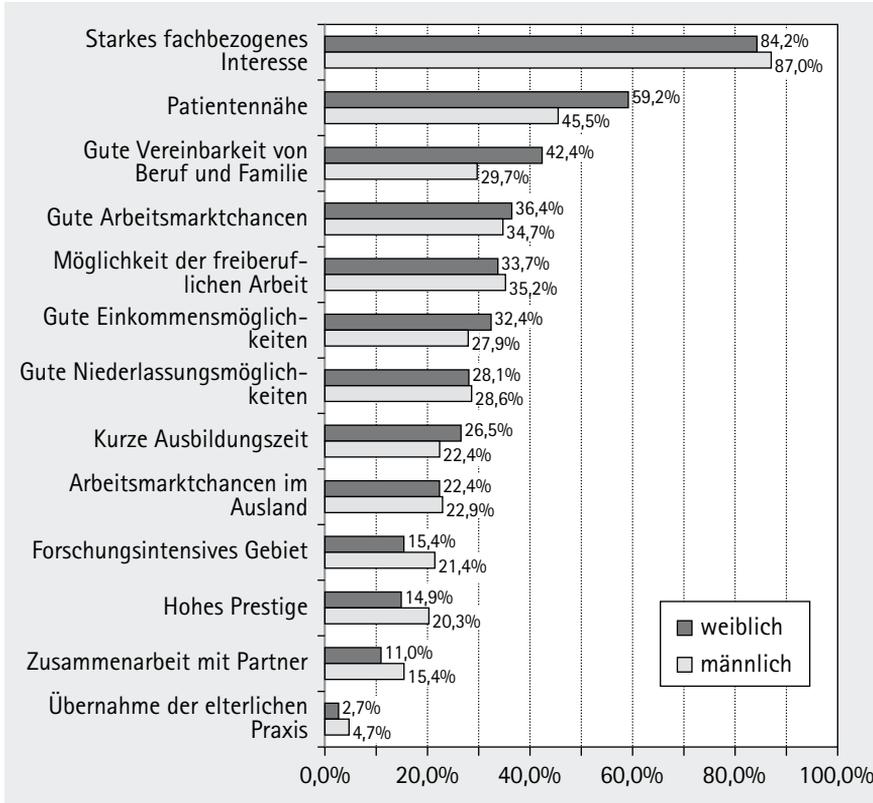
6.2 Motive für die Wahl der Facharzttrichtung

Im Folgenden werden die Motive untersucht, die zur Wahl der Facharzttrichtung geführt haben. In Abbildung 4 werden die Nennungen der Motive, die mit „sehr wichtig“ und „wichtig“ auf einer 5er-Likert-Skala bewertet wurden, zu einem Wert zusammengefasst und nach ihrer Wichtigkeit gereiht.

Differenzierung nach dem Geschlecht

Das wichtigste Motiv für die Wahl der Facharzttrichtung war für Männer und Frauen ihr starkes fachbezogenes Interesse. Entsprechend ihrem beruflichen Selbstverständnis haben Frauen in deutlich höherem Maße den Wunsch nach „Nähe zum Patienten“ angegeben. Fast ebenso hoch sind die Abweichungen zwischen den Geschlechtern beim Wunsch, Beruf und Familie zu vereinbaren. Darüber hinaus sind für Ärztinnen auch gute Einkommensmöglichkeiten und eine kurze Ausbildungszeit etwas wichtiger als für ihre männlichen Kollegen. Männer bewerten bei der Entscheidung für eine Facharzttrichtung dagegen stärker die Forschungsintensität und das Sozialprestige des Fachgebiets sowie die Möglichkeit, mit der Partnerin zusammenzuarbeiten. Für beide Geschlechter fast gleichbedeutend wichtig sind die guten Niederlassungsmöglichkeiten und die Arbeitsmarktchancen im In- und Ausland sowie die Möglichkeit zur freiberuflichen Arbeit.

Abbildung 4: Motive für die Wahl der Facharzttrichtung, differenziert nach dem Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)



Differenzierung nach der Facharzttrichtung

Ein Abgleich der Motive nach den gewählten Facharztgebieten soll im Folgenden das Entscheidungsverhalten der befragten Ärzte näher beleuchten. Hierzu werden die markantesten Abweichungen des Antwortverhaltens der unterschiedlichen Facharztgruppen vom durchschnittlichen Antwortverhalten aller Befragten auf die vorgegebenen Items verglichen.

- Für Allgemeinmediziner scheint es insbesondere wichtig zu sein, die Weiterbildung zum Facharzt schnell abzuschließen, um sich als selbständiger Arzt niederzulassen sowie im patientennahen Bereich arbeiten zu können. Ebenso wichtig ist es für diese Gruppe, die berufliche mit der privaten, familienorientierten Sphäre, unter anderem

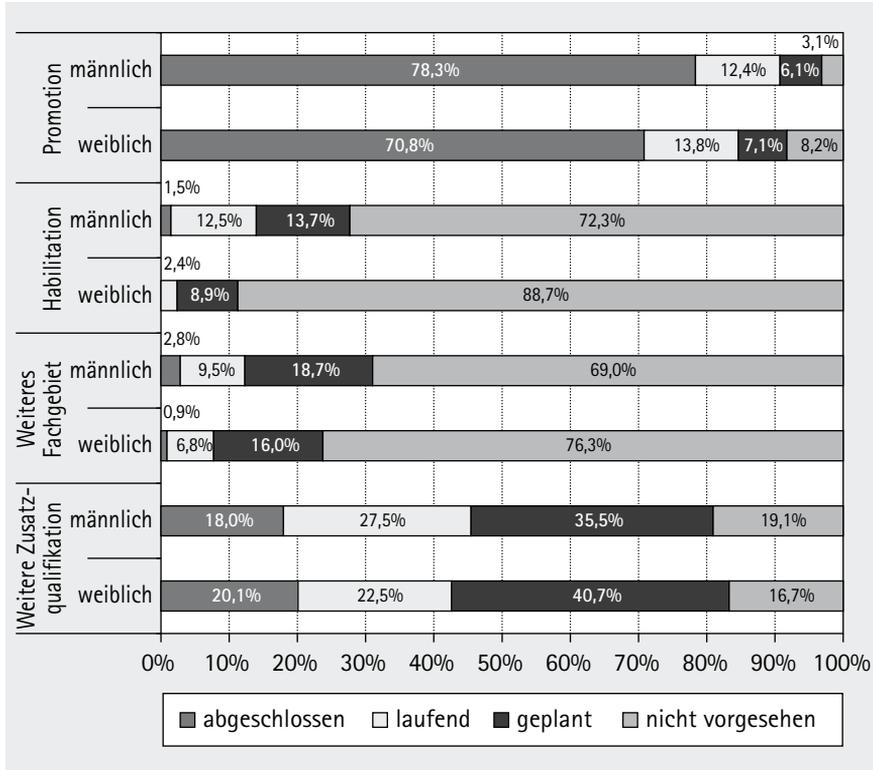
auch durch eine Zusammenarbeit mit dem Partner, besser vereinbaren zu können. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass sich etwa ein Drittel der Frauen in der Fachrichtung Allgemeinmedizin weiterbildet bzw. bereits weitergebildet hat. Die Vereinbarkeit des Berufs mit der Familie ist auch für die Befragten der Fachrichtung Anästhesie, Dermatologie, Rehabilitationsmedizin sowie der sonstigen kleineren Fachgebiete bedeutsam.

- Für angehende Ärzte mit anschließender Niederlassung in Dermatologie, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Urologie sind die zukünftigen Arbeitsmarktchancen von großem Interesse.
- In Bezug auf die traditionellen „Männerfächer“ fiel auf, dass überdurchschnittlich viele Hals-Nasen-Ohrenärzte die späteren Verdienstmöglichkeiten als wichtigen Grund für die Entscheidung für ihre Facharzttrichtung angaben. Die Entscheidung für die Weiterbildung zum Orthopäden und Urologen ging überproportional oft mit dem Wunsch einher, später mit dem Partner zusammenarbeiten zu können.

6.3 Weitere Qualifikationsabsichten

Die vorliegende Studie erfasste neben der Weiterbildung zum Facharzt auch die weiteren Qualifikationswünsche der Mediziner. Aus der nachfolgenden Abbildung können ihre Qualifikationspräferenzen in geschlechtsspezifisch differenzierter Form ersehen werden.

Abbildung 5: Weitere Qualifikationsbereiche und -wünsche der Befragten, differenziert nach dem Geschlecht



Es wird deutlich, dass fast alle Befragten eine Promotion abgeschlossen haben bzw. anstreben. Darüber hinaus wollen 82,0% von ihnen eine Zusatzqualifikation erwerben, beispielsweise in Form einer Spezialisierung in dem gewählten Fachgebiet oder der Homöopathie, Akupunktur etc. Weniger interessant erscheinen eine Weiterbildung in einem weiteren Fachgebiet und die Habilitation. Das geringe Interesse an wissenschaftlicher Weiterbildung ist unter anderem vermutlich auf die zeitliche Arbeitsbelastung im Krankenhaus zurückzuführen. Im Berufsreport 2003 konstatieren Rohde et al.: „Es bleibt aber festzuhalten, dass der zeitliche Aufwand für wissenschaftliche Arbeiten bei den meisten Befragten zusätzlich zur durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 60 Stunden nach einem 10- bis 12-Stunden-Tag erfolgt“ (Rohde et al. 2004, S. A 910). Die Autoren weisen darauf hin, dass 55% ihrer Befragten außerhalb der Regelarbeitszeit wissenschaftlich tätig sind und nur 37% von ihnen inhaltlich betreut werden (vgl. Rohde et al. 2004, S. A 910 und A 911).

Wesentliche Unterschiede sind bei einer nach dem Geschlecht differenzierten Betrachtung festzustellen. 69,8% der 53 Antwortenden, die keine Promotion anstreben, sind Frauen, davon überproportional viele mit Kindern. Zudem haben die angehenden männlichen Mediziner die Promotion schon häufiger abgeschlossen als ihre Kolleginnen.

Eine Habilitation wird nur von einem Fünftel der Befragten angestrebt. Sie stellt somit die am wenigsten in Betracht gezogene Weiterbildungsform dar. Im Hinblick auf die vertikale Segregation, nach der Frauen sich weniger um eine Höherpositionierung bemühen als Männer, verdient die Habilitation jedoch besondere Aufmerksamkeit, da sie den Zugang zu einer wissenschaftlichen Laufbahn ermöglicht. Sind die Abweichungen zwischen den Geschlechtern im Hinblick auf die Planung dieser Arbeit noch in etwa ausgewogen (13,7% der Männer und 8,9% der Frauen), kommt es bei ihrer Durchführung zu starken Abweichungen: 12,5% der Männer, aber nur 2,4% der Frauen habilitieren sich zum Befragungszeitpunkt. Ähnliche Abweichungen zeigen sich beim Abschluss: Während noch keine der befragten Ärztinnen eine Habilitation abgeschlossen hat, haben dies bereits sechs Männer.

Geringere Unterschiede gibt es zwischen weiblichen und männlichen Medizinerinnen in Bezug auf eine zusätzliche Qualifikation. Während Frauen sie noch vielfach planen, wurde sie von Männern schon häufiger angegangen. Ein weiteres Fachgebiet hingegen wird eher von Männern angestrebt; die zusätzliche Weiterbildung abgeschlossen haben bisher elf Ärzte, aber nur drei (kinderlose) Medizinerinnen.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass Frauen sich einerseits aufgrund ihrer familiären Situation seltener weiterqualifizieren und andererseits, wenn sie dies doch tun, deutlich mehr Zeit benötigen als ihre männlichen Kollegen.

7 Bewertungen und Erfahrungen der Arbeitssituation während der Zeit der AiP-Phase

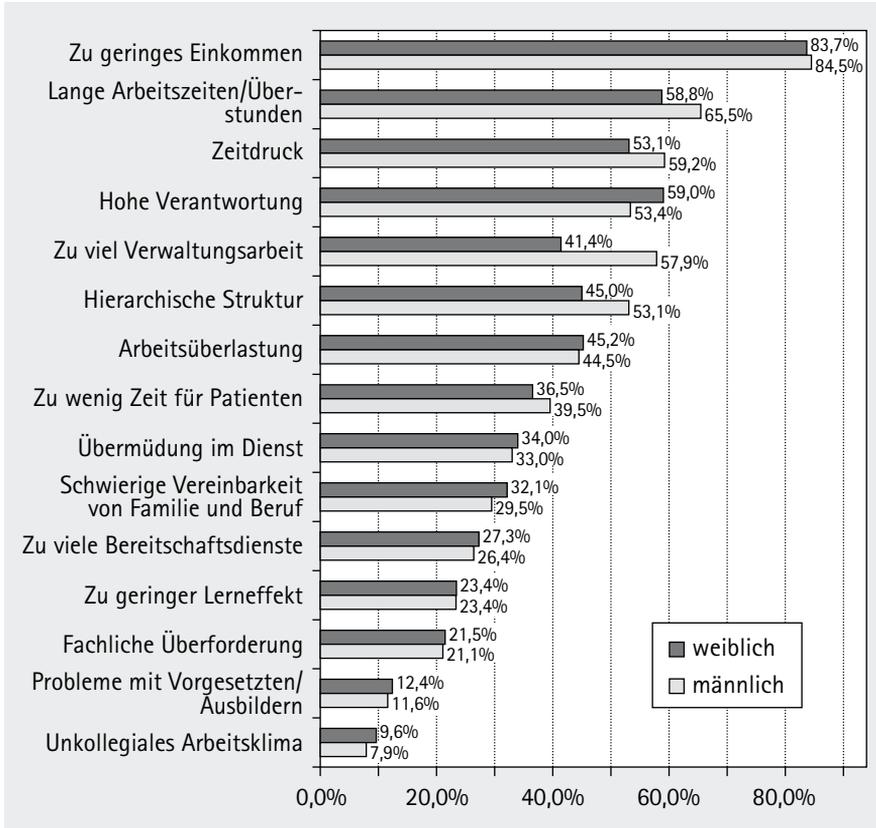
7.1 Bewertung der Arbeitssituation während der Zeit als AiP

Oggleich die AiP-Phase zum Wintersemester 2004/05 abgeschafft wurde, erschien es interessant, die Ärzte nach ihren Eindrücken zu dieser Berufsphase zu befragen, um festzustellen, inwiefern diese Zeit im Krankenhaus zu einer Veränderung in ihrem Weiterbildungsverlauf führte. Darüber hinaus konnte auf diese Weise ein Vergleich zwischen den anfänglichen Eindrücken ihrer Arbeit im Krankenhaus als AiP und ihrer Tätigkeit zum Erhebungszeitpunkt im Krankenhaus durchgeführt werden, um Veränderungen bezüglich

ihrer Wahrnehmungen und Bewertungen aufzuzeigen. Außerdem sollten sich die Befragten sowohl zu ihren Erfahrungen in dieser Berufsphase äußern als auch anhand eines vorgegebenen Antwortenkatalogs ihre Tätigkeiten und ihren Arbeitsplatz bewerten. Der für die AiP-Phase eingesetzte Itemkatalog kam auch bei der Bewertung des Arbeitsplatzes im Krankenhaus zum Befragungszeitpunkt (vgl. Kapitel 13.3) zum Einsatz.

Auf die Frage, wie die Ärzte und Ärztinnen ihre Arbeitssituation während des AiP beurteilen bzw. diese anhand von vorgegebenen Merkmalen beschreiben würden, gaben mehr als 50% der Befragten an, dass die 18-monatige Berufsphase durch lange Arbeitszeiten, Überstunden, Zeitdruck sowie einen hohen Anteil an bürokratischen Tätigkeiten einerseits und durch die Übertragung einer hohen Verantwortung andererseits geprägt war, dies jedoch nicht adäquat entgolten wurde. Neben der Einstufung der Wichtigkeit der verschiedenen Antwortalternativen sind der folgenden Abbildung auch geschlechtsspezifische Unterschiede zu entnehmen.

Abbildung 6: Bewertung der Weiterbildungsphase als AiP, differenziert nach dem Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)

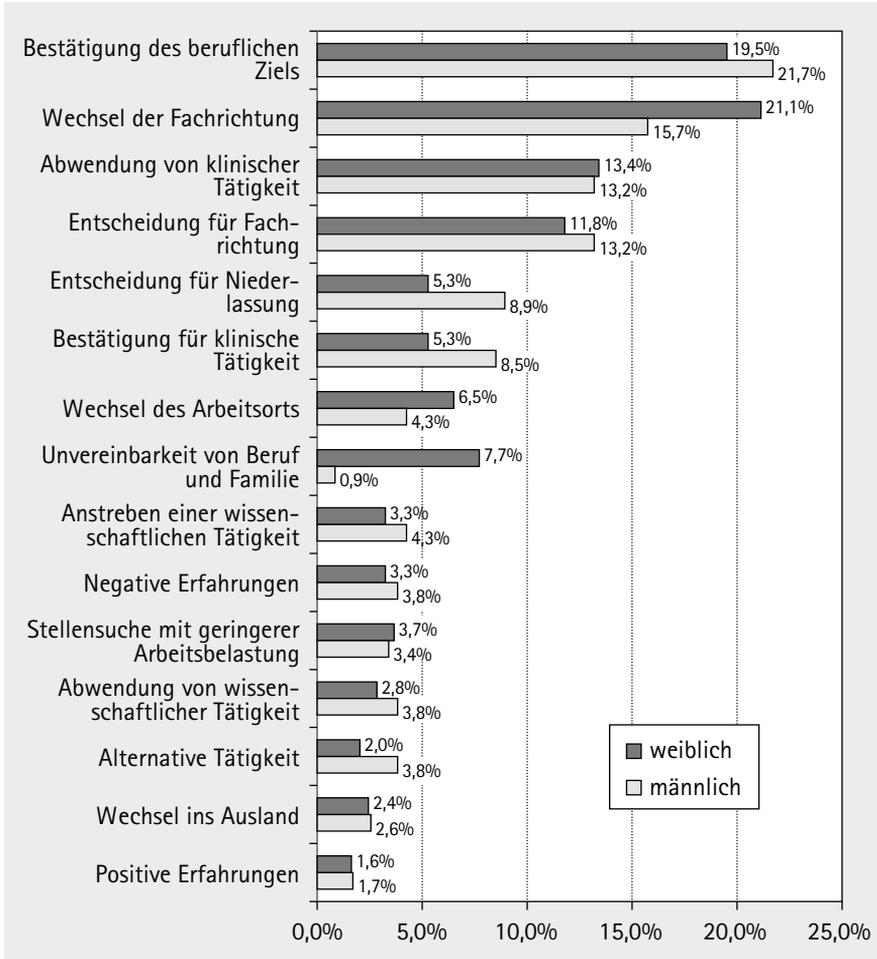


Aus Abbildung 6 geht hervor, dass zwischen Männern und Frauen in Bezug auf die Arbeitssituation und die Möglichkeit, Beruf und Familie zu vereinbaren, in dieser Berufsphase nur kleinere Unterschiede bestehen. Eine Ausnahme bildet das Item „Zu viel Verwaltungsarbeit“, das von den männlichen Medizinern sehr viel stärker als Schwierigkeit wahrgenommen wurde. Erstaunlich ist, dass Frauen die Arbeitsbedingungen als geringeres Problem empfanden als ihre männlichen Kollegen, insbesondere die langen Arbeitszeiten und Überstunden, den Zeitdruck, die Verwaltungsarbeiten sowie die hierarchischen Strukturen. Die hohe Verantwortung während dieser Weiterbildungsphase nahmen sie jedoch intensiver wahr als ihre Kollegen. Dies mag wiederum auf ihr Selbstkonzept zurückzuführen sein.

7.2 Erfahrungen als AiP und Folgerungen für die berufliche Entwicklung

Auf die offen formulierte Frage, inwiefern die AiP-Zeit auf die weitere berufliche Entscheidung Einfluss hatte, äußerten sich zwei Drittel der Befragten. Wie aus Abbildung 7 ersichtlich, kommt der Zeit als AiP einerseits eine positive steuernde Wirkung hinsichtlich der fachlichen Orientierung entsprechend den individuellen Präferenzen und Fertigkeiten der angehenden Mediziner zu, indem sie ihr anfängliches berufliches Ziel bestätigte und zur Entscheidung für ihr jetziges berufliches Tätigkeitsfeld führte. Andererseits werden durch die offen formulierte Frage nach der Beeinflussung der weiteren beruflichen Entwicklung gerade auch die negativen Erfahrungen der AiP-Phase deutlich zum Ausdruck gebracht; ein Teil der Befragten zog sich deswegen aus dem stationären Bereich zurück. Diese Dichotomie soll durch Zitate in den folgenden Abschnitten verdeutlicht werden.

Abbildung 7: Erfahrungen als AiP und Auswirkungen auf die berufliche Entwicklung, differenziert nach dem Geschlecht



Positive Äußerungen über diesen Weiterbildungsabschnitt sind den nachfolgenden Zitaten zu entnehmen: „Bin vom Fach total fasziniert“, „Ich möchte die operativen Tätigkeiten in der Klinik fortführen“ und „Das AiP hat bestätigt, dass dies genau der richtige Beruf für mich ist“. Dem gegenüber haben viele Ärzte und Ärztinnen die Phase als AiP negativ erlebt. Hierzu einige Aussagen in Bezug auf die Wahl der Facharzttrichtung: „Die Tätigkeit war sehr einseitig in der Onkologie, suchte bei der nächsten Stelle ein anderes Gebiet“ oder „Ich habe mich für die Anästhesie umentschieden, da das Fach gut strukturiert ist,

die Arbeit und die Arbeitszeiten planbar sind". Daneben entstand auch der Wunsch, später in einem anderen Tätigkeitsbereich zu arbeiten, was in den folgenden Aussagen deutlich wird: „Das AiP bestärkte meinen Entschluss, die Tätigkeit in der Krankenversorgung aufzugeben“ oder „Nach meinen Erfahrungen strebe ich nun eine Tätigkeit im theoretisch-wissenschaftlichen Bereich an“. Des Weiteren meinte eine Befragte: „Ich habe erkannt, dass ich nicht mehr weiter im Krankenhaus arbeiten will!“

Neben den Äußerungen zu den Auswirkungen auf ihre weitere Tätigkeit brachten viele Ärzte und Ärztinnen ihren Unmut über den Führungsstil im Krankenhaus sehr deutlich zum Ausdruck: „Habe im Krankenhaus despotischen Chef gehabt und Tätigkeiten einer Arzthelferin ausgeführt, aber so gut wie keine medizinische Weiterbildung erhalten. An meiner derzeitigen Stelle in einem kleinen Krankenhaus herrscht ein sehr gutes Arbeitsklima. Die fachliche Weiterbildung ist hier sehr gut und es ist mir möglich, selbständig zu arbeiten.“ Ein männlicher Kollege will „nie wieder ‚Stationsknecht‘ sein“. Außerdem sind die „Arbeitsbedingungen alles andere als aufbauend.“ „Lange Arbeitszeiten, Überstunden, Dienste, Verwaltungsarbeit, ‚heruntergeputzt‘ werden vom Chefarzt und das für 1500 DM als Alleinverdiener schreckten mich ab, langfristig eine Tätigkeit in der Klinik anzustreben!“ Vielen Frauen wird durch das AiP auch die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf im Krankenhaus deutlich. Dazu zwei Ärztinnen, die für viele andere stehen: „Als AiP erkannte ich die Unvereinbarkeit des eigentlichen Berufswunsches mit einer eigenen Familie; aufgrund der hohen Dienstbelastungen suche ich nach Alternativen“. Die andere meinte: „Nach dem AiP wechselte ich an ein kleineres Krankenhaus bzw. arbeite jetzt in einer Praxis, um die im Krankenhaus anfallenden vielen Stunden zu reduzieren und familienfreundlichere Arbeitszeiten zu haben.“

Fasst man die offenen Antworten zusammen, so ist auffällig, dass mehr Frauen als Männer angaben, wegen ihren Erfahrungen als AiP die Facharzttrichtung und/oder ihren Arbeitsort gewechselt zu haben. Ihnen wurde verstärkt die schlechte Vereinbarkeit des Arztberufs mit der Familie deutlich. Männer hingegen sahen das AiP eher als Bestätigung des bisher eingeschlagenen Berufswegs an. Zudem fiel bei ihnen in dieser Weiterbildungsphase auch verstärkt die Entscheidung über die zukünftigen ärztlichen Tätigkeitsfelder. Bedeutsam für die stationäre Versorgung ist die Tatsache, dass die Erfahrungen als AiP sowohl bei Frauen als auch bei Männern (insgesamt 65 Personen) in einem größeren Umfang zur Abwendung von einer klinischen Tätigkeit führten. 26,2% von ihnen strebten am Anfang des Medizinstudiums eine Tätigkeit im Krankenhaus an. Befragte, die Kinder haben, entschieden sich aufgrund ihrer Erfahrungen als AiP schon am Ende der 18-monatigen Berufsphase verstärkt für eine Niederlassung und gegen eine Tätigkeit im Krankenhaus.

Betrachtet man die positiven wie negativen Erfahrungen in der AiP-Phase und die darauf aufbauenden Entscheidungen nach dem gewählten Fachgebiet, so zeigt sich, dass die Personen, die sich vom klinischen Bereich abwendeten und die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf als Grund dafür angaben, ihre Weiterbildung zum Facharzt anschließend vor allem in der Allgemeinmedizin absolvierten. Zudem wird aber auch ersichtlich, dass überdurchschnittlich viele Ärzte der Psychiatrie/Psychotherapie, Radiologie, Urologie sowie der heterogenen Gruppe der sonstigen Fachgebiete nach dieser Weiterbildungsphase ein ursprünglich anvisiertes Gebiet zugunsten ihres jetzigen aufgaben.

8 Angestrebte bzw. realisierte Berufswünsche und Tätigkeitsfelder

8.1 Vergleich der Tätigkeitswünsche zu Studienbeginn und zum Erhebungszeitpunkt

Im Folgenden werden die Berufsziele der Befragten zu Beginn ihres Studiums mit ihren heutigen Berufsvorstellungen verglichen. Dabei werden einerseits das „Beharrungsvermögen“ bzw. die konsequente Verfolgung des anfänglichen Berufswunsches und andererseits die Veränderungen der Berufsvorstellungen durch die ersten Erfahrungen im ärztlichen Beruf ausgeführt.

Hat sich der Anteil der Befragten, die zu Studienbeginn noch keine Pläne bezüglich ihrer beruflichen Laufbahn hatten (28,2%) auf nunmehr 26,4% verringert, so haben sich im kurativen Bereich die Berufswünsche zum Befragungszeitpunkt gegenüber den anfänglichen folgendermaßen verschoben: Während sich zu Studienbeginn insgesamt nur 28,5% niederlassen wollten, waren es zum Befragungszeitpunkt bereits 33,0%. Abgenommen hat dagegen der Anteil der Mediziner, die anfänglich im Krankenhaus tätig sein wollten: Ihr Anteil ist von 37,8% um zehn Prozentpunkte auf 27,8% gesunken.

In Bezug auf die Kontinuität der beruflichen Ziele ist bemerkenswert, dass mehr als die Hälfte derjenigen Befragten, die schon zu Anfang des Studiums eine Niederlassung anstrebten, dieses Ziel immer noch verfolgten, während nur 45,9% der Studenten, die eine Krankenhauskarriere im Auge hatten, nunmehr im stationären Bereich arbeiten wollen.

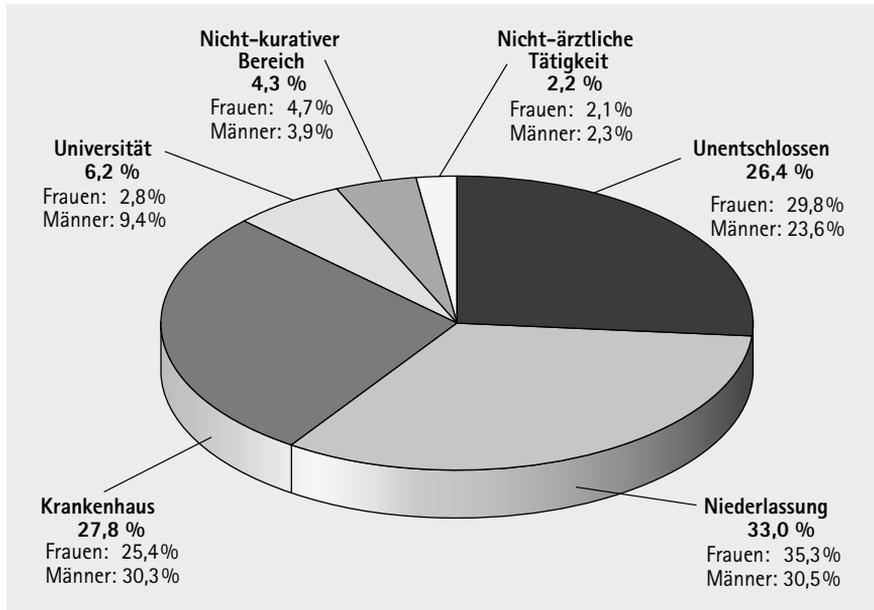
Auch im Tätigkeitsbereich Wissenschaft und Forschung sowie im nicht-kurativen Bereich gibt es Verschiebungen zwischen den Berufswünschen zu Studienbeginn und zum Befragungszeitpunkt: Planten am Anfang des Studiums noch 10,8% eine wissenschaftliche Karriere, sind es zum Erhebungszeitpunkt nur noch 6,2%, die sich zukünftig in Lehre,

Forschung und Krankenversorgung¹⁰ engagieren wollen. Deutlich zugenommen hat der Anteil derjenigen, die bereits zu Studienbeginn eine nicht-kurative Karriere planten. Ihr Anteil stieg von 0,6% auf 4,3%.

8.2 Angestrebtes bzw. bereits verwirklichtes Tätigkeitsfeld

Um Aussagen über die mögliche Entwicklung der medizinischen Versorgungslage in Bayern zu machen, wurden die Ärzte nach dem Tätigkeitsfeld befragt, in dem sie ihren zukünftigen Tätigkeitsbereich sehen. Entsprechend wurden sechs Typen gebildet. Zu bemerken ist, dass in diesen Gruppen jeweils sowohl Mediziner enthalten sind, die das gewünschte Tätigkeitsfeld anstreben, als auch solche, die bereits als ausgebildete Fachärzte im Krankenhaus oder in der ambulanten Krankenversorgung sowie im universitären, nicht-kurativen und nicht-ärztlichen Bereich arbeiten.

Abbildung 8: Angestrebte sowie bereits realisierte Tätigkeitsfelder der befragten Ärzte



¹⁰ Dieser Vergleich könnte mit Ungenauigkeiten behaftet sein, da im Hinblick auf das Berufsziel vor Studienbeginn das Item ‚Forschung‘ und auf das Berufsziel zum Befragungszeitpunkt das Item ‚Universität‘ zur Auswahl stand. Forschung wird u.a. jedoch auch in außeruniversitären Forschungseinrichtungen und der Industrie betrieben.

Auf die Frage, welches berufliche Ziel die Befragten anstreben bzw. welches sie bereits verwirklicht haben, ergibt sich zum Befragungszeitpunkt folgendes Bild: Die meisten geben die Niederlassung an (33,0%), gefolgt von einer Tätigkeit im Krankenhaus (27,8%). Des Weiteren äußern 6,2% den Wunsch nach einer wissenschaftlichen Laufbahn. Die restlichen 6,5% der Antwortenden wollen im nicht-kurativen Bereich (4,3%) bzw. außerhalb des medizinischen Bereichs (2,2%) arbeiten. Von Bedeutung ist auch, dass 26,4% der Befragten noch unentschlossen bezüglich ihrer weiteren beruflichen Tätigkeit und damit unkalkulierbar im Hinblick auf die ärztliche Versorgungssituation in Bayern sind. Die Unsicherheit bezüglich der zukünftigen Berufsperspektiven wird deutlich, wenn man bedenkt, dass 29,6% von ihnen bereits mit ihrer Weiterbildung zum Facharzt fertig sind; zudem besitzen 21,3% der Personen dieser Gruppe, die derzeit im Krankenhaus arbeitet, einen unbefristeten Vertrag.

Neben der groben Differenzierung nach einzelnen Tätigkeitsfeldern sollen in der folgenden Tabelle die Unterschiede ausgewählter soziodemografischer Merkmale der in den einzelnen Feldern tätigen Ärzte dargestellt und analysiert werden. Hierzu wird die prozentuale Verteilung der Antworten der jeweiligen Berufstypen auf bestimmte Merkmale dargestellt, wobei sich die Ausprägungen eines Merkmals bei den sechs gebildeten Gruppen jeweils zu 100% addieren.

Tabelle 7: Soziodemografische Merkmale der befragten Ärzte, differenziert nach Tätigkeitsfeldern

Merkmal	Ausprägung	Tätigkeitsfeld					
		Unent- schlossen (n=263)	Nieder- lassung (n=328)	Kranken- haus (n=277)	Univer- sität (n=62)	Nicht- kurativer Bereich (n=43)	Nicht- ärztliche Tätigkeit (n=22)
Geschlecht	weiblich	53,6%	51,4%	43,3%	21,0%	52,4%	45,5%
	männlich	46,4%	48,6%	56,7%	79,0%	47,6%	54,5%
	insgesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Lebensform	in gemeinsamem Haushalt lebend	76,6%	81,5%	78,0%	71,0%	76,2%	76,2%
	alleinstehend	23,4%	18,5%	22,0%	29,0%	23,8%	23,8%
	insgesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Tätigkeits- bereich des Partners	Mediziner	35,5%	32,0%	32,7%	37,9%	22,2%	26,3%
	Gesundheitsbereich	12,1%	13,7%	16,9%	15,5%	11,1%	21,1%
	außerhalb des Gesundheitsbereichs	37,7%	41,9%	32,7%	29,4%	52,8%	47,3%
	keine Berufstätig- keit	14,7%	12,4%	17,7%	17,2%	13,9%	5,3%
	insgesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Kinder	ja	49,8%	56,7%	47,3%	37,1%	44,2%	45,5%
	nein	50,2%	43,3%	52,7%	62,9%	55,8%	54,5%
	insgesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Anzahl der Kinder	1 Kind	45,1%	43,9%	42,7%	63,6%	31,6%	50,0%
	2 Kinder	42,1%	42,8%	43,5%	27,3%	52,6%	50,0%
	3 Kinder	9,8%	10,6%	10,7%	9,1%	15,8%	0,0%
	mehr als 3 Kinder	3,0%	2,7%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	insgesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Mit Blick auf die Entwicklung der ärztlichen Versorgung sowie der medizinischen Forschung in Bayern können aus den vorgenannten soziodemografischen Daten und den verschiedenen Tätigkeitsbereichen, welche die befragten Mediziner anstreben bzw. schon realisiert haben, unterschiedliche Besonderheiten abgelesen werden. Im Folgenden soll jedoch nur auf die Unterschiede eingegangen werden, die sich aufgrund des Geschlechts, der Familienstruktur, des Berufs des Partners und der Facharztrichtung ergeben.

Tätigkeitsfeldwunsch, differenziert nach dem Geschlecht

Die Tatsache, dass Frauen im Vergleich zu den befragten Männern unentschlossener bezüglich ihrer beruflichen Zukunft sind (Frauen 53,6% zu Männer 46,4%), im kurativen Bereich jedoch eher eine Niederlassung (51,4% zu 43,3%) als eine Tätigkeit im Krankenhaus (43,3% zu 56,7%) planen, kann Auswirkungen auf die Versorgungssituation im Krankenhaus haben, wenn bei einem steigenden Anteil der Medizinerinnen von einem gleich bleibenden Verhalten auszugehen ist, und sie sich weiterhin überproportional gegen eine Arbeit im Krankenhaus entscheiden.

Es fällt auf, dass Frauen auch in weitaus geringerem Maße an einer wissenschaftlichen Tätigkeit (21,0% zu 79,0%) interessiert sind als ihre männlichen Kollegen. Der Verzicht auf eine wissenschaftliche Karriere hat zur Folge, dass sich der Anteil an Professorinnen unter Umständen auch in den nächsten Jahren nicht entscheidend verändern wird und der Einfluss von Frauen auf Lehre und Forschung, speziell auch im sehr jungen Bereich der frauenspezifischen medizinischen Forschung gering bleiben wird.

Wenn auch die absolute Zahl der befragten Mediziner und Medizinerinnen in nicht-kurativen Tätigkeitsbereichen relativ gering ist, so ist auch hier der Anteil der Medizinerinnen, die im nicht-kurativen Bereich arbeiten wollen, größer als der ihrer männlichen Kollegen.

Tätigkeitsfeldwunsch, differenziert nach der Familienstruktur und dem Beruf des Partners

In Bezug auf den Anteil der Antwortenden mit Kindern im Haushalt ergibt sich folgendes Bild: 56,7% der eine Niederlassung anstrebenden Ärzte, aber nur 37,1% der angehenden Wissenschaftler haben bereits Nachwuchs. Letztere zählen zu der Gruppe, die prozentual gesehen am häufigsten eine Ein-Kind-Familie hat. Familien mit zwei und mehr Kindern findet man vor allem bei den Befragten, die im nicht-kurativen Bereich arbeiten bzw. tätig werden wollen. Dies mag unter anderem auf die Tatsache zurückzuführen zu sein, dass die Kompatibilität von Beruf und Familie außerhalb der kurativen Versorgung leichter zu bewerkstelligen ist.

Auf die Frage nach dem Beruf des Partners antworteten die Befragten, die eine Universitätslaufbahn planen sowie diejenigen, die noch unentschlossen sind, vergleichsweise oft, dass ihre Partner ebenfalls als Mediziner arbeiten. Nicht-berufstätige Partner leben

prozentual gesehen am häufigsten mit Ärzten bzw. Ärztinnen zusammen, die im Krankenhaus tätig sind bzw. dort ihr berufliches Ziel sehen.¹¹

Tätigkeitsfeldwünsche, differenziert nach der Wahl der Facharzttrichtung

Für die Einschätzung möglicher Versorgungsengpässe bei einzelnen Facharzttrichtungen ist es auch wichtig zu ermitteln, welche Tätigkeitsbereiche die Mediziner verschiedener Facharzttrichtungen anstreben bzw. realisiert haben. Aufschluss darüber gibt die nachfolgende Zusammenstellung. Zur ihrer besseren Verständlichkeit sollen noch folgende Anmerkungen gemacht werden: Während dem Inneren der Tabelle Absolutzahlen zu entnehmen sind, wurden zur besseren Interpretation dieser Angaben in den Spaltenköpfen sowie an den Zeilenenden die prozentuale Verteilung aller Mediziner auf die Tätigkeitsfelder sowie auf die gewählten Facharzttrichtung angegeben; sie addieren sich jeweils zu 100%. Somit können zusätzliche Informationen gewonnen werden.

Tabelle 8: Angestrebte bzw. bereits realisierte Tätigkeitsfelder der Ärzte nach Weiterbildung zum Facharzt

Fach- gebietswahl	Tätigkeits- felder (*)	Unent- schlossen	Nieder- lassung	Kranken- haus	Univer- sität	Nicht- kurativer Bereich	Nicht- ärztliche Tätigkeit	Insgesamt in %
		n = 263 (26,4%)	n = 328 (33,0%)	n = 277 (27,8%)	n = 62 (6,2%)	n = 43 (4,3%)	n = 22 (2,2%)	n = 995 (100%)
Innere Medizin (n = 189)		64	43	55	16	10	1	19,0%
Allgemeinmedizin (n = 140)		23	104	4	0	7	2	14,1%
Chirurgie (n = 107)		30	15	50	8	3	1	10,8%
Anästhesie (n = 87)		18	11	51	6	0	1	8,7%
Psychiatrie/Psychothe- rapie (n = 72)		23	21	25	1	1	1	7,2%
Gynäkologie (n = 61)		14	19	22	4	1	1	6,1%

(*) Da einige Befragte in den sechs gebildeten Kategorien nicht nur eine Weiterbildung zum Facharzt absolviert, sondern unter Umständen ein zweites Fachgebiet bzw. gar keines gewählt haben, addieren sich die Prozentangaben der Facharztwahl pro Berufstyp spaltenweise nicht immer auf 100%.

¹¹ Vgl. dazu auch Kapitel 4.

Fortsetzung von Tabelle 8:

Fach- gebietswahl	Tätigkeits- felder (*)	Unent- schlossen	Nieder- lassung	Kranken- haus	Univer- sität	Nicht- kurativer Bereich	Nicht- ärztliche Tätigkeit	Insges- amt in %
		n = 263 (26,4%)	n = 328 (33,0%)	n = 277 (27,8%)	n = 62 (6,2%)	n = 43 (4,3%)	n = 22 (2,2%)	n = 995 (100%)
Kinder- und Jugend- medizin (n = 61)		16	28	14	3	0	0	6,1%
Orthopädie (n = 43)		11	18	11	2	0	1	4,3%
Neurologie (n = 40)		16	6	14	2	2	0	4,0%
Dermatologie (n = 26)		3	16	4	3	0	0	2,6%
Radiologie (n = 25)		5	5	12	1	1	1	2,5%
Augenheilkunde (n = 21)		4	10	2	3	2	0	2,1%
Hals-Nasen-Ohren- heilkunde (n = 18)		3	7	3	4	1	0	1,8%
Urologie (n = 17)		8	7	1	1	0	0	1,7%
Physikalische und Rehabilitationsmedizin (n = 8)		2	4	2	0	0	0	0,8%
Labormedizin (n = 7)		2	1	2	1	1	0	0,7%
Pathologie (n = 7)		3	2	1	1	0	0	0,7%
Nuklearmedizin (n = 5)		1	1	1	2	0	0	0,5%
Oralchirurgie (n = 1)		0	1	0	0	0	0	0,1%
Humangenetik (n = 1)		0	1	0	0	0	0	0,1%
Sonstige Fachgebiete (n = 61)		13	19	13	7	7	2	6,1%
Insgesamt		98,5%	103,4%	103,6%	104,8%	83,7%	50,0%	

(*) Da einige Befragte in den sechs gebildeten Kategorien nicht nur eine Weiterbildung zum Facharzt absolviert, sondern unter Umständen ein zweites Fachgebiet bzw. gar keines gewählt haben, addieren sich die Prozentangaben der Facharztwahl pro Berufstyp spaltenweise nicht immer auf 100%.

Erfolgte in Tabelle 8 eine Zuordnung der verschiedenen Facharzttrichtungen zu den einzelnen Berufswünschen, sollen im Folgenden nur die Ärzte vorgestellt werden, welche im Hinblick auf ihr zukünftiges Tätigkeitsfeld noch unschlüssig sind, sowie diejenigen, die im nicht-kurativen Bereich bzw. außerhalb des medizinischen Feldes arbeiten (wollen). Dabei

ergibt sich folgendes Bild: Eine deutliche Unentschlossenheit besteht bei den Ärzten bezüglich der zukünftigen Berufstätigkeit über alle gewählten Facharzttrichtungen hinweg:

- Überdurchschnittlich häufig sind die angehenden Ärzte der Inneren Medizin unentschlüssig. Sie machen etwa ein Fünftel aller Unentschlossenen aus. Innerhalb der Gruppe der Neurologen ist der Anteil derjenigen, die noch unentschlossenen sind, ebenfalls am höchsten.
- Ein Teil der Personen, die nicht-kurativ arbeiten wollen und eine Weiterbildung zum Facharzt absolvieren, spezialisierte sich in der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin.
- Bei den wenigen Medizinerinnen, die nicht-ärztlich tätig werden wollen, kann keine eindeutige fachliche Tendenz ersehen werden.

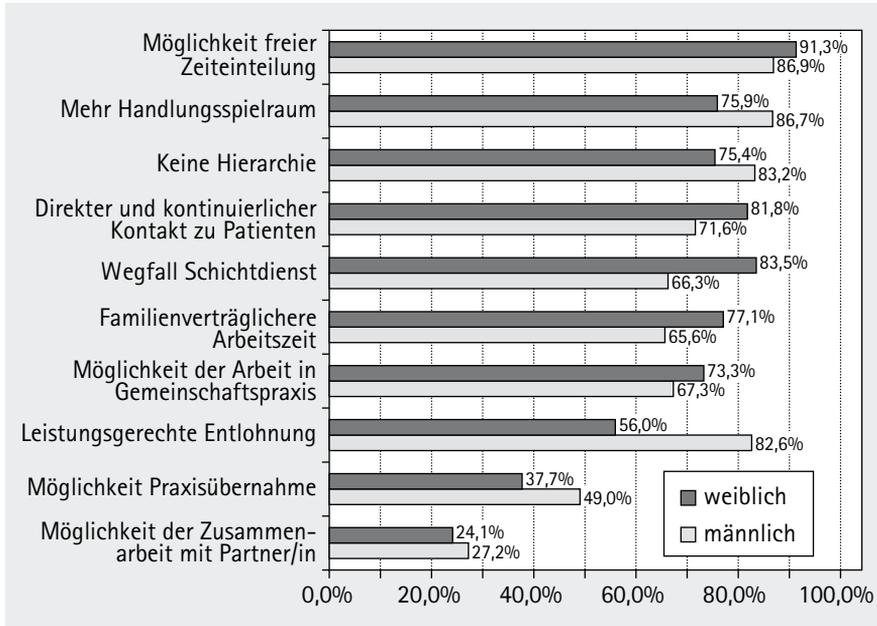
8.3 Gründe für die Wahl der unterschiedlichen Tätigkeitsfelder

8.3.1 Gründe für eine Niederlassung

Im Folgenden werden die Gründe dargestellt, die maßgebend für die Wahl des jeweiligen Tätigkeitsfeldes im kurativen bzw. im nicht-kurativen Bereich waren. Die 335 Personen, die angaben sich niederlassen zu wollen bzw. dies schon verwirklicht haben, konnten aus verschiedenen Antwortalternativen diejenigen auswählen, die sie für ihre Berufswahl als besonders wichtig empfanden. Der am häufigsten genannte Grund für eine Niederlassung ist die Möglichkeit, selbständig bei freier Einteilung der Arbeitszeit arbeiten zu können (89,3%). Nach Meinung von ca. drei Viertel der Befragten bietet eine Niederlassung neben der Erweiterung des Handlungsspielraums auch eine Arbeit ohne hierarchische Struktur. Darüber hinaus bestehen die Möglichkeit einer verbesserten Arbeit mit den Patienten sowie die Realisierung familienverträglicher Arbeitszeiten. Von Bedeutung ist ebenfalls, dass sie als niedergelassene Ärzte von einer Verringerung der Arbeitsbelastung durch den Wegfall von Schicht- und Bereitschaftsdiensten ausgehen. Gut zwei Drittel erwarten sich eine leistungsgerechtere Entlohnung bzw. die Möglichkeit, in einer Gemeinschaftspraxis mitarbeiten zu können. Die potentielle Übernahme einer Praxis bzw. die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit dem Partner gaben 43,3% bzw. 25,5% als Grund für ihre Entscheidung an. Nachfolgend werden die Ergebnisse geschlechtsspezifisch dargestellt.

Aus Abbildung 9 wird deutlich, dass Frauen wesentlich stärker als ihre Kollegen mit den Arbeitszeiten im Krankenhaus Probleme haben bzw. hatten, was vor allem durch die

Abbildung 9: Motive für eine Niederlassung, differenziert nach dem Geschlecht
(Mehrfachnennungen möglich)



Items „Wegfall des Schichtdienstes“ und „familienverträgliche Arbeitszeit“ deutlich wird. Inwiefern sich die Ärztinnen durch die Mitarbeit in einer Gemeinschaftspraxis auch ein familienverträglicheres Arbeiten erhoffen oder ob dieser Grund hauptsächlich auf die Minimierung des finanziellen Risikos zurückzuführen ist, das bei einer Neuniederlassung besteht, konnte nicht geklärt werden. Mit Bezug auf die unterschiedlichen Berufsziele (vgl. Kapitel 5.1) erstaunt es nicht, dass Ärztinnen in weit stärkerem Maße als Grund für ihre Niederlassung den direkten und kontinuierlichen Kontakt zu den Patienten als wichtiges Entscheidungskriterium nennen.

Da bei der überwiegenden Zahl der Ärzte und Ärztinnen, die sich niederlassen wollen bzw. bereits niedergelassen haben, Kinder im Haushalt leben, erscheint es interessant, die in Abbildung 9 aufgeführten Motive nach der Variablen „Kinder im Haushalt“ differenziert zu betrachten. Vergleicht man die Motive der Befragten mit und ohne Kinder, kommt es in der Rangliste der Gründe nur zu geringen Verschiebungen. Deutliche Abweichungen ergeben sich innerhalb des eigenen Geschlechts zwischen den Ärztinnen mit bzw. ohne Kinder nur bei zwei Items: Für Frauen ohne Kinder ist der „Wegfall der hier-

archischen Strukturen“ einer der drei wichtigsten Gründe für die Niederlassung. Bei Frauen mit Kindern hatte dagegen das Item „bessere Familienverträglichkeit“ einen sehr hohen Stellenwert und führte zu einer Niederlassung. Bei den Ärzten gibt es ebenfalls leichte Verschiebungen auf den ersten fünf Rangplätzen der Motivliste. Interessant ist, dass für Männer mit Kindern familienverträgliche Arbeitszeiten erst auf Platz vier stehen (bei Frauen mit Kindern auf Platz zwei), aber Gründe wie Wegfall hierarchischer Strukturen, mehr Handlungsspielraum und freie Zeiteinteilung ebenso wie bei ihren kinderlosen Kollegen auf den vorderen Plätzen bei der Entscheidung für eine Niederlassung zu finden sind. Hier zeigt es sich erneut, dass Frauen mit Kindern nicht nur in ihrer Fachwahl, sondern auch in der Wahl ihres Tätigkeitsfeldes beeinflusst werden.

8.3.2 Gründe für eine Tätigkeit im Krankenhaus

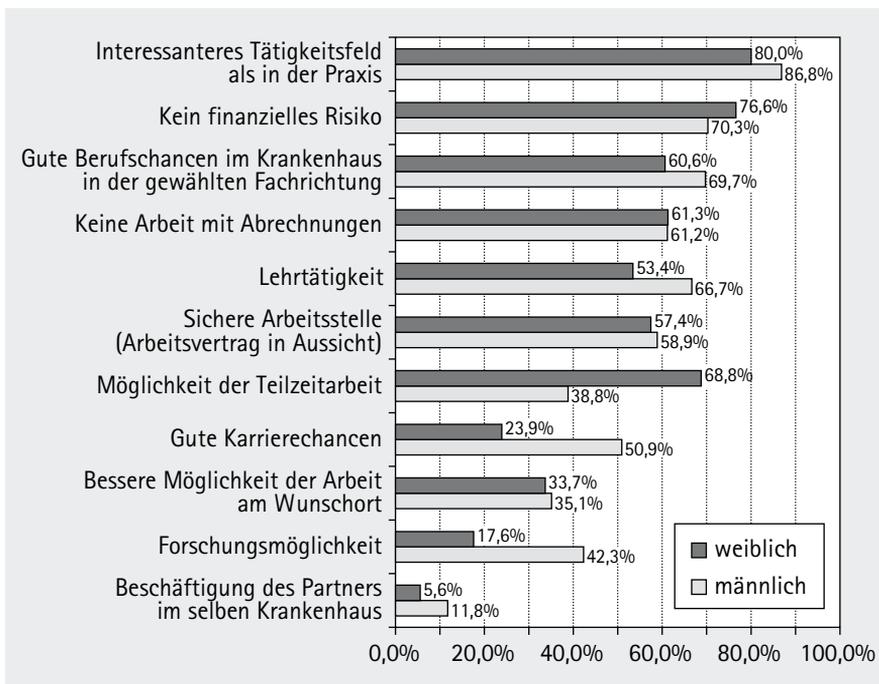
Etwas kleiner als die Zahl derjenigen, die sich niederlassen wollen bzw. bereits niedergelassen sind, ist die Gruppe der Personen, die ihr berufliches Tätigkeitsfeld im Krankenhaus sehen (277 Personen). Zusätzlich zu der Angabe ihres Tätigkeitsfelds sollten sich die Befragten äußern, welche Position sie im Krankenhaus anstreben. Dabei kommt es zwischen den Geschlechtern zu starken Abweichungen. Entsprechend der beruflichen Selbstselektion wird deutlich, dass Frauen anscheinend weniger Vertrauen in ihr Karrierepotenzial haben als ihre männlichen Kollegen und im Hinblick auf eine mögliche Familienplanung und die Arbeitsplatzstrukturen, die sie im Krankenhaus kennen gelernt haben, auf eine Karriere im stationären Bereich verzichten. Folgende Ergebnisse verdeutlichen dies:

- Nur 3 Frauen, aber 30 Männer streben eine Chefarztstelle an;
- von den 200 Antwortenden, deren Berufsziel eine Oberarztstelle im Krankenhaus ist, sind 63,0% Männer und 37,0% Frauen;
- dagegen sind die 56 Mediziner, welche auf einer Dauerassistentenstelle arbeiten wollen, mehrheitlich weiblich (64,3% Frauen und 35,7% Männer).

Nach dieser geschlechtsspezifisch ungleichen Karriereplanung sollen die Entscheidungskriterien für eine Arbeit im Krankenhaus dargestellt werden. Der wichtigste Grund für eine spätere Arbeit im Klinikbereich ist darin zu sehen, dass die Tätigkeit im Krankenhaus als interessanter als in einer freien Praxis (83,3%) eingestuft wird. Knapp drei Viertel bevorzugten eine stationäre Tätigkeit, um kein finanzielles Risiko durch die Existenzgründung und Arbeit als selbständiger Arzt einzugehen. Für etwa zwei Drittel waren die guten Berufsaussichten im Hinblick auf die gewählte Facharzttrichtung ausschlaggebend für ihren Verbleib im Krankenhaus. Ca. 60% entschieden sich für eine Tätigkeit im stationären

Bereich, weil ihnen ein Arbeitsvertrag und damit eine sichere Arbeitsstelle in Aussicht gestellt wurden. Andere wiederum wollen sich den Aufwand mit den Abrechnungen in der eigenen Praxis ersparen. Bedeutsam ist auch der Wunsch, eine Lehrtätigkeit auszuüben. Etwas mehr als die Hälfte sieht in einer Tätigkeit im Krankenhaus die Möglichkeit, Teilzeit zu arbeiten. Gute Karrierechancen, Forschungsmöglichkeiten und die Tatsache, dass es leichter ist, am Wunschort arbeiten zu können, wenn man eine Tätigkeit im Krankenhaus wählt, waren für etwa ein Drittel wichtige Gründe. Ein untergeordnetes Entscheidungsmotiv lag in der potentiellen Zusammenarbeit mit dem Partner bzw. der Partnerin im selben Krankenhaus. Differenziert man diese Ergebnisse geschlechtspezifisch, so ergeben sich entsprechend Abbildung 10 deutliche Unterschiede.

Abbildung 10: Gründe für eine Tätigkeit im Krankenhaus, differenziert nach dem Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)



Mit Ausnahme des Items „Keine Arbeit mit der Abrechnung“ nennen (angehende) Krankenhausärzte in deutlich höherem Maße als ihre Kolleginnen Gründe, die sich auf Karriere- und inhaltliche Fragen ihres Arbeitsplatzes beziehen wie z. B. ein interessanteres Tätigkeitsfeld als in einer freien Praxis, Forschungs- und Lehrmöglichkeiten sowie gute Berufsaussichten und Karrierechancen im Krankenhaus. Das letzte Item wurde von 23,9% der Frauen und 50,9% der Männer genannt. Fast ebenso groß sind die Abweichungen zwischen den Geschlechtern beim bereits erwähnten Kriterium, Forschung betreiben zu können (17,6% zu 42,3%). Auch hier wird deutlich, dass sich Ärztinnen gemäß der vertikalen Segregation weniger stark unter dem Aspekt einer wissenschaftlichen Karriere ihren Arbeitsplatz suchen als dies bei Männern der Fall ist. Wichtiger für sie ist die Möglichkeit, Teilzeit zu arbeiten und kein finanzielles Risiko im Rahmen der Eröffnung bzw. der Übernahme einer eigenen Praxis einzugehen. Interessant erscheint jedoch, dass mehr Männer als Frauen – wenn auch wenige – sich für ihren Arbeitsplatz deswegen entschieden haben, weil dort ihre Partnerin arbeitet.

Neben den vorgegebenen Gründen sollten die Ärztinnen und Ärzte, die zum Befragungszeitpunkt im Krankenhaus arbeiteten, beantworten, ob die Anerkennung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit ihre berufliche Entscheidung beeinflusst habe. Nur bei 6,2% (63 von 1010!) der Befragten hatte diese Regelung Einfluss auf ihre Entscheidung für, aber auch gegen eine Tätigkeit im Krankenhaus. 46 der Antwortenden begründeten dies folgendermaßen:

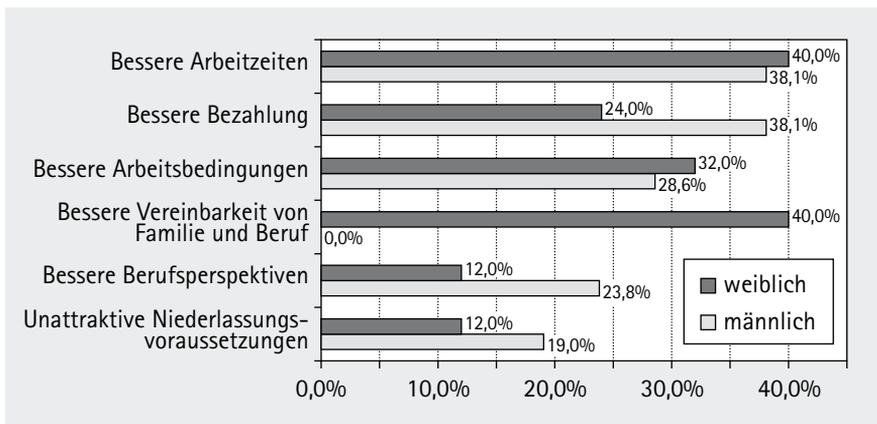
- weniger Arbeitsbelastung (19,6%),
- erwarte bessere Vergütung (13,0%),
- führt zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf (10,9%),
- führt zu Einkommensverlusten (23,9%),
- stärkt meine Entscheidung, das Krankenhaus zu verlassen (19,6%),
- ungewisse Zukunft (13,0%).

8.3.3 Gründe für eine nicht-kurative bzw. nicht-ärztliche Tätigkeit

Die Befragten, die in nicht-kurativen, aber medizinnahen Berufen oder aber im nicht-ärztlichen und nicht-medizinischen Bereich arbeiten wollen bzw. dort bereits tätig sind, begründeten ihre Entscheidung in der Antwort auf eine offene Frage. Betrachtet man die Einzelnennungen, heben sich sechs Kategorien hervor, die nach dem Geschlecht differenziert folgendes Bild ergeben: Geringe Abweichungen zwischen den Geschlechtern bestehen bei folgenden Entscheidungsgründen: „Bessere Arbeitszeiten“ und den „allgemein besseren Arbeitsbedingungen“ außerhalb der kurativen Medizin. Dazu äußerte

sich ein Mediziner folgendermaßen: „Die klinische Medizin war toll. Die Arbeitsumgebung aber katastrophal, was die Arbeitszeit, die hierarchischen Strukturen, den Verdienst und das soziale Leben betrifft.“ Ein anderer: „Außerhalb des kurativen Bereichs habe ich bessere Arbeitsbedingungen bei höherer Bezahlung und guten Karrierechancen.“ Ein weiterer: „Ich habe nicht die finanziellen Mittel, um mich niederzulassen; aufgrund der hohen Arbeitsbelastung möchte ich nicht mehr im Krankenhaus arbeiten“. Für Männer basiert die Entscheidung für die Abwendung vom ärztlichen Versorgungsbereich sehr stark auf einer besseren Bezahlung und Berufsperspektive sowie den unattraktiven Niederlassungsvoraussetzungen. Frauen sehen dagegen in einer Arbeit außerhalb der kurativen Versorgung bessere Möglichkeiten, Beruf und Familie vereinbaren. Eine Ärztin: „Ich wollte keine Nacht-/Wochenenddienste mehr. Die Tätigkeit im nicht-kurativen Bereich bietet eine bessere Familienverträglichkeit und mehr Teilzeitstellen.“ Eine weitere Ärztin: „Eine Tätigkeit im nicht-kurativen Bereich ermöglicht eine bessere Vereinbarung von Familie und Beruf. Eine Weiterbildung zum Facharzt mit zwei Kleinkindern ist aufgrund der Dienste zu anstrengend.“

Abbildung 11: Gründe für eine Tätigkeit im nicht-kurativen bzw. nicht-ärztlichen Bereich, differenziert nach dem Geschlecht



9 Vereinbarkeit von Lebenszielen und Berufstätigkeit

Wie bereits in den vorderen Kapiteln erwähnt, sind Ärztinnen und Ärzte in der Zeit ihrer Weiterbildung zum Facharzt im Krankenhaus arbeitsmäßig stark belastet. Da diese Phase zeitlich auch mit einer etwaigen Familienplanung zusammenfällt, kann es zu Konflikten kommen durch die Weiterbildung zum Facharzt bei Ärztinnen. So ist davon auszugehen, dass die Priorität, Kinder zu haben, zu beruflichen Einschränkungen oder im schlimmsten Fall zur Aufgabe des Berufs führen kann, was wiederum Folgen für die medizinische Versorgung hat.

Im folgenden Kapitel wurde untersucht, ob Unterschiede hinsichtlich der Lebensziele und dem Weiterbildungsverlauf zwischen den Geschlechtern und zwischen den Ärztinnen und Ärzten bestehen, die bereits Kinder haben, sowie den Befragten, die kinderlos sind.

9.1 Lebensziele

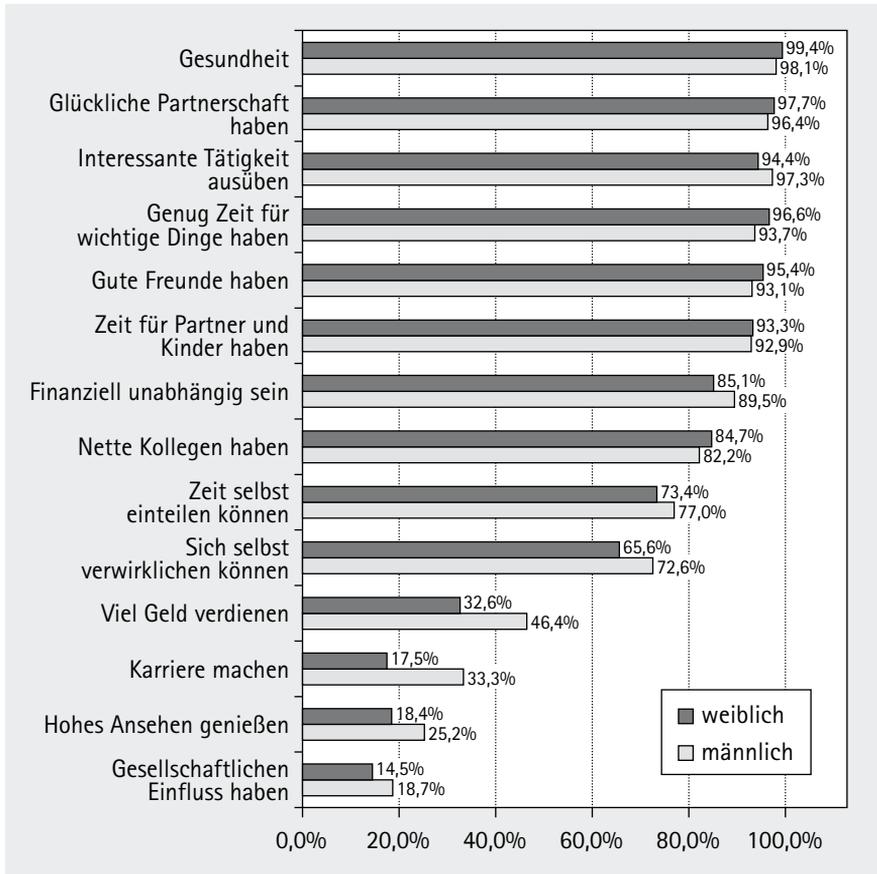
Betrachtet man die Lebensziele der Befragten, so sind vor allem Ziele wichtig¹², die mit der eigenen Person und ihrem privaten sowie sozialen Umfeld zu tun haben. Aber auch der Wunsch, eine interessante Tätigkeit auszuüben, ein angenehmes Arbeitsumfeld und nette Kollegen zu haben sowie durch den Beruf finanziell unabhängig zu sein, wurde von fast allen Befragten geäußert. Zwei Items, die sowohl den beruflichen als auch den privaten Bereich der Befragten betreffen, nämlich sich „die Zeit selbst einteilen zu können“ und „sich selbst zu verwirklichen“, wurde von drei Vierteln bzw. zwei Dritteln der Befragten für wichtig gehalten. Von geringer Bedeutung sind dagegen Punkte, die zuweilen in der Öffentlichkeit mit dem Beruf des Mediziners verknüpft sind, beispielsweise viel Geld verdienen, Karriere machen, hohes Ansehen genießen und gesellschaftlichen Einfluss haben.

Lebensziele, differenziert nach dem Geschlecht

Wie aus Abbildung 12 zu entnehmen ist, besteht weitgehend Übereinstimmung zwischen den Geschlechtern, was die privaten Lebensziele betrifft. Zu Unterschieden kommt es, wenn man die stärker mit dem Beruf zusammenhängenden Ziele neben den insgesamt weniger angekreuzten, so genannten „weichen Zielen“ betrachtet.

¹² Die Wichtigkeit eines Items wurde auf einer 5-stufigen Skala von sehr wichtig bis unwichtig gemessen. Im folgenden Text und in den Tabellen werden jedoch nur die Prozentwerte von sehr wichtig und wichtig in zusammengefasster Form dargestellt und interpretiert.

Abbildung 12: Lebensziele der Befragten, differenziert nach dem Geschlecht
(Mehrfachnennungen möglich)



Entsprechend der vertikalen Segregation kommt es zwischen Männern und Frauen zu folgenden Abweichungen: Ärzte wollen sich in höherem Maße selbst verwirklichen, viel Geld verdienen, finanziell unabhängig sein, Karriere machen und ein höheres gesellschaftliches Ansehen genießen als ihre Kolleginnen.

Lebensziele, differenziert nach dem angestrebten Tätigkeitsfeld

Die Wichtigkeit einzelner Lebensziele variiert je nach Tätigkeitsbereich der Mediziner. Die Unterschiede sind vor allem auf die Befragten zurückzuführen, die ihr Tätigkeitsfeld an

der Universität sowie außerhalb der kurativen Versorgung sehen. Die Antworten der Ärzte, die sich niederlassen bzw. im Krankenhaus arbeiten wollen, weichen untereinander vor allem im Hinblick auf drei Items ab: Für die Ärzte, die sich niederlassen wollen, ist es überdurchschnittlich wichtig, sich ihre Zeit selbst einteilen sowie sich selbst verwirklichen zu können; Karriere zu machen, ist für sie im Gegensatz zu ihren Kollegen im Krankenhaus weniger bedeutend.

Die Lebensziele der Befragten, die eine Universitätskarriere planen, weichen stark von denen der anderen Tätigkeitsbereiche ab. Obgleich sie von ihrer Gesamtheit her nur 6,2% aller Befragten ausmachen, ist ihr Antwortverhalten doch sehr interessant. So sind für sie alle Ziele, die mit den Faktoren Zeit für sich selbst, Familie und Freunde zusammenhängen, weniger wichtig als für die übrigen Antwortenden. Dies mag damit zusammenhängen, dass sie sich in einer Weiterqualifizierungsphase befinden und sich vornehmlich auf diesen Prozess konzentrieren. Deutlicher als die übrigen Befragten streben sie mit ihrer wissenschaftlichen Karriere unter anderem auch folgende Ziele an: sich selbst verwirklichen, Karriere machen, hohes Ansehen genießen und gesellschaftlichen Einfluss haben.

Dass sich die Befragten, die im Krankenhaus arbeiten sowie diejenigen, die eine wissenschaftliche Karriere planen, von den übrigen Befragten in ihren Lebenszielen stark unterscheiden, hängt von den Arbeitsplatzstrukturen bzw. den zeitlichen Freiräumen im Krankenhaus ab. Dies wird z. B. darin deutlich, dass es nur für zwei Drittel der Ärzte, die im Krankenhaus arbeiten wollen und solchen, die an ihrer wissenschaftlichen Karriere arbeiten, wichtiger ist als für die übrigen, sich die Zeit selbst einteilen zu können – ein Ziel, das bei einer Tätigkeit im Krankenhaus kaum zu realisieren ist.

Betrachtet man die Lebensziele der Befragten, die im nicht-kurativen, aber dennoch im medizinischen Bereich arbeiten bzw. tätig werden wollen, so beziehen sich ihre Lebensziele sehr stark auf ihre eigene Person bzw. ihr unmittelbares familiäres Umfeld. Alle Befragten aus dieser Gruppe streben eine glückliche Partnerschaft an. Überdurchschnittlich oft besteht der Wunsch, sich seine Zeit selbst einteilen, aber auch viel Geld verdienen zu können und gesellschaftlichen Einfluss zu haben.

Für die kleinste Gruppe der Befragten, die eine nicht-ärztliche Tätigkeit außerhalb des kurativen und medizinnahen Bereichs anstreben, steht die Ausübung einer interessanten Tätigkeit im Vordergrund. Sie wollen sich überdurchschnittlich oft selbst verwirklichen, viel Geld verdienen, Karriere machen, ein hohes Ansehen genießen sowie gesellschaftlichen Einfluss haben.

Differenzierung der Lebensziele nach der Variable Kinder im Haushalt

Vergleicht man die Lebensziele der Ärzte, bei denen Kinder bzw. keine Kinder im Haushalt leben, so lassen sich bei den Items „finanzielle Unabhängigkeit“ und „Zeit für die Familie“ Unterschiede feststellen. Letzteres Item ist für 97,8% der Mediziner mit Kindern im Gegensatz zu 88,3% der Befragten ohne Kinder von hoher Bedeutung. Finanziell unabhängig zu sein, streben 91,5% der kinderlosen Mediziner an im Gegensatz zu 83,4% ihrer Kollegen, die Kinder haben. Geht man in der Differenzierung der Lebensziele noch eine Stufe weiter und betrachtet diese Ergebnisse differenziert nach der Variablen Geschlecht, so ergeben sich neben mehreren Übereinstimmungen zwischen Frauen mit und ohne Kindern und Männern mit und ohne Kindern Unterschiede, die in der folgenden Tabelle abgelesen werden können.

Tabelle 9: Lebensziele der Befragten, differenziert nach dem Geschlecht sowie Kindern im Haushalt

Lebensziele	Weiblich		Männlich	
	mit Kindern	ohne Kinder	mit Kindern	ohne Kinder
Zeit für die Familie	98,6%	88,4%	97,1%	88,0%
Finanzielle Unabhängigkeit	78,6%	90,9%	87,1%	92,1%
Selbstverwirklichung	62,9%	68,0%	69,7%	75,9%
Viel Geld verdienen	32,5%	32,7%	42,1%	51,5%
Karriere machen	12,7%	21,8%	30,6%	36,5%
Hohes Ansehen	18,3%	18,6%	23,9%	26,8%
Gesellschaftlicher Einfluss	16,0%	13,1%	16,8%	20,9%

Auf den ersten Blick fällt auf, dass für fast alle Ärztinnen und Ärzte mit Kindern das Lebensziel „Zeit für die Familie“ von großer Wichtigkeit ist. Auch für die kinderlosen Mediziner und Medizinerinnen ist dies ein wichtiges Lebensziel, dennoch ist für sie ihre finanzielle Unabhängigkeit noch etwas wichtiger. Das mag darauf zurückzuführen sein, dass sie in ihrem aktuellen Lebensabschnitt stärker auf sich selbst bezogen sind und somit auch Ziele wie die Möglichkeit zur Selbstverwirklichung wichtiger sind als bei ihren Kollegen und vor allem bei ihren Kolleginnen mit Kindern. Die Tatsache, dass für Frauen mit Kindern finanzielle Unabhängigkeit deutlich weniger wichtig ist, hängt vermutlich damit zusammen, dass ihr Lebenspartner ebenfalls berufstätig ist und die finanzielle Absicherung der Familie nicht so sehr auf ihnen lastet.

Wie aus Tabelle 9 hervorgeht, sind Items, die sich auf den Beruf beziehen, entsprechend der vertikalen Segregation bei Ärzten von größerer Bedeutung als bei den Ärztinnen. Zwar sind Medizinerinnen ohne Kinder stärker an einer beruflichen Karriere interessiert als ihre Kolleginnen mit Kindern. Dennoch ist auch ihr Karriereinteresse deutlich geringer als das ihrer männlichen Kollegen: 21,8% (der Frauen ohne Kinder) zu 30,6% der Männer mit Kindern bzw. zu 36,5% der Männer ohne Kinder. Das geringere Interesse bei Ärztinnen an einer beruflichen Karriere führt Abele auf deren Erfahrungen im Krankenhaus zurück. Gemäß dem Konzept der Selbstselektion lassen sich Abeles Untersuchungsergebnisse erklären: „Ärztinnen werden trotz gleicher Leistungen im Laufe der Zeit entmutigt oder entmutigen sich selbst. Dies gilt nicht nur für Mütter kleiner Kinder ... Es gilt auch für diejenigen kinderlosen Ärztinnen, die sich genauso einsetzen wie ihre männlichen Kollegen, ihre Chancen aber pessimistischer sehen und anfangen, an ihrer Kompetenz zu zweifeln“ (Abele 2001, S. A 3011). Eine andere Erklärung für dieses Verhalten mag nach Ausführungen von Buddeberg-Fischer darin liegen, dass Frauen ohne Kinder sich karrieremäßig nicht festlegen wollen, da sie sich die Option auf Kinder offen halten wollen.

9.2 Privatleben und Beruf

9.2.1 Weiterbildungsverlauf mit Kindern im Haushalt

Betrachtet man den bisherigen Berufsverlauf von den Befragten, so scheint es für Ärztinnen schwieriger zu sein, Familie und Beruf zu verbinden. Für sie verlängern sich die Weiterbildungszeiten und der Berufseintritt erfolgt später.

Von den 511 Ärztinnen, in deren Haushalt Kinder leben, hatten 71,2% Probleme bei ihrer Weiterbildung zum Facharzt. So verzögerte sich bei 35,4% die Weiterbildung, 31,7% unterbrachen sie und 4,1% gaben sie ganz auf. Schlüsselte man diese drei Personengruppen anhand der Variable Geschlecht auf, so ergibt sich folgende Verschiebung:

- Während 76,7% der Ärztinnen angaben, dass sich ihre Weiterbildung durch die Kinderbetreuung verzögert habe, kam es bei nur 18,0% der Ärzte mit Kindern zu einer Verlängerung der Weiterbildung.
- Wegen Kinderbetreuung unterbrachen 74,1% der Frauen ihre Weiterbildung; dies taten aber nur 5,8% der Männer.
- Aufgrund von Kinderbetreuung wurde die Weiterbildung von 15,4% der Frauen ganz abgebrochen, aber nur von 0,9% der Männer mit Kindern.

Interessant wäre es, herauszufinden, inwiefern es bei den Betroffenen nicht nur zu Verzögerungen, Unterbrechungen und Abbrüchen, sondern auch zu Umentscheidungen bezüglich ihres zu Studienbeginn gewählten Tätigkeitsfeldes kam.

9.2.2 Familienkonforme Arbeitszeiten

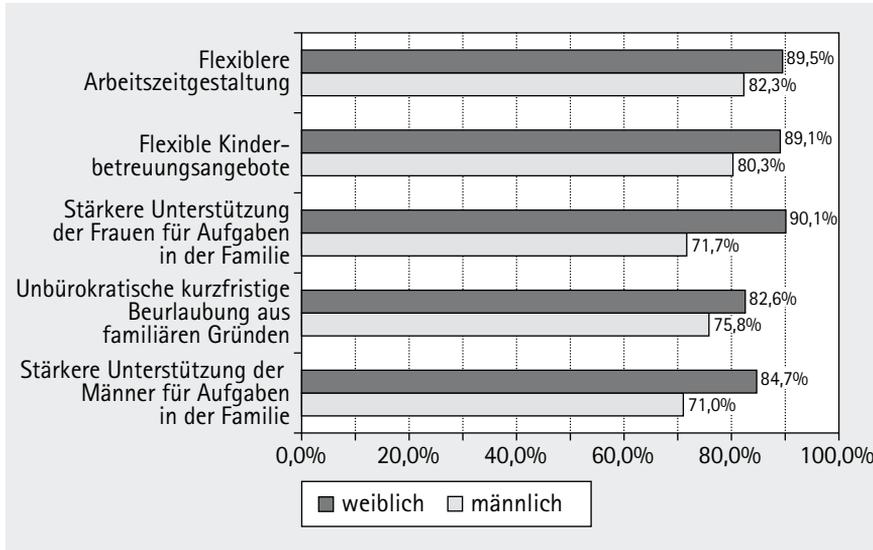
Die Befragten wurden aufgefordert, verschiedene vorgegebene Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Kinderbetreuung und Beruf zu bewerten:

- Für ca. 85% der Befragten wären flexiblere Arbeitszeiten und flexiblere Kinderbetreuungszeiten wichtig.
- Eine stärkere Unterstützung von Frauen ist für 80,6% der Befragten bedeutsam; 77,6% plädierten für eine Unterstützung von Männern, wenn diese Aufgaben in der Familie wahrnehmen wollen.
- 79,1% der Befragten wünschen sich, dass sie sich aus familiären Gründen kurzfristig unbürokratisch beurlauben lassen können.

In der nachfolgenden Abbildung wird das Antwortverhalten auf die Frage nach den sehr wichtig bzw. wichtig¹³ erscheinenden Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in geschlechtsspezifisch differenzierter Form dargelegt. Ärztinnen schätzen alle fünf Maßnahmen wichtiger ein als ihre männlichen Kollegen, weil vermutlich die Hauptlast der Kinderversorgung bei ihnen liegt.

¹³ Noch deutlicher unterscheidet sich die Einschätzung der vorgegebenen Maßnahmen zwischen den Geschlechtern, wenn nur die Bewertung mit „sehr wichtig“ betrachtet wird.

Abbildung 13: Gewünschte familienkonforme Maßnahmen, differenziert nach dem Geschlecht



10 Suchverhalten und Dauer der Suche nach einer Facharztstelle

Zur Beurteilung möglicher Zäsuren bzw. zeitlicher Verzögerungen in der ärztlichen Weiterbildung wurden die Mediziner zu ihrem Suchprozess nach einer Stelle für das gewählte Facharztgebiet befragt. Während 90,1% der Antwortenden gleich nach der Approbation eine Stelle zur Weiterbildung zum Facharzt suchten, gaben 99 bzw. etwa 10% der Personen (davon zwei Drittel Frauen) an, dies nicht gleich im Anschluss an die AiP-Zeit getan zu haben. Obgleich es sich hier um eine kleine Gruppe handelt, soll deren Entscheidungsprozess näher dargestellt werden, weil der Verzicht auf die Weiterbildung nach der Approbation in den Medien problematisiert wird.

Gründe, die Weiterbildung zum Facharzt nicht anzutreten, sind sowohl im persönlichen wie auch im beruflichen Bereich zu finden. 31,3% dieser Personengruppe, fast ausschließlich Ärztinnen, nutzten diese Phase im Weiterbildungsverlauf für eine Familienpause. Ein weiteres Drittel (davon 64,5% Frauen) war unschlüssig über die weiteren beruflichen Ziele und gab an, diese Zeit zur eigenen Orientierung benötigt zu haben. Neben weiteren 17,1% der Mediziner, welche zunächst einmal Abstand vom Krankenhausstress nehmen

wollten, war für 20,2% (11 Männer und 9 Frauen) nach der Approbation klar, dass sie keine ärztliche Tätigkeit mehr ausführen wollten.

Zum Zeitpunkt der Befragung hatten 51 Personen dieser Gruppe (davon 56,6% Frauen) jedoch eine Weiterbildung zum Facharzt aufgenommen. Die Personen, die sich sofort nach der AiP-Zeit um eine Qualifikationsstelle bewarben, suchten im Durchschnitt 2,15 Monate nach einem geeigneten Weiterbildungsplatz für das angestrebte Fachgebiet. Gingen 52,5% dieser Gruppe direkt in diesen Weiterbildungsabschnitt über, so hatten nach drei Monaten bereits über vier Fünftel, nach sechs Monaten 93,0% und nach einem Jahr 97,7% eine entsprechende Stelle gefunden. Differenziert man die Suchdauer nach dem Geschlecht, so fällt auf, dass 50,9% der Frauen und 54,0% der Männer die Weiterbildung zum Facharzt sofort nach der AiP-Zeit beginnen konnten.

11 Struktur des Arbeitsplatzes zu Beginn der Weiterbildung und zum Erhebungszeitpunkt

11.1 Struktur des gewählten Arbeitsplatzes zu Beginn der Weiterbildung

Versorgungstyp des Krankenhauses zu Beginn der Facharztweiterbildung

Betrachtet man die Krankenhäuser, an denen die Befragten ihre Weiterbildung begannen, so ergibt sich folgende Verteilung: 30,6% der Antwortenden begannen ihre Weiterbildung zum Facharzt in einer Universitätsklinik, 28,9% in einem Krankenhaus der Maximal-/Schwerpunktversorgung, 27,3% in einem Krankenhaus der Grund-/Regelversorgung und 13,2% in einem Fachkrankenhaus.

Werden die Ergebnisse nach dem Geschlecht bzw. dem zum Befragungszeitpunkt anvisierten Tätigkeitsbereich differenziert, so ergibt sich folgendes Bild: Ärztinnen konzentrierten sich eher auf die beiden letztgenannten Versorgungstypen, wohingegen ihre männlichen Kollegen überproportional oft an einem Universitätsklinikum ihre Weiterbildung begannen (24,8% der Frauen und 35,6% der Männer). Während das Gros der eine wissenschaftliche Laufbahn anstrebenden Mediziner im Universitätsklinikum begann, waren anfangs 37,8% der eine Niederlassung anvisierenden Ärzte in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung sowie 34,2% der angehenden Klinikärzte in einem Krankenhaus der Maximal- und Schwerpunktversorgung tätig.

Größe des Krankenhauses zu Beginn der Facharztweiterbildung

Die Analyse der Krankenhäuser nach ihrer Größe (Bettenzahl) und dem Anteil der Ärzte nach der Variable Geschlecht ergibt folgende Verteilung: Absolvierte ein Großteil der Befragten die Weiterbildung in einer kleinen Klinik mit bis zu 300 Betten (35,4%), so sind dort 42,9% der angehenden Fachärztinnen, aber nur 29,0% der Fachärzte tätig. Daneben begannen 21,4% der Antwortenden ihre Weiterbildung zum Facharzt in Kliniken mit 301 bis 600 Betten und 18,6% in Institutionen mit 601 bis 1.000 Betten. Mit zunehmender Bettenzahl ist festzustellen, dass der Anteil der Facharztaspirantinnen sukzessive sinkt und Krankenhäuser mit mehr als 1.000 Betten (24,6%) nur noch von 20,4% der Frauen, aber von 28,0% der Männer zu Beginn der Weiterbildung gewählt wurden.

11.2 Analyse der Wanderungsbewegungen und der Krankenhausstruktur zum Erhebungszeitpunkt

Im Folgenden soll die Wanderungsbewegung derjenigen Ärzte dargestellt werden, die im Laufe ihrer Weiterbildung ihr anfänglich gewähltes Krankenhaus verlassen haben. Obgleich nicht ermittelt werden kann, ob dieser Wechsel freiwillig, d.h. gezielt, oder weniger freiwillig aufgrund eines nicht weiter verlängerten befristeten Vertrags erfolgte, ist es interessant zu sehen, in welches Krankenhaus nach Versorgungstyp und Größe die Ärzte und Ärztinnen wechselten.

Untersucht man den Krankenhaustypus zu Beginn der Weiterbildung zum Facharzt und zum Erhebungszeitpunkt, bis zu dem gut ein Drittel gewechselt hat, so sind folgende Veränderungen insgesamt und nach dem Geschlecht differenziert aus Tabelle 10 ersichtlich:

Tabelle 10: Wechselbewegungen und Krankenhausstruktur, differenziert nach dem Geschlecht

	Frauen		Männer	
	Krankenhaustyp zu Beginn der Facharztweiterbildung	Krankenhaustyp zum Erhebungszeitpunkt	Krankenhaustyp zu Beginn der Facharztweiterbildung	Krankenhaustyp zum Erhebungszeitpunkt
Versorgungstyp				
Universitätsklinik	24,5%	15,2%	29,4%	26,5%
Krankenhaus Maximal-/Schwerpunktversorgung	29,3%	26,9%	24,7%	33,7%
Krankenhaus Grund-/Regelversorgung	26,5%	34,5%	29,9%	25,0%
Fachkrankenhaus	19,7%	23,4%	16,0%	14,8%
Insgesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Krankenhausgröße				
bis 300 Betten	40,2%	40,6%	38,0%	30,5%
301–600 Betten	25,8%	31,6%	24,5%	25,1%
601–1000 Betten	15,2%	12,0%	14,7%	20,3%
ab 1001 Betten	18,9%	15,8%	22,8%	24,1%
Insgesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

- Beiden Geschlechtern ist gemeinsam, dass sie nach dem Krankenhauswechsel in geringerem Maße in Universitätskliniken weiterarbeiten.
- Begannen 53,8% der Medizinerinnen ihre Weiterbildung zum Facharzt an einer Universitätsklinik sowie einem Krankenhaus der Maximal- oder Schwerpunktversorgung, so arbeiten zum Erhebungszeitpunkt nur noch 42,1% in diesen Einrichtungen. Dieser Rückgang ist vor allem auf die deutliche Abnahme (- 9,3%) bei den Universitätskliniken zurückzuführen. Bei ihren männlichen Kollegen ist dagegen ein Zuwachs zu verzeichnen.
- Deutlich zugenommen hat dagegen der Anteil der Frauen in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, in geringem Maße auch in Fachkliniken, in Krankenhäusern mit kleiner Bettenzahl (bis zu 600 Betten), wo die Versorgung des Patienten

eine stärkere Rolle spielt als die medizinische Forschung. Bei den Männern ist dagegen eine Abnahme zu verzeichnen.

- Betrachtet man die Größe der Krankenhäuser, definiert nach der Bettenzahl, so arbeiten zum Erhebungszeitpunkt 72,2% der Ärztinnen und nur 55,6% der Ärzte in Krankenhäusern bis zu 600 Betten.

Ob diese Entwicklung auf die unterschiedlichen Berufs- und Karrierepläne der Ärztinnen und Ärzte oder auf die Personal- und Stellenbesetzungspolitik der großen Krankenhäuser zurückzuführen ist, kann nicht beantwortet werden. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Kaiser in seiner empirischen Untersuchung für Hessen, Rheinland-Pfalz und das Saarland (vgl. Kaiser 2002, S. 14).

Betrachtet man den Arbeitsplatz zum Erhebungszeitpunkt nach dem angestrebten Berufsziel differenziert, ergeben sich folgende Unterschiede: Personen, die eine Niederlassung anstreben, fingen ihre Weiterbildung überproportional in kleineren Krankenhäusern, insbesondere der Grund- und Regelversorgung an und wandten sich im Laufe der Zeit verstärkt kleineren Fachkliniken zu. Befragte, die später im Krankenhaus arbeiten wollen, gingen anfangs oft an mittelgroße Kliniken, besonders der Maximal- und Schwerpunktversorgung.

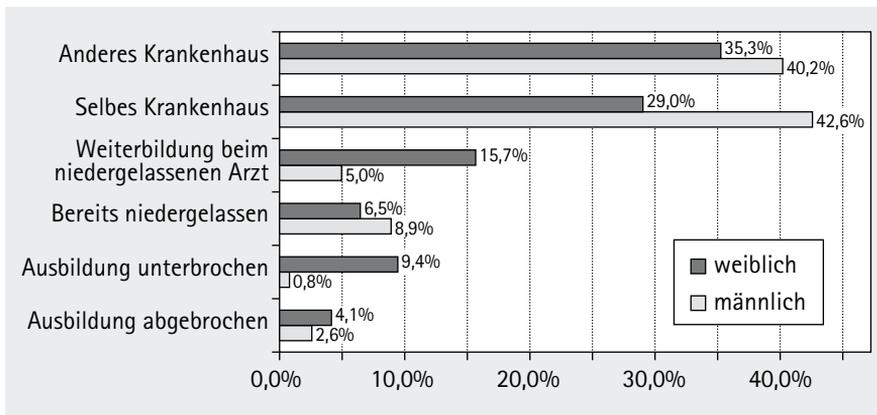
12 Stand des Weiterbildungsstatus und Tätigkeitsort

Da die befragte Kohorte approbierter Ärzte zum Befragungszeitpunkt weitgehend am Ende ihrer Weiterbildung zum Facharzt und somit ihrer langjährigen medizinischen Qualifikationszeit steht bzw. diese bereits beendet hat, ist es interessant, die Beschäftigungssituation zum Erhebungszeitpunkt zu betrachten.

41,2% der 987 Mediziner und Medizinerinnen gaben auf die Frage nach ihrer Beschäftigungssituation zum Befragungszeitpunkt an, die Weiterbildung zum Facharzt bereits beendet zu haben. Während 1,0% Prozent aller Befragten eine zweite Facharztweiterbildung anstrebt, befindet sich die weitaus größte Gruppe der Befragten (57,9%) noch im Weiterbildungsprozess. Bei den Antwortenden zeichnen sich klare Unterschiede zwischen den Geschlechtern ab: Stehen noch fast zwei Drittel der Frauen in der Weiterbildung zur Fachärztin, so sind bereits 46,6% der Männer fertige Fachärzte.

Auf die Frage nach ihrer institutionellen Einbindung zum Befragungszeitpunkt gaben 74,1% der 942 Antwortenden an, im Klinikbereich tätig zu sein, entweder im selben Krankenhaus wie zu Beginn ihrer Weiterbildung zum Facharzt oder in einer anderen Klinik. Daneben führen 9,9% (n = 101) ihre Weiterbildung bei einem niedergelassenen Arzt durch, 7,9% praktizieren bereits als niedergelassene Ärzte. Zum Befragungszeitpunkt hat ein geringer Anteil der Antwortenden eine Weiterbildung zum Facharzt unterbrochen (46 Personen: 4,9%) bzw. endgültig abgebrochen (31 Personen: 3,3%). Die nachfolgende Abbildung zeigt den derzeitigen Tätigkeitsort und Weiterbildungsstatus nach dem Geschlecht differenziert.

Abbildung 14: Weiterbildungsstatus und Tätigkeitsort zum Erhebungszeitpunkt, differenziert nach dem Geschlecht



Der Abbildung 14 können deutliche Abweichungen zwischen Männern und Frauen in Bezug auf ihren ärztlichen Tätigkeitsbereich zum Befragungszeitpunkt sowie einer Unterbrechung der Weiterbildung entnommen werden. Betrachtet man das Tätigkeitsfeld Krankenhaus, so sind folgende Tendenzen zu beobachten:

- Insgesamt arbeiten deutlich mehr Männer (82,8%) als Frauen (64,3%) im Krankenhaus.
- Frauen (29,0%) arbeiten in einem weitaus geringeren Umfang als ihre männlichen Kollegen an ihrem ersten Ausbildungs Krankenhaus (42,6%).

Für diese Entwicklung, die bei Ärztinnen zum Wechsel vom ersten Krankenhaus führte, können folgende Gründe maßgeblich sein:

- Arbeitsplatzorientierte Gründe: Entsprechend der Fremdselektion durch den Arbeitgeber ist es möglich, dass Frauen das Krankenhaus wechselten, da ihr Vertrag auslief und nicht verlängert wurde. Es ist aber auch möglich, dass die Erfahrungen, die Frauen während der AiP-Zeit gemacht hatten, entsprechend ihrer Selbstselektion dazu führten, dass sie ihre Erwartungen bezüglich des gewählten Fachs oder ihres Tätigkeitsbereichs reduzierten und somit die Facharztrichtung und/oder das Tätigkeitsfeld wechselten.
- Gründe wie z. B. größere Praxisnähe bewogen sie möglicherweise, ihre Weiterbildung bei einem niedergelassenen Kollegen durchzuführen.

Dass die familiäre Situation den Karriereverlauf von Ärztinnen beeinflusst, wird durch folgende Datenlage belegt: 88,2% der Frauen, die ihre Weiterbildung bei einem niedergelassenen Arzt durchführen und 85,4% der Ärztinnen, die ihre Weiterbildung derzeit unterbrechen, haben Kinder.

Fasst man diese Ergebnisse zusammen, so wird deutlich, dass bei einem immer höher werdenden Anteil von Frauen an den gesamten berufstätigen Medizinern in Verbindung mit gleich bleibenden Arbeitsplatzstrukturen im Krankenhaus und gleich bleibenden Karriere- bzw. Lebensplanungskonzepten der Frauen mit einem geringeren Ärztepotential im stationären Bereich zu rechnen ist. Ärztinnen stehen der medizinischen Versorgung unter Umständen erst nach einer mehrjährigen Kinderpause wieder zur Verfügung.¹⁴

13 Arbeitsplatzsituation im Krankenhaus

Wie eingangs bereits erwähnt, liegt ein Schwerpunkt der Untersuchung in der Analyse des Arbeitsplatzes im Krankenhaus. Zur Einschätzung der Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus wurden 638 Ärzte (69,1% aller Befragten) befragt, die sich in ihrer Weiterbildung zum Facharzt befanden bzw. diese schon abgeschlossen hatten und im Krankenhaus tätig waren. Die Fragen bezogen sich auf ihre Arbeitsplatzsituation, die Arbeitsbedingungen und die Motive für die Wahl ihrer derzeitigen Stelle sowie ihre Arbeitszufriedenheit. Alle übrigen Befragten, d. h. diejenigen, die sich bereits niedergelassen bzw. ihre Weiterbildung unterbrochen oder abgebrochen haben oder im nicht-kurativen Bereich

¹⁴ Vgl. dazu auch die Berechnung von Ackermann-Liebrich in Kapitel 1.3.3.

arbeiten, wurden bei diesem Fragenkomplex ausgeklammert. In Kapitel 8.1 wurde gezeigt, dass Frauen im Verhältnis zu den männlichen Medizinerinnen ihr berufliches Ziel weniger stark im stationären Bereich sehen, was durch den Männeranteil von 60,0% der derzeit im Krankenhaus tätigen und unter Umständen noch ihre Weiterbildung zum Facharzt absolvierenden Ärzte zum Ausdruck kommt.

13.1 Arbeitsvertrag und Arbeitszeiten im Krankenhaus

Befristung des Arbeitsverhältnisses und zeitliche Vertragsgestaltung

Knapp ein Viertel der befragten Teilgruppe gab an, einen unbefristeten Arbeitsvertrag zu haben. 74,1% stehen in einem befristeten Arbeitsverhältnis, welches wiederum bei 30,4% von ihnen auf weniger als zwei Jahre, bei 53,8% zwischen zwei und vier Jahren sowie bei 15,8% über vier Jahre terminiert ist.

Differenziert man diese Daten nach dem Geschlecht, so wird ersichtlich, dass im Verhältnis mehr Männer (65,2%) als Frauen unbefristet angestellt sind. Zudem ergeben sich deutliche Unterschiede in der Befristungsdauer: Ist die Tätigkeit von Ärztinnen zeitlich in stärkerem Maße auf zwei Jahre oder weniger begrenzt, so können die männlichen Mediziner eher auf einer längerfristig angelegten Stelle arbeiten bzw. ihren Facharzt anstreben. Es ist davon auszugehen, dass sich die Weiterbildung zur Fachärztin verlängert.

Arbeiten 8,7% aller zum Befragungszeitpunkt im Krankenhaus Tätigen auf Teilzeitbasis, so zeigt eine Differenzierung nach dem Geschlecht eine mit 18,0% erheblich höhere Teilzeitquote der Medizinerinnen. Betrachtet man diese Daten nach der Variablen Kinder, so wird ersichtlich, dass drei Viertel der Teilzeitstellen von Medizinerinnen mit Kindern besetzt sind.

Wöchentliche Arbeitszeit im Krankenhaus

Die Befragten wurden zudem um eine Einschätzung ihrer effektiven Wochenarbeitszeit gebeten. Wie aus der folgenden Tabelle entnommen werden kann, ist die Mehrzahl der Antwortenden zwischen 40 und 50 Stunden pro Woche im Krankenhaus tätig. Ärztinnen verbringen dabei tendenziell eher weniger Wochenarbeitsstunden in der Klinik als ihre männlichen Kollegen, was mit der höheren Teilzeitquote bei Frauen zusammenhängen dürfte. Insofern sind diese Ergebnisse mit den Daten von Kaiser (*vgl. Kaiser 2002, S. 18*) nicht unmittelbar zu vergleichen, da er in der Darstellung der wöchentlichen Arbeitszeit

von einer Vollzeitbeschäftigung bei Assistenzärzten ausgegangen ist. Vergleicht man die vollzeitbeschäftigten Assistenzärzte in seiner Studie mit den Medizinern in der vorliegenden Untersuchung, die 40 Stunden und mehr arbeiten, so scheinen die befragten Ärzte aus Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland länger zu arbeiten als ihre bayerischen Kollegen. Dies mag unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass der Anteil der Ärztinnen in Kaisers Untersuchung nur ein Drittel ausmachte, die vorliegende Studie jedoch einen Frauenanteil von 40,0% an Ärztinnen im stationären Bereich aufweist.

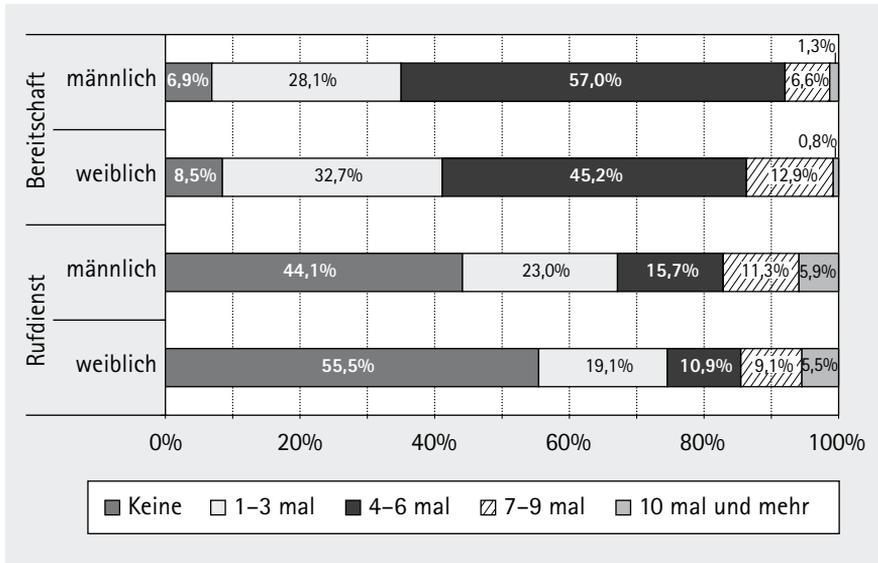
Tabelle 11: Persönlich geschätzte Wochenarbeitszeit der Beschäftigten im stationären Bereich, differenziert nach dem Geschlecht sowie Kindern im Haushalt

	Gesamt- antworten	Männer	Frauen		
			insgesamt	ohne Kinder	mit Kindern
bis 20 Stunden	1,7%	0,5%	3,5%	1,1%	8,6%
20–30 Stunden	4,7%	1,5%	9,6%	2,2%	25,9%
31–40 Stunden	12,8%	10,5%	16,2%	15,1%	18,5%
41–45 Stunden	30,8%	29,2%	33,5%	35,2%	29,6%
46–50 Stunden	24,9%	28,9%	18,8%	22,3%	11,1%
51–55 Stunden	12,1%	13,5%	10,0%	12,8%	3,7%
56 Stunden und mehr	13,0%	16,0%	8,5%	11,2%	2,5%

Anzahl der Bereitschafts- und Rufdienste pro Monat sowie deren Kompensation

Zur umfassenden Abbildung der Arbeitssituation in der Klinik wird des Weiteren die Häufigkeit der monatlichen Zusatzdienste betrachtet. Dabei gaben 579 Personen an, Bereitschaftsdienst zu haben. Mit 57% dieser Antwortenden liegt der Schwerpunkt auf vier bis sechs Bereitschaftsdiensten pro Monat, knapp 8% geben an, monatlich mehr als sieben Mal Bereitschaft zu haben, der Rest hat weniger als vier Dienste. Frauen leisten zwar einerseits weniger Bereitschaftsdienste, es gibt allerdings eine kleine Gruppe von knapp 13%, die auf sieben bis neun Bereitschaftsdienste pro Monat kommt, während der Anteil der Männer in diesem Segment nur knapp 8% beträgt.

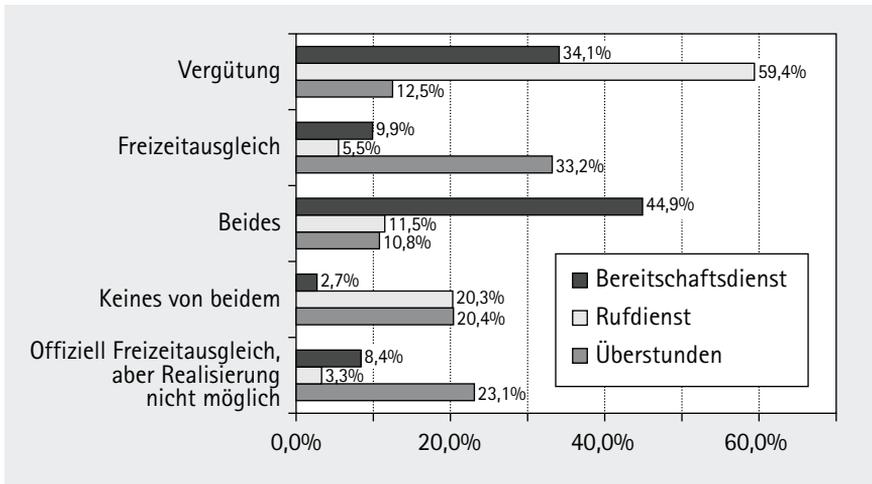
Abbildung 15: Pro Monat geleistete Bereitschafts- und Rufdienste, differenziert nach dem Geschlecht



Während mehr als die Hälfte der Befragten keine Angaben zur Anzahl ihrer monatlichen Rufdienste machte, ist bei der Gruppe der Ärzte, die auf diese Frage antworteten (314 Personen) festzuhalten, dass 48,1% keine, 21,7% ein bis drei, 14,0% vier bis sechs, 10,5% sieben bis neun und 5,7% mehr als zehn monatliche Rufdienste leisten. Ärztinnen und angehende Allgemeinmediziner mit Kindern haben durchweg weniger solche Dienste. Fasst man die Bereitschafts- und Rufdienste zusammen, entsprechen die Ergebnisse dieser Studie weitgehend den empirischen Daten der von Kaiser durchgeführten Untersuchung in Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland (vgl. Kaiser 2002, S. 22 f.).

Eine allgemeine Übersicht über die Kompensation für die geleisteten Bereitschafts- und Rufdienste sowie für Überstunden bietet die folgende Abbildung.

Abbildung 16: Kompensationsarten für geleistete zusätzliche Dienste und Überstunden

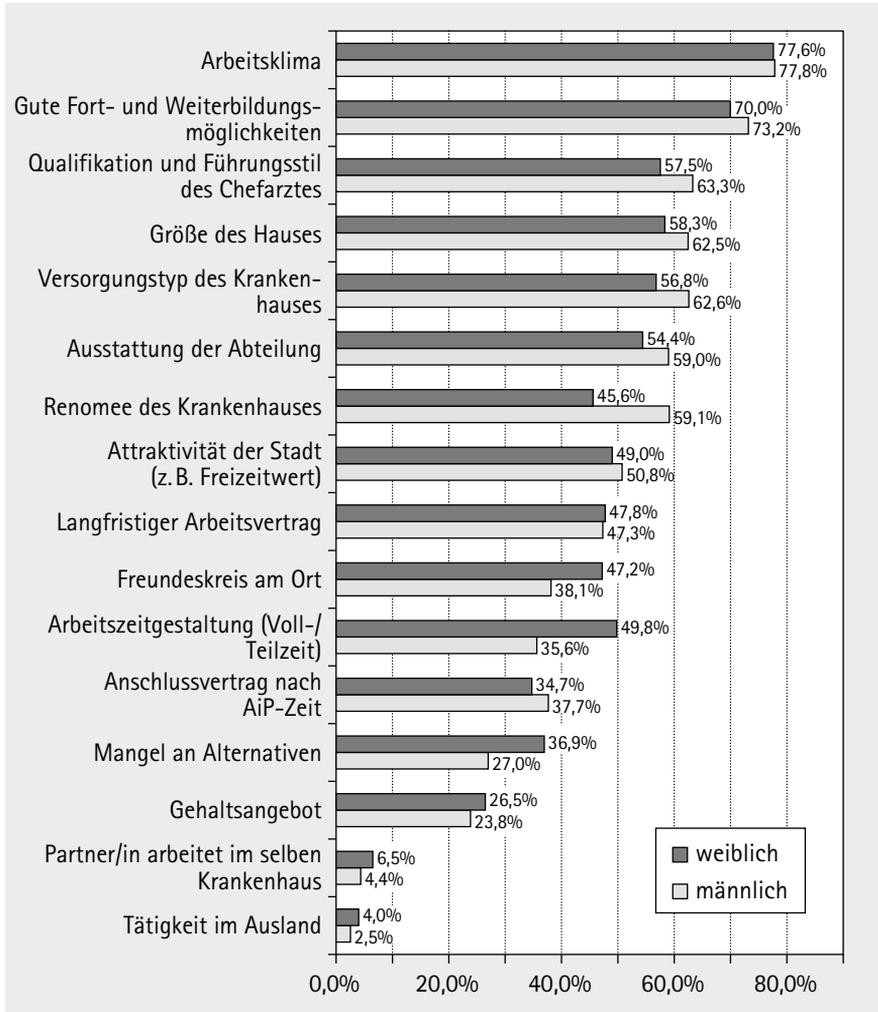


Bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung der Antworten fällt vor allem in Bezug auf den Rufdienst auf, dass dieser von Männern eher als eine zusätzliche Einkommensquelle angesehen wird, wohingegen Ärztinnen neben der Vergütung verstärkt auch einen Ausgleich in Form von freien Tagen bevorzugen.

13.2 Gründe für die Wahl der Arbeitsstelle im Krankenhaus zum Erhebungszeitpunkt

Auf die Frage nach den Beweggründen, die zur Entscheidung für den Arbeitsplatz im Krankenhaus zum Befragungszeitpunkt führten, wurden folgende Gründe genannt: Sehr wichtige bzw. wichtige Entscheidungsgrundlagen für ihre Arbeitsstelle im Krankenhaus scheinen für mehr als 70% der Antwortenden ein gutes Arbeitsklima sowie intensive Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu sein. Mehrheitlich werden auch die Qualifikation und der Führungsstil des Chefarztes, die Größe, Ausstattung, das Renommee und der Versorgungstyp des Krankenhauses sowie die Attraktivität bzw. der Freizeitwert der Stadt genannt. Bedeutsam für die Wahl der heutigen Stelle im stationären Bereich, aber weniger gewichtig als die genannten Motive, sind arbeitsvertragliche Regelungen (z. B. Befristung, Möglichkeit der Voll-/Teilzeitarbeit) sowie der örtliche Freundeskreis; die zuletzt genannten Gründe waren insbesondere für Medizinerinnen wichtiger.

Abbildung 17: Entscheidungsgründe für eine Stelle im Krankenhaus, differenziert nach dem Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)



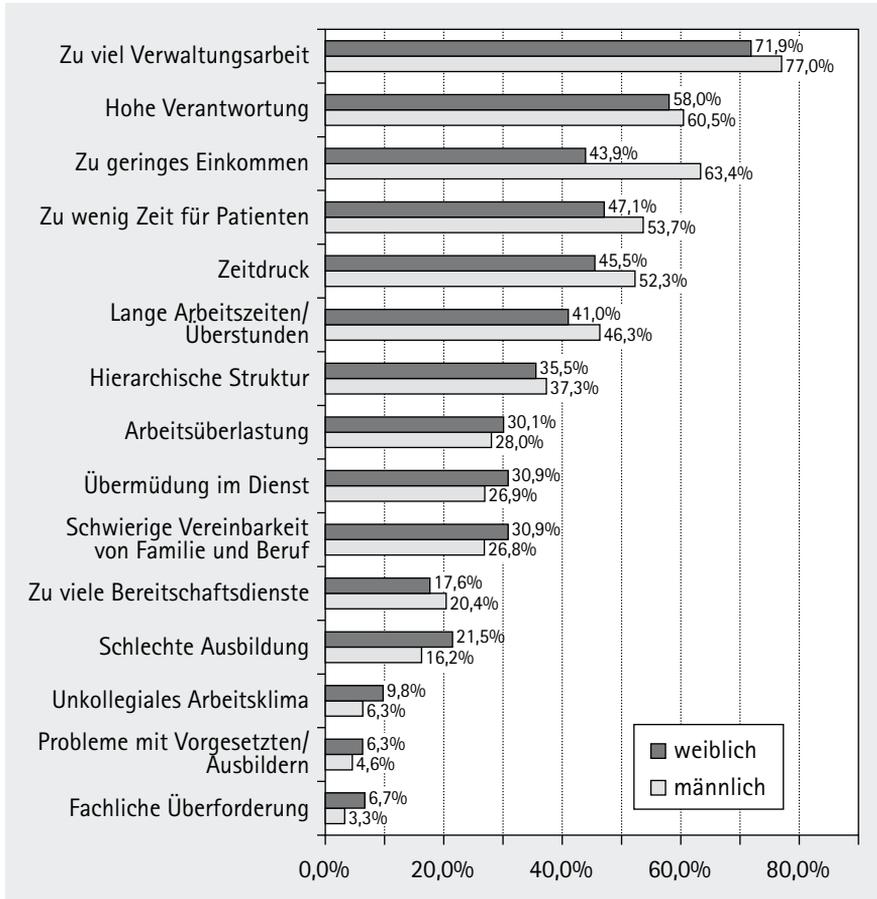
Bei einer Differenzierung der Ergebnisse nach zukünftigen Tätigkeitsfeldern sind wesentliche Unterschiede im Wahlverhalten besonders bei den Personen festzustellen, die ihre berufliche Zukunft in der Medizinforschung sowie der universitären Lehre sehen. Sie achten verstärkt auf institutionelle sowie personenbezogene Renommee- bzw. Prestigefaktoren sowie gute Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung.

13.3 Arbeitsplatzbedingungen und Arbeitsplatzzufriedenheit im Krankenhaus

Vergleich der Arbeitsbedingungen zum Befragungszeitpunkt und während der AiP-Zeit

Von den Items, welche die Arbeitsplatzsituation im Krankenhaus zum Befragungszeitpunkt widerspiegeln, wird von drei Vierteln der Antwortenden das hohe Maß an Verwaltungstätigkeiten, gefolgt von der hohen Verantwortung, genannt (vgl. Abbildung 18). Etwa die Hälfte der angehenden Ärzte moniert die geringe Bezahlung, zu wenig Zeit für die Patienten, den großen Zeitdruck im Allgemeinen, aber auch die langen Arbeitszeiten und Überstunden im Besonderen. Zu gleichen Ergebnissen kommt Kaiser in der von ihm durchgeführten Erhebung: „Insgesamt wurde von der großen Mehrheit aller Krankenhausärzte zu viel Verwaltungsarbeit, Arbeitsüberlastung, Zeitdruck, zu wenig Zeit für Patienten und lange Arbeitszeit als besonders unangenehm in ihrer augenblicklichen Tätigkeit erlebt“ (vgl. Kaiser 2002, S. 36). Etwa ein Drittel der Befragten klagte über Arbeitsüberlastung und demzufolge über Übermüdung im Dienst. Ebenfalls ein gutes Drittel stufte das Arbeitsumfeld als hierarchisch strukturiert ein. Die Schwierigkeit, Familie und Beruf zu verbinden, betrifft nur für ein gutes Viertel der Befragten.

Abbildung 18: Bewertung der Tätigkeit im Krankenhaus, differenziert nach dem Geschlecht (Mehrfachnennungen möglich)



Vergleicht man diese Arbeitsplatzbewertung mit der Arbeitsplatzsituation zu der Zeit, als die Befragten noch als AiP arbeiteten (Kapitel 7.1), so ergaben sich folgende Veränderungen:

- Deutlich abgenommen hat die Klage über ein zu geringes Einkommen im Verhältnis zur geleisteten Arbeit sowie über zu lange Arbeitszeiten, zu viele Überstunden, den Zeitdruck allgemein, die Arbeitsüberlastung, hierarchische Struktur und fachliche Überforderung. Zudem waren weniger Mediziner der Meinung, zu viele Bereitschaftsdienste leisten zu müssen.

- Zugunommen haben dafür die Verwaltungsarbeit und das Gefühl, zu wenig Zeit für den Patienten zu haben.
- Die anderen Bewertungskriterien, welche auch in Abbildung 6 genannt sind, haben nur geringe Veränderungen erfahren.

Arbeitsplatzbedingungen, differenziert nach dem Geschlecht

Zum Befragungszeitpunkt kommt es zwischen den Geschlechtern bezüglich der Einschätzung der Arbeitsplatzbedingungen im Krankenhaus zu Abweichungen (vgl. Abbildung 18). Eine sehr unterschiedliche Bewertung erfährt insbesondere das Item „Zu geringes Einkommen“. Wurde die Entlohnung nur von 43,9% der Frauen als verhältnismäßig gering eingestuft, so beklagten die Männer diesen Umstand weitaus stärker (63,4%). Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass die befragten Männer häufiger in der Altersgruppe ab 34 Jahren vertreten sind und bereits Familie haben. Männer klagen darüber hinaus stärker als Frauen, dass sie zuviel Verwaltungsarbeit und dementsprechend zu wenig Zeit für die Patienten haben, des Weiteren über den generellen Zeitdruck, lange Arbeitszeiten und Überstunden. Andererseits berichten 30,9% der Frauen – und damit mehr als Männer – über Schwierigkeiten, Familie und Beruf zu vereinbaren und von Übermüdigungserscheinungen während ihrer Arbeit. Ein Fünftel der Ärztinnen ist mit dem Qualifikationsprozess am Krankenhaus nicht zufrieden. Inwiefern es sich dabei um inhaltliche Kritik oder aber um die Tatsache handelt, dass sie zu kurze Arbeitsverträge haben sowie seltener zu den für sie im Weiterbildungskatalog vorgeschriebenen Operationen kommen, kann leider nicht geklärt werden.

Allgemeine Arbeitsplatzzufriedenheit

Auf die Frage nach ihrer allgemeinen Zufriedenheit mit der Tätigkeit zum Befragungszeitpunkt gaben 8,5% der Antwortenden an, mit ihrer Arbeit im Krankenhaus sehr zufrieden zu sein, 40,0% waren zufrieden. 38,1% äußerten sich weder positiv noch negativ; 8,6% sind mit der Arbeitssituation im klinischen Bereich weniger und 4,8% gar nicht zufrieden. Bei der Zusammenfassung der Ausprägungen „sehr zufrieden“ und „zufrieden“ zeigt eine Differenzierung nach dem Geschlecht, dass Frauen (51,5%) mit ihrer Arbeit allgemein zufriedener sind als ihre männlichen Kollegen (46,4%). Dies fand auch Kaiser in seiner Untersuchung heraus (vgl. Kaiser 2002, S. 32).

14 Ort der zukünftigen Berufstätigkeit und Gründe für einen etwaigen Fortgang aus Bayern

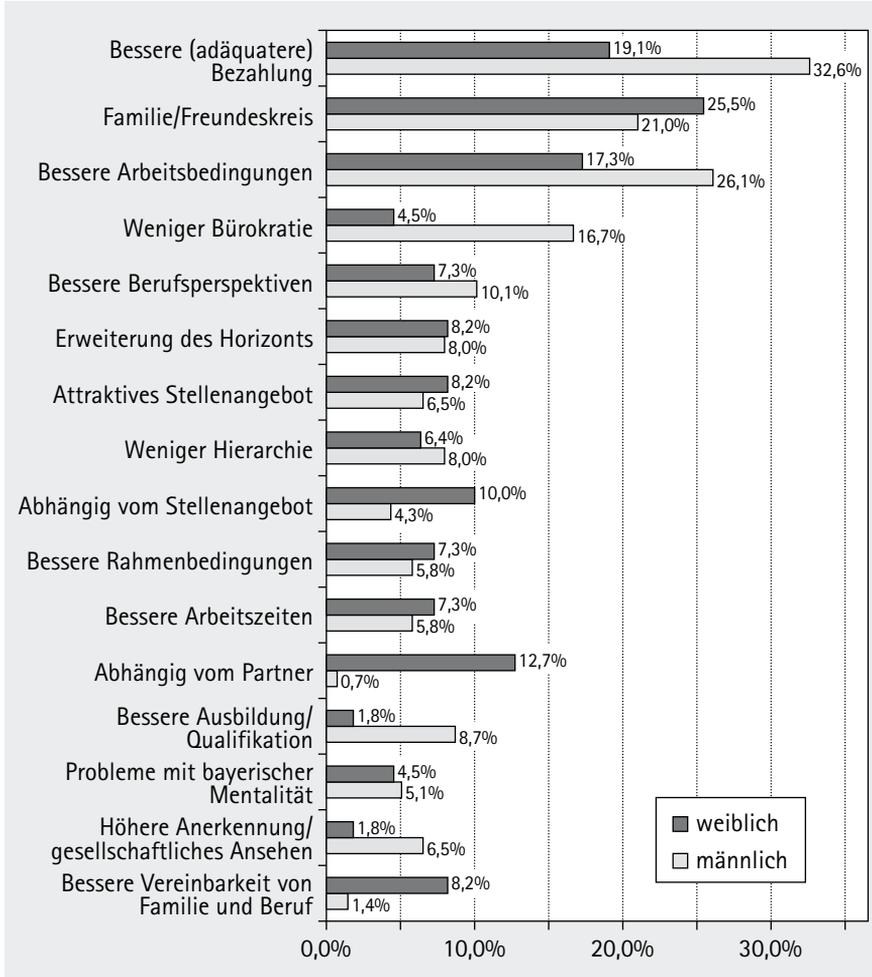
14.1 Zukünftiges Bundesland bzw. Ausland

Um zu erfahren, wie viele der befragten Mediziner nach ihrer Weiterbildung zum Facharzt in Bayern verbleiben, wurde nach dem Bundesland gefragt, in dem die Ärzte nach ihrer Weiterbildung arbeiten wollen. In diesem Zusammenhang ergeben sich folgende Tendenzen: Von den 838 Personen, die in Bayern tätig sind und auf diese Frage antworteten, wollen 536 Befragte und damit 64,0% in Bayern bleiben. 67 Personen (8,0%) sind noch unentschlossen bzw. es ist ihnen „egal“, wo sie später arbeiten werden. Weitere 58 Mediziner (6,9%) behalten sich vor, in Bayern oder in einem anderen Bundesland zu praktizieren, wobei sich der Großteil für ein angrenzendes Bundesland ausspricht. Später im Ausland zu arbeiten behalten sich insgesamt 138 Personen (16,5%) vor, wobei allerdings bei 81 von ihnen noch nicht klar ist, ob sie doch in Bayern bleiben werden. Wenn ein Wechsel ins Ausland vorgesehen ist, werden vor allem die deutschsprachigen Länder, insbesondere die Schweiz favorisiert; mit einem gewissen Abstand folgen die englischsprachigen sowie die skandinavischen Länder.

14.2 Gründe für den Wechsel in ein anderes Bundesland und ins Ausland

Auf die offen gestellte Frage nach den Gründen, die für einen Wechsel von Bayern in ein anderes Bundesland bzw. ins Ausland entscheidend sind, erfolgten 248 Nennungen, die sich vor allem auf die Arbeitsbedingungen in Deutschland sowie auf das erhoffte veränderte Arbeitsumfeld außerhalb Bayerns beziehen. Wichtig erschienen für die Antwortenden insbesondere bessere, d. h. adäquatere Bezahlung (26,6%), bessere Arbeitsbedingungen (22,2%) sowie ein Weniger an Bürokratie (11,3%), aber auch familiäre Gründe und die Nähe zum Freundeskreis (23,0%). Folgende Zitate können ein Stimmungsbild darüber liefern. Ein Arzt, der eventuell in die Schweiz oder nach Österreich gehen will, hofft auf „bessere Arbeitsbedingungen, Entlastung von nichtärztlichen Tätigkeiten.“ Ein anderer Kollege erwartet sich in den USA bzw. Kanada „bessere Bezahlung, bessere Aufstiegsmöglichkeiten, bessere wissenschaftliche Strukturen und Förderung und insgesamt weniger Hierarchie.“ Ein weiterer Arzt, der sich überlegt, nach Frankreich, England oder Skandinavien zu gehen, bemängelt in Deutschland „die fehlenden Aufstiegsmöglichkeiten“ und erhofft sich „...leistungsgerechte und ausbildungsadäquate Entlohnung, außerdem deutlich bessere Angebote der Kliniken hinsichtlich Teilzeitarbeit, Beschäftigung des Ehepartners und Kinderbetreuung.“ In Deutschland gibt es seiner Einschätzung nach „... nahezu keine Aussichten für eine spätere Niederlassung“.

Abbildung 19: Gründe für eine Abwanderung aus Bayern, differenziert nach dem Geschlecht



Differenziert man diese Angaben nach dem Geschlecht, zeigen sich deutliche Abweichungen (vgl. Abbildung 19): Eine bessere bzw. adäquate Bezahlung, bessere Arbeitsbedingungen, weniger Bürokratie sowie ein höheres gesellschaftliches Ansehen werden in weitaus stärkerem Maße von Ärzten als Gründe für eine Abwanderung ins Feld geführt. Für einen Teil der Ärztinnen erfolgt ihre Standortwahl nach dem Arbeitsort des Partners sowie dem Ort der Familie bzw. des Freundeskreises. Einige Frauen wollen dort arbeiten,

wo sie eine attraktive Stelle erhalten. Diese gegensätzlichen Positionen dürften vermutlich mit dem Familienstatus zusammenhängen, da es auch deutlich wichtiger für Ärztinnen ist, durch einen Arbeitsplatz- bzw. Arbeitsortwechsel Familie und Beruf vereinbaren zu können. Dies kommt durch die Aussagen einer Ärztin zum Ausdruck, die als Kinderanästhesistin in den USA arbeiten möchte, da sie dort die Möglichkeiten hat, „... als selbständige Anästhesistin an der Uni hoch qualifizierten Tätigkeiten nachzugehen, umgeben von flexibler Kinderbetreuung, keiner Hierarchie, gutem Einkommen, netten Kollegen und kollegialem Klima.“

15 Einfluss gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen auf die Berufsentscheidung und erneute Wahl des Arztberufs

15.1 Bedeutung gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen für berufliche Entscheidungen

Im Rahmen der Gesundheitsreformen gab es ab Ende der 80er und in den 90er Jahren Veränderungen, die Auswirkungen auf den Arztberuf hatten. Als Beispiele seien die Einschränkung der Niederlassungsfreiheit, die Einführung des AiP und der Fallpauschalen als Abrechnungssystem, die Auflagen der gesetzlichen Krankenkassen und in jüngster Zeit das Urteil des Europäischen Gerichtshofs zur Anerkennung der Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit sowie die geplante verbindliche Einführung von Fortbildungsnachweisen (Continuous Medical Education: CME Punkte) genannt. Die Ärztinnen und Ärzte sollten daher die Frage beantworten, welche Bedeutung gesundheitspolitische Rahmenbedingungen für ihre berufliche Entscheidung haben bzw. bereits hatten. Bei einer Einordnung auf einer dreistufigen Skala von „keine Bedeutung“ bis zu „starker Betroffenheit“ gaben 22,6% der Befragten an, in ihrer beruflichen Entscheidung dadurch gar nicht berührt worden zu sein. 37,5% der Befragten waren dagegen mittelmäßig betroffen. Für 40,2% hatten die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in Deutschland für starke Auswirkungen auf ihre berufliche Entscheidung.

Bei einer geschlechtsspezifischen Differenzierung können interessante Abweichungen konstatiert werden: So hatten die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für 28,4% der Frauen gar keine (im Gegensatz dazu: Männer 16,9%) und nur für 30,6% starke Auswirkungen. Dagegen äußerte knapp die Hälfte der Männer (48,5%), dass die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ihre beruflichen Entscheidungen sehr stark beeinflussen. Im mittleren Bereich kommt es zwischen den Geschlechtern zu geringeren Abweichungen (Frauen 40,9% zu Männer 34,6%).

Anschließend sollten sich die Befragten in einer offen gestellten Frage äußern, welche Auswirkungen dies im Besonderen sind. 423 Personen, die mittelmäßig bis sehr stark in ihrer Entscheidung beeinflusst wurden, gaben diesbezüglich sehr umfangreich und detailliert Auskunft. Dabei lassen sich grob drei Antwortcluster bilden, in denen jeweils mindestens 10% der dazu Antwortenden repräsentiert sind:

- Sich ständig verändernde und verschlechternde Arbeitsbedingungen,
- Verringerung der ärztlichen Versorgung und die damit einhergehende Gefährdung der Patienten,
- Einkommensverschlechterungen.

Die sich ständig *verändernden und verschlechternden Arbeitsbedingungen*, die durch sehr lange Arbeitszeiten, Reglementierung, Budgetierung der Leistung und Bürokratisierung im kurativen Bereich gekennzeichnet werden, führen bei den Medizinern zu einer starken Verunsicherung und auch zu großen Frustrationen bezüglich der weiteren Berufskarriere und deren Planbarkeit. Aber auch die „unterschiedlichen Anerkennungsregelungen in den einzelnen Bundesländern, die wichtig bei Versetzungen sind“, werden als sehr misslich erlebt. Die Äußerungen der Befragten weisen darauf hin, dass sie sich auf Grund der schlechten Arbeitsbedingungen im kurativen Bereich sowohl einen Tätigkeitswechsel, vor allem in nicht-kurative Bereiche, aber auch einen Wegzug aus Deutschland vorstellen können. Hierzu einige Zitate: „Derzeit kann man Entschlüsse von heute morgen in den Wind blasen! Ich liebe meinen Beruf, ärgere mich mehr über äußere Umstände! ...“. Ein anderer Kollege: „Wenn Ärzten noch weiter Daumenschrauben angesetzt werden, werde ich in den nicht-kurativen Bereich (Pharma, Medien) wechseln“ oder „Schlechte Planbarkeit aufgrund ständig wechselnder, zunehmend regressiver Rahmenbedingungen. Eine Niederlassung unter diesen Voraussetzungen ist mit einem Lottospiel gleichzusetzen“. Ein weiterer Arzt: „Finanzknappheit und Budgetierung führen zu nicht tolerabler Personalknappheit mit Überstunden etc. und nicht leistungsgerechter Bezahlung. Leistung und Leistungsbereitschaft werden durch die planwirtschaftlichen Prinzipien zerstört“. Eine Ärztin überlegt sich, ins Ausland zu gehen: „Ich möchte als Anästhesistin arbeiten und nicht als Bürokräftin, die sich um viel Papierkram kümmern muss. Ich möchte weiterhin mit Patienten arbeiten, Weiterbildung betreiben und medizinisch tätig sein. Das kann ich viel besser in den Staaten als hier!“

Dass diese Entwicklungen zu einer Reduktion der ärztlichen Versorgung und durchaus zu einer *Gefährdung der Patienten* führen könnten, wird von den Ärzten mit Sorge gesehen: „Lange Arbeitszeit, Bürokratisierung, fehlende Zeit, sich um das medizinisch Wesentliche zu kümmern, zunehmend mehr Arbeit auf zu wenige Personen, führen zu teilweise

gefährlichen Situationen für die Patienten. Fehlentscheidungen werden aus Zeitmangel getroffen". Eine Ärztin ergänzt: „Die aktuellen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen machen eine patientennahe Medizin mit einem ethisch-moralischen Restgewissen unmöglich. Die 'Verbetriebswirtschaftlichung' der Medizin ruiniert einen Grundpfeiler unseres gesellschaftlichen Systems." Ebenso führen die Auflagen der Krankenkassen, die den medizinischen Handlungsspielraum bezüglich der Therapiemaßnahmen einschränken, zu einer schlechteren Patientenversorgung: „Einschränkung in Diagnostik und Therapie durch finanzielle Vorgaben und der hohe Bürokratieaufwand im Arztberuf lenken von der eigentlichen Tätigkeit am Menschen/Patienten ab." Eine Ärztin zweifelt an der Weiterexistenz der übernommenen elterlichen Praxis: „Sehe durch die aktuelle Gesundheitspolitik meine Position, als guter Hausarzt tätig sein zu können, stark gefährdet. Handlanger der Kassen? Gläserner Patient usw., eine katastrophale Entwicklung!" Auch im Krankenhaus sehen Ärzte deutliche Veränderungen in der Versorgung für den Patienten: „Verslechterung der Arbeitsbelastung im Krankenhaus, mehr Verwaltungsaufgaben durch das DRG-System (Diagnosis Related Groups), das Streben nach kürzeren Liegezeiten verschlechtert die Patientenbetreuung".

Von einer weiteren Gruppe werden *Einkommenseinbußen* befürchtet. Dies kommt in den Kritikpunkten zum Ausdruck, die von einer fehlenden leistungsgerechten Bezahlung über die finanziellen Risiken einer Niederlassung bis hin zu der Befürchtung reichen, die Familie nicht mehr versorgen zu können. Ein Arzt dazu: „Wenn die Bezahlung im Verhältnis zum Arbeitsaufwand, Verantwortung und Ausbildung weiter schlechter wird, gehe ich ins Ausland oder die Industrie". Auch bei der Niederlassung entstehen Probleme: „Aufgrund der gesundheitspolitischen Situation ist es derzeit nicht abzusehen, ob eine Niederlassung mit dem Risiko des Verschuldens einhergeht". Darunter fallen auch die hohen Ablösungen bei einer Praxisübernahme, wenn der Arzt in einem Gebiet mit Niederlassungsbeschränkung arbeiten will. Daraus folgert ein Arzt: „Ich verzichte bewusst auf die Vertragsarztzulassung und werde ausschließlich privatärztlich tätig." Eine Ärztin ist sich sehr unsicher, wie ihre berufliche Entwicklung weitergeht: „Eventuell die Niederlassung verschieben, bis sich mehr Sicherheit einstellt, da eigene Existenzgründung eine hohe Kreditaufnahme erfordert." Ärzte mit Familie machen sich über ihr Einkommen Sorge: „Finanzielle Belange des Berufs sind auch wichtig; Familie und mittlerer Lebensstandard müssen ohne Dienste/Notarzt etc. möglich sein". Daneben werden durch das Arbeitszeitgesetz zusätzliche Einkommensverschlechterungen befürchtet: „Falls das Arbeitszeitgesetz umgesetzt wird, sind finanzielle Einbußen wahrscheinlich. Dementsprechend müsste ich mir eine Nebenverdienstquelle erschließen, wenn kein finanzieller Ausgleich durch den Arbeitgeber stattfindet. Auch ein Wechsel ins Ausland mit besserer Bezahlung wäre denkbar".

Darüber hinaus sehen einige der Befragten den Arztberuf in den Medien diskreditiert und negativ dargestellt.

Betrachtet man diese Nennungen geschlechtsspezifisch, so ist festzustellen, dass es nur in zwei Bereichen zu einer bedeutenden Abweichung im Antwortverhalten kommt: So fühlen sich Frauen von den Rahmenbedingungen in Bezug auf das Einkommen sowie den arbeitszeitlichen Regelungen weniger beeinträchtigt als dies bei den Männern der Fall ist. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass weniger Ärztinnen im Krankenhaus arbeiten, und wenn, dann öfter als ihre Kollegen auf Teilzeitbasis; darüber hinaus absolvieren sie ihre Weiterbildung häufiger im Angestelltenverhältnis bei niedergelassenen Ärzten. Im Krankenhaus arbeiten nur 37,3% der Frauen, aber 58,3% der Männer wöchentlich mehr als 46 Stunden. Wenn sie Kinder haben, sind sie zudem weniger in Bereitschafts- und kaum in den Rufdienst eingebunden.

15.2 Erneute Wahl des Arztberufs

Am Ende des Fragebogens sollten die Ärzte und Ärztinnen beantworten, ob sie bei einer möglichen erneuten Entscheidung nochmals den Arztberuf ergreifen würden. Knapp zwei Drittel der Befragten würden dies wieder tun, von diesen allerdings nur ein Fünftel auf jeden Fall. Dagegen kommt für gut ein weiteres Fünftel der Mediziner und Medizinerinnen eine erneute Wiederwahl ihres Berufs eher nicht in Frage, knapp ein Zehntel schließt dies sicher aus. Ein geringer Anteil (5,5%) will sich dazu nicht festlegen. Bei einer geschlechtsspezifischen Differenzierung ergibt sich ein minimaler Unterschied dahingehend, dass im Vergleich zu 63,7% der Männer nur 61,4% der Frauen den Arztberuf auf jeden Fall bzw. wahrscheinlich wieder ergreifen würden. Ein etwa ähnlich hoher Prozentanteil der befragten Ärzte in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland, die sich allerdings zum Teil noch im AiP befanden bzw. bereits Assistenzstellen oder leitende Stellen als Oberärzte oder Chefärzte innehatten, würden den Arztberuf wieder wählen. Im Unterschied zu den in Bayern arbeitenden Kolleginnen würden dies die Ärztinnen dieser drei Bundesländer in etwas höherem Maße tun (vgl. Kaiser 2002, S. 37). Gleiches gilt für die Ärztinnen der Studie Berufsreport 2003. Hier würden sich 68,1% der Frauen und 63,7% der Männer wieder für diesen Beruf entscheiden (vgl. Bestmann et al. 2004, S. A 779).

Betrachtet man die Aussagen nach dem angestrebten Tätigkeitsfeld, so würden ca. 70% der Personen, die an der Universität arbeiten wollen, ihre Entscheidung in analoger Weise nochmals treffen. Ähnlich votieren die Ärzte, die sich niederlassen wollen (66,6%) sowie die Krankenhausärzte (66,3%). Vergleicht man diese Äußerungen mit den anfänglichen

Berufswünschen zu Studienbeginn, so lässt sich festhalten, dass der Anteil derjenigen, die sich damals und zum Befragungsstermin für eine kurative Tätigkeit aussprachen, gleich groß geblieben ist.

16 Ärzte im Ausland

In den Medien wird des Öfteren erwähnt, dass deutsche Ärzte verstärkt von ausländischen Kliniken umworben und abgeworben werden. Sie bemühen sich aber auch selbst aktiv um eine Arbeit im Ausland, da sie dort auf bessere Arbeitsbedingungen als in Deutschland hoffen. Bei der Realisierung ihres Vorhabens gehen sie so dem ärztlichen Versorgungssystem in Deutschland verloren. Wie in Punkt 2.1 angekündigt, werden in diesem Kapitel die Ärzte, welche zum Befragungszeitpunkt im Ausland arbeiten, als eigene Teilgruppe auf ihre Besonderheiten untersucht. Obgleich sie in der vorliegenden Studie nur eine kleine Gruppe (knapp 5%) aller Antwortenden bilden, und ihr Verbleib im Ausland keine Versorgungslücke für Bayern verursacht, sollen sie dennoch differenziert analysiert werden. In ihrem Entscheidungsverhalten können Tendenzen aufgezeigt werden, die hilfreich sein können, um eventuell weitere Abwanderungen in größerem Umfang zu verhindern.

Deshalb wurden auch die 110 Ärzte, die zum Befragungszeitpunkt im Ausland arbeiteten, aber noch bei der BLÄK Mitglied waren, im Rahmen dieser Untersuchung angeschrieben. Ihnen wurde ein Fragebogen mit weitgehend identischen Fragen wie für die in Bayern arbeitenden Kollegen zugeschickt. Da diese Ärzte weltweit verstreut arbeiten, war es umso erfreulicher, dass 47 Personen (42,7%) den Fragebogen ausfüllten. Ihr Anteil macht 4,7% am Gesamtrücklauf aus. Im Folgenden werden nach folgenden Aspekten untersucht:

- Sozialstruktur und Aufenthaltsland,
- Studienmotivation und anfängliche Berufswünsche,
- AiP, Wahl der Facharztrichtung sowie Weiterqualifikation,
- Arbeitsplatzsituation im Krankenhaus,
- angestrebtes Tätigkeitsfeld,
- Gründe für die Auslandstätigkeit und zukünftiger Arbeitsort.

16.1 Sozialstruktur und Aufenthaltsland

Betrachtet man die Sozialstruktur der im Ausland arbeitenden Mediziner, so ergibt sich folgendes Bild: 55,3% dieser Gruppe sind Frauen. Die Befragten sind im Durchschnitt ein halbes Jahr jünger (35 Jahre) als ihre bayerischen Kollegen und Kolleginnen (35,5 Jahre).

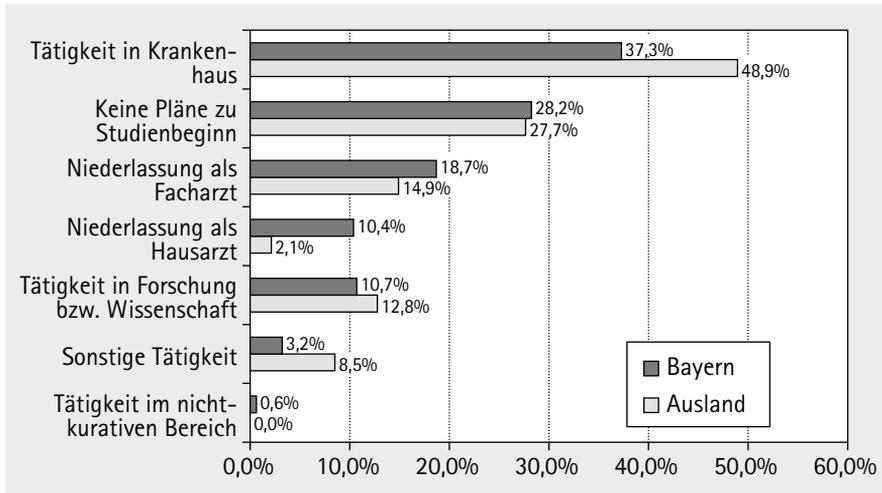
Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass sie in der Altersgruppe der 31- bis 33-Jährigen überproportional oft vertreten sind. Dadurch lässt sich vielleicht auch der Umstand erklären, dass 34,0% von ihnen – im Gegensatz zu 22,0% ihrer bayerischen Kollegen – ohne festen Partner leben. Entsprechend höher ist auch ihr Anteil an Haushalten ohne Kinder. Betrachtet man das Berufsfeld des Partners, so zeigt sich, dass im Verhältnis weniger Partner ebenfalls als Mediziner arbeiten, diese aber eher in sonstigen Gesundheitsberufen sowie außerhalb des Gesundheitswesens vertreten bzw. überhaupt nicht berufstätig sind.

Befragt nach dem Land, in dem sie zum Befragungszeitpunkt arbeiten, ergibt sich folgende Verteilung: Die meisten der Antwortenden sind in der Schweiz (40,4%) sowie in den USA (17,0%) tätig; die Restgruppe verteilt sich auf neun weitere EU-Länder, hier insbesondere auf Österreich und Skandinavien, gefolgt von England, Irland und Italien.

16.2 Studienmotivation und anfängliche Berufswünsche

Ein äußerst wichtiges Kriterium für die Aufnahme des Medizinstudiums scheint für die im Ausland arbeitenden Ärzte die interessante und vielseitige Tätigkeit im medizinischen Bereich gewesen zu sein: Während fast drei Viertel der derzeit im Ausland praktizierenden Mediziner diesem Item eine große Bedeutung zuwiesen, war dies nur für 58,5% der in Bayern arbeitenden Ärzte ein wichtiger Grund, das Fach Humanmedizin zu studieren. Letztere gewichteten die Möglichkeit, später freiberuflich arbeiten zu können, höher. Weitere Unterschiede bestehen zwischen den im Ausland tätigen Ärzten und ihren in Bayern arbeitenden Kollegen darin, dass sie bereits zu Studienbeginn einerseits ein stärkeres medizinisches und wissenschaftliches Interesse hatten, andererseits weit weniger das Motiv Kranken helfen zu wollen, angaben. Diese Motive haben auch Auswirkungen auf die zu Beginn des Studiums anvisierten Tätigkeitsfelder, wie Abbildung 20 zu entnehmen ist.

Abbildung 20: Berufliche Ziele zu Beginn des Medizinstudiums, differenziert nach dem Arbeitsort der Befragten



Dabei zeichnen sich folgende Tendenzen ab: In deutlich geringerem Umfang als ihre bayerischen Kollegen wollten Ärzte, die jetzt im Ausland tätig sind, später als niedergelassene Ärzte in freier Praxis arbeiten. Zu Beginn des Studiums strebten sie vielmehr schon eine Karriere im Krankenhaus an oder wollten sonstige, nicht weiter spezifizierte Tätigkeiten ausüben. Ob damit gleichzeitig eine spätere Tätigkeit an ausländischen Krankenhäusern eingeschlossen war, kann jedoch den Daten nicht entnommen werden.

16.3 AiP, Wahl der Facharzttrichtung und Weiterqualifikation

16.3.1 Berufssituation als AiP

Betrachtet man die Berufsverläufe der im Ausland arbeitenden Ärzte, so ist zu erwähnen, dass 22,2% bereits als AiP im Ausland tätig waren bzw. diese Zeit dort absolviert haben. Bei der Charakterisierung ihrer Tätigkeit und ihrer Arbeitsplatzbedingungen während der Zeit als AiP waren für etwa 50% der nun im Ausland Tätigen dieselben Items auf den ersten fünf Rängen, die auch von ihren in Bayern tätigen Kollegen während dieser Berufsphase genannt wurden: Zu geringes Einkommen, lange Arbeitszeiten/Überstunden, Zeitdruck, hohe Verantwortung und zu viel Verwaltungsarbeit.

Abbildung 21: Kritik in der Phase als AiP, differenziert nach dem Arbeitsort der Befragten (Mehrfachnennungen möglich)



Ebenso wie den in Bayern arbeitenden Ärzten wurde den im Ausland tätigen Medizinern die offene Frage gestellt, welche Bedeutung die Zeit als AiP für ihre weitere berufliche Entscheidung hatte. Bei den 28 im Ausland arbeitenden Personen, die sich zu dieser Frage äußerten, sind deutliche Unterschiede zu den in Bayern arbeitenden Ärzten festzustellen: Bei ersteren manifestierte sich in dieser Zeit neben dem Ziel, ins Ausland zu gehen, verstärkt der Wunsch, eine Arbeitsstelle mit geringerer Arbeitsbelastung als in Bayern zu haben. Während die Zeit als AiP bei den in Bayern arbeitenden Medizinern in höherem Maße zu einer Entscheidung für oder gegen die ursprünglich anvisierte Facharzttrichtung führte, ist bei den derzeit im Ausland tätigen Ärzten festzustellen, dass diese Berufsphase

eher Einfluss auf die Entscheidung für bzw. gegen eine Arbeit im stationären Bereich – zumindest in Deutschland – und somit Einfluss auf den weiteren Berufsverlauf sowie einen Wechsel ins Ausland hatte.

16.3.2 Wahl der Facharztrichtung

Bei der Facharztwahl sind einige Unterschiede zwischen den im Ausland und den in Bayern tätigen Ärzten festzustellen. Für die Innere Medizin entschieden sich 19,4% der in Bayern praktizierenden Mediziner, aber nur 8,9% der im Ausland tätigen Ärzte. Auch die Chirurgie wird vermehrt von inländischen Medizinern nachgefragt, wohingegen der Facharzt in Psychiatrie bzw. Psychotherapie prozentual gesehen mehr von den im Ausland arbeitenden Ärzten gewählt wurde. Im Verhältnis zu ihren in Bayern tätigen Kollegen streben fünf Prozent mehr im Ausland arbeitende Ärzte den Facharzt für Anästhesie, Dermatologie sowie Kinder- und Jugendheilkunde an. Ob die Wahl der Spezialisierung repräsentativ für alle aus Deutschland kommenden, im Ausland tätigen Ärzte ist, wurde nicht überprüft.

Auf die Frage nach den Gründen für die Wahl des Fachgebiets gaben fast alle im Ausland arbeitenden Ärzte an, dass für sie das Interesse an der Spezialisierungsrichtung entscheidend war (Bayern: 85,2%). Sie achteten bei der Wahl der Facharztrichtung zudem verstärkt auf die Arbeitsmarktchancen im Ausland, die Forschungsintensität des Feldes sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Das letzte Item war für 45,5% der im Ausland tätigen Ärzte, aber nur für 35,6% der in Bayern tätigen Ärzte bedeutsam, was darauf hinweisen könnte, dass eine Abwanderung ins Ausland aus familienpolitischen Überlegungen durchaus in Betracht gezogen wird. Weniger wichtig erschien für die im Ausland arbeitenden Mediziner das Sozialprestige des ärztlichen Spezialisierungsfeldes.

16.3.3 Weitere Qualifikationsmaßnahmen

Vergleicht man die Aussagen der im Ausland arbeitenden Personen mit den Beschäftigten in Bayern, so fallen in erster Linie die seit ihrer Approbation konsequente Verfolgung eines eingeschlagenen Qualifikationswegs, ein zeitnahe Abschluss sowie das nachhaltige wissenschaftliche Interesse auf. So ist dann auch ihre Abschlussquote bei der Promotion (82,2% zu 74,6%) sowie der Habilitation (2,9% zu 0,7%) höher als die ihrer in Bayern arbeitenden Kollegen. Gleiches gilt auch für laufende bzw. geplante Habilitationen: 25,7% der im Ausland Arbeitenden gaben an, eine solche wissenschaftliche Qualifikation zu planen (in Bayern 10,81%), während 11,4% bereits daran arbeiten; in Bayern sind dies 7,7%.

16.4 Arbeitsplatzsituation im Krankenhaus

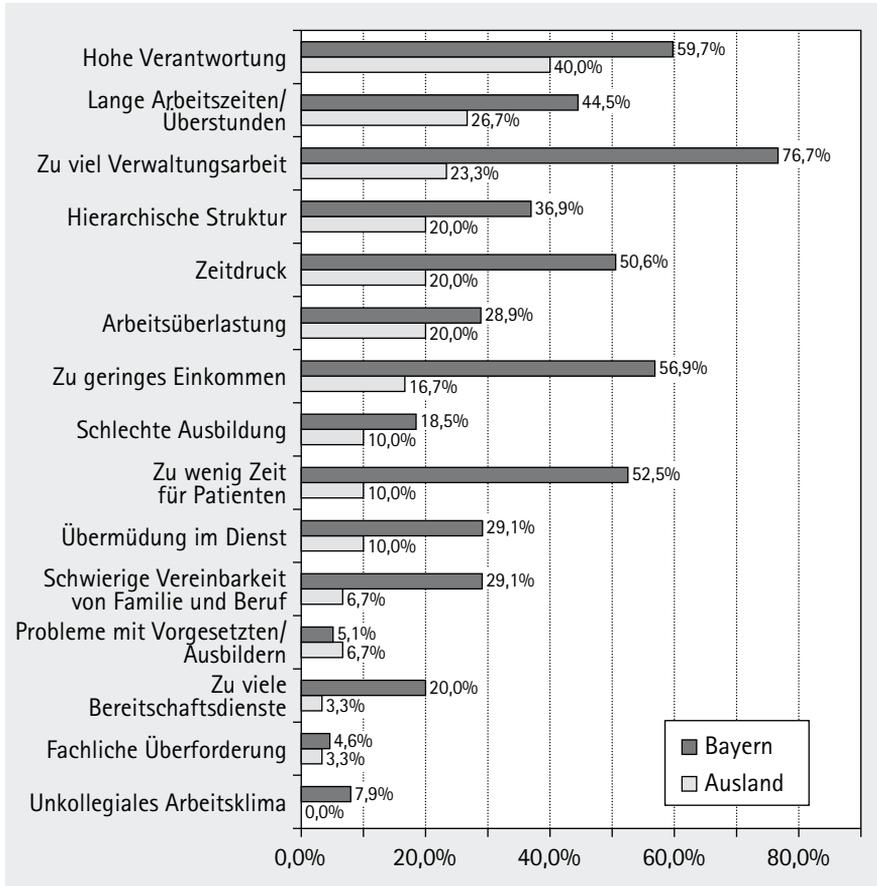
16.4.1 Versorgungstyp des Krankenhauses und Ausstattung des Arbeitsplatzes

Betrachtet man den Versorgungstyp des Krankenhauses, in dem die Befragten zum Befragungszeitpunkt arbeiten, so zeigt sich, dass die im Ausland Tätigen doppelt so häufig wie ihre bayerischen Kollegen an Universitätskliniken arbeiten (40,9% zu 20,4%). Annähernd gleich ist ihr Anteil in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung (27,3%); unterrepräsentiert sind sie dagegen in Fachkrankenhäusern und vor allem in Krankenhäusern der Maximal- und Schwerpunktversorgung.¹⁵

Auf die Frage, welche Merkmale ihre Arbeitsstelle in der stationären Versorgung charakterisieren, kommt es entsprechend Abbildung 22 zwischen den Ärzten, die in Bayern tätig sind und denen, die im Ausland arbeiten, zu deutlichen Abweichungen bei fast allen Items. Unterschiede ergeben sich insbesondere bei den Punkten, die sich auf die Arbeitsbedingungen, die Versorgung der Patienten, die Zusammenarbeit mit Kollegen, aber auch auf den persönlichen Rahmen wie Einkommen und Kompatibilität von Beruf und Familie beziehen. Dabei zeigt sich, dass die im Ausland arbeitenden Ärzte entweder ihre Situation positiver bewerten oder aber tatsächlich unter besseren Bedingungen ihrer Arbeit im Krankenhaus nachgehen können als ihre in Bayern arbeitenden Kollegen.

¹⁵ Da sich die Befragten diesen Krankenhaustypen selber zuordneten, ist davon auszugehen, dass diese Krankenhäuser und Kliniken von ihrer Versorgungsfunktion her gesehen denen in Deutschland entsprechen.

Abbildung 22: Probleme bei der Tätigkeit im Krankenhaus, differenziert nach dem Arbeitsort der Befragten (Mehrfachnennungen möglich)

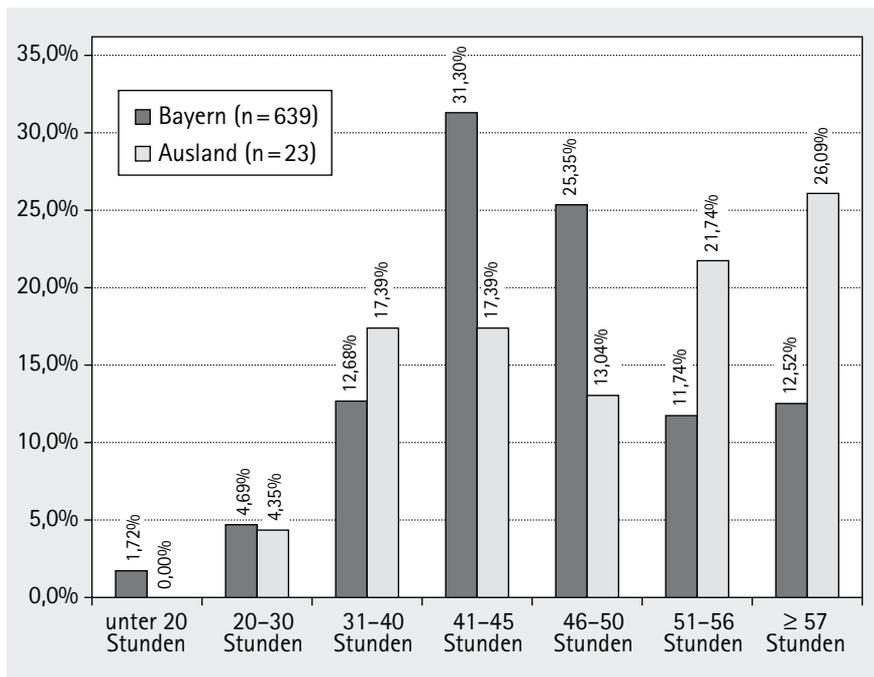


16.4.2 Arbeitsbedingungen: Arbeitsvertrag und Arbeitszeiten im Krankenhaus

Zwar haben nur 17 im Ausland tätige Mediziner auf die Frage nach der Befristung ihrer Stelle geantwortet, trotzdem zeigt sich, dass knapp die Hälfte von ihnen einen unbefristeten Vertrag hat; bei einer zeitlichen Begrenzung jedoch ist diese überproportional oft auf unter zwei Jahre terminiert. Im Gegensatz dazu haben 74,7% der in Bayern arbeitenden Ärzte eine Befristung ihrer Stelle.

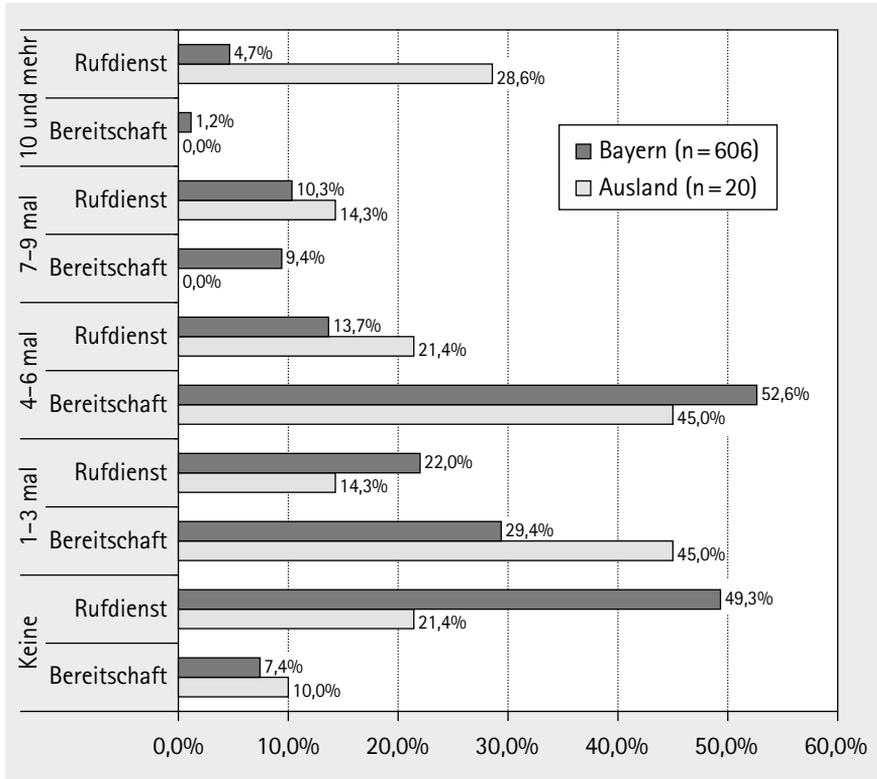
Entgegen aller Aussagen zu einer angeblich besseren Work-Life-Balance einer ärztlichen Tätigkeit im Ausland zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass knapp die Hälfte der im Ausland praktizierenden Mediziner über 50 Arbeitsstunden und mehr im Krankenhaus verbringt als ihre in Bayern tätigen Kollegen (vgl. Abbildung 23). Dies hängt vermutlich mit dem größeren Anteil an Personen zusammen, die eine Hochschulkarriere anstreben (21,7% der im Ausland arbeitenden Ärzte zu 5,5% der in Bayern tätigen Mediziner).

Abbildung 23: Persönlich geschätzte Wochenarbeitszeit im stationären Bereich, differenziert nach dem Arbeitsort der Befragten



Bei der Betrachtung der Bereitschafts- und Rufdienste fällt auf, dass die im Ausland tätigen Ärzte weniger Bereitschaftsdienste, dafür aber häufig mehr Rufdienste haben, was ihnen einen größeren zeitlichen Freiraum ermöglicht.

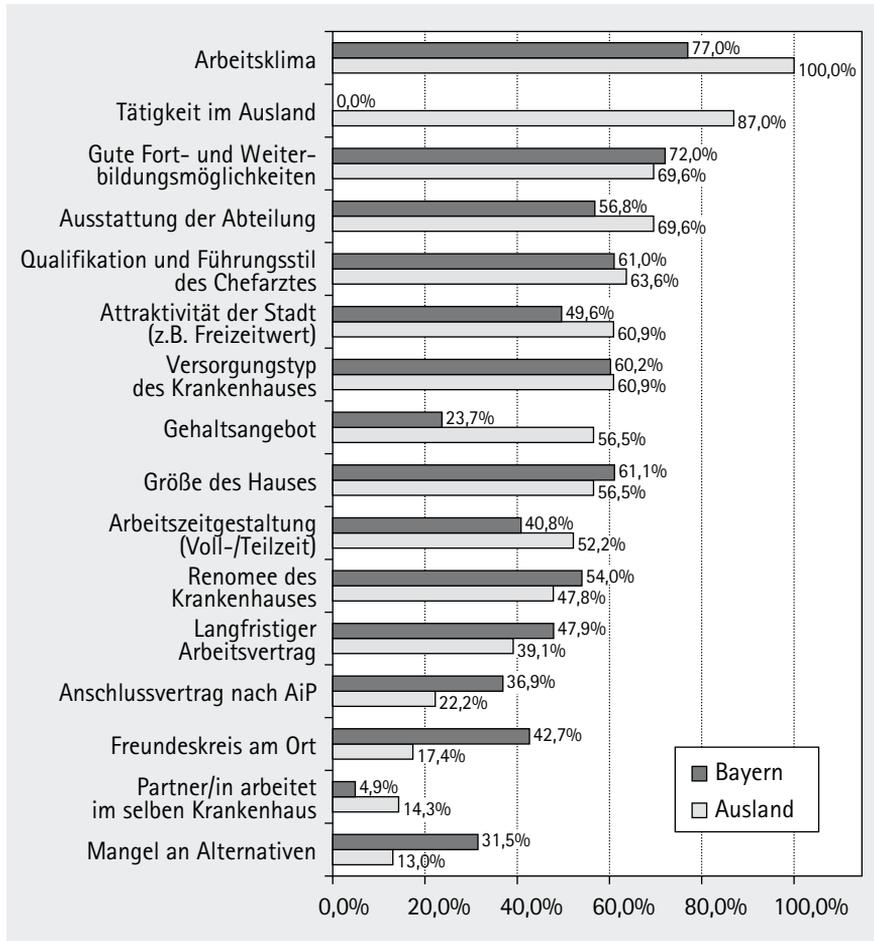
Abbildung 24: Pro Monat geleistete Bereitschafts- und Rufdienste, differenziert nach dem Arbeitsort der Befragten



16.5 Arbeitsplatzwahl im Krankenhaus und Berufszufriedenheit

Auf die Frage, welche Gründe für die Entscheidung der angenommenen Arbeitsstelle zum Erhebungszeitpunkt im Krankenhaus wichtig waren, unterscheiden sich die Antworten der im Ausland tätigen Mediziner von ihren bayerischen Kollegen folgendermaßen: Deutlich wichtiger waren für erstere das Arbeitsklima, eine Tätigkeit im Ausland, die Ausstattung der Abteilung, die Attraktivität der Stadt, aber auch das Gehaltsangebot und die Arbeitszeitgestaltung.

Abbildung 25: Faktoren für die Entscheidung für die derzeitige Stelle im Krankenhaus, differenziert nach dem Arbeitsort der Befragten (Mehrfachnennungen möglich)



Nach den bisherigen Ausführungen zu den Arbeitsbedingungen im stationären Bereich erstaunt es nicht, dass die im Ausland arbeitenden Mediziner deutlich zufriedener sind als ihre in Bayern arbeitenden Kollegen: So sind weniger als ein Zehntel der letzten Gruppe sehr zufrieden bzw. zwei Fünftel zufrieden. Bei den im Ausland arbeitenden Kollegen sind jedoch gut ein Fünftel sehr zufrieden und drei Fünftel zufrieden. Entsprechend antworteten mehr als drei Viertel der im Ausland Tätigen gegenüber knapp zwei

Drittel der in Bayern arbeitenden Ärzte, dass sie auf jeden Fall oder zumindest „wahrscheinlich“ den Arztberuf erneut ergreifen würden. Um diese Unterschiede zu erklären, dürfte es in diesem Zusammenhang auch interessant sein, dass sich die Lebensziele der im Ausland bzw. in Bayern arbeitenden Ärzte in zwei Bereichen deutlich unterscheiden: Während die in Bayern arbeitenden Ärzte in deutlich höherem Maße viel Geld verdienen wollen, streben die im Ausland Tätigen in deutlich höherem Umfang ihre Selbstverwirklichung an. Dass sie das Item „viel Geld verdienen“ weniger nannten, mag daran liegen, dass sie im Ausland bereits bessere Gehälter beziehen (siehe Abbildung 25 Item „Gehaltsangebot“).

16.6 Angestrebtes Tätigkeitsfeld im Ausland

Auf die Frage, in welchem Tätigkeitsbereich die im Ausland arbeitenden Ärzte später arbeiten wollen bzw. bereits arbeiten, zeigt sich, dass knapp ein Viertel bezüglich seiner späteren Tätigkeit noch unentschlossen ist sowie 26,1% im Krankenhaus tätig werden möchte. Zu erwähnen ist jedoch, dass 48,9% der nunmehr im Ausland arbeitenden Ärzte zu Studienbeginn eine Karriere im Krankenhaus geplant hatten. Der Anteil der Ärzte, die am Anfang des Studiums an eine Niederlassung dachten bzw. sich zum Befragungszeitpunkt mit einer freien Praxis selbständig machen wollen, blieb auf einem niedrigen Niveau. Ihr Anteil von nunmehr 15,2% liegt deutlich unter dem Anteil ihrer in Bayern arbeitenden Kollegen (33,8%), was allerdings auch auf die Niederlassungsbedingungen im Ausland zurückzuführen sein könnte. Deutliche Motivationsänderungen der 47 im Ausland beschäftigten Ärzte sind auch bei der Entscheidung für eine wissenschaftliche Karriere und einer Tätigkeit im nicht-kurativen Bereich festzustellen. Wie in Kapitel 16.2 erwähnt, strebten zu Studienbeginn nur 12,8% der nunmehr im Ausland arbeitenden Mediziner eine Laufbahn in Forschung und Wissenschaft an, zum Befragungszeitpunkt ist es ein gutes Fünftel. Der Zuwachs beruht dabei vor allem auf Personen, die anfangs im Krankenhaus arbeiten wollten. Eine ähnliche „Steigerungsrate“ ist in Bezug auf den nicht-kurativen Bereich zu verzeichnen: Wollte anfangs keiner der im Ausland tätigen Mediziner im nicht-kurativen Bereich arbeiten, so sind des nunmehr 10,9%. Von den Personen, die zu Studienbeginn die Absicht äußerten, später als niedergelassene Ärzte zu arbeiten, ist die Hälfte von ihnen nunmehr unentschlossen. Ob die Abkehr von den ursprünglich anvisierten Zielen bereits während des Studiums erfolgte oder auf Eindrücke während ihrer Tätigkeit als AiP zurückzuführen ist, kann in dieser Untersuchung jedoch nicht geklärt werden.

16.7 Gründe für eine Auslandstätigkeit und geplanter zukünftiger Arbeitsort

Auf die offen formulierte Frage, aus welchen Gründen die Ärzte ins Ausland gegangen sind, antworteten sie folgendermaßen: Eindeutig der wichtigste Grund für den Wechsel ins Ausland waren für die Befragten die besseren Arbeits- und Rahmenbedingungen, die entweder als Oberbegriff genannt oder genauer spezifiziert wurden, beispielsweise weniger Hierarchie, weniger Bürokratie, bessere Arbeitszeiten, aber auch eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Sehr oft wurden auch die bessere Bezahlung bzw. ein attraktives Stellenangebot genannt, gefolgt von der besseren Berufsperspektive (28,9%) im Ausland. Seltener erfolgte eine Abwanderung aufgrund des im Ausland berufstätigen Partners (13,2%) oder wegen der Familie bzw. den Freunden (7,9%). Plastischer werden diese Zahlen, liest man folgendes Zitat: „Die schlechten Arbeitsbedingungen sehe ich in folgenden Bereichen: Zeitdruck, Druck von den Krankenkassen, kaum Zeit für Fortbildungen, unsinnige Hierarchie, schlechte Ausbildung, bis zu 40% der Zeit gehen für Verwaltungsaufgaben drauf, die unsinnig sind, und viele unbezahlte Überstunden.“ Die Berufstätigkeit des Partners sowie die verbesserte Möglichkeit, Familie und Beruf zu vereinbaren, sind weitere Gründe für die Abwanderungsentscheidung. Dies wird durch ein Zitat einer Ärztin verdeutlicht, die zurzeit in Dänemark arbeitet. Sie sei primär „aus privaten Gründen im Ausland, aber auch aufgrund der deutlich besseren Möglichkeiten, Familie (Kinder) und Berufstätigkeit verbinden zu können“. Sie führt aus: „In Dänemark arbeiten weibliche Kolleginnen mit drei Kindern Vollzeit, ebenso können Väter bei Erkrankung eines Kindes ohne Probleme zu Hause bleiben“.

Auf die Frage, ob gesundheitspolitische Rahmenbedingungen ihre berufliche Entscheidung und den Fortgang ins Ausland beeinflusst haben, bejahten dies 45,7%. Für 30,4% war dies teilweise von Bedeutung. Die im Ausland arbeitenden Mediziner „prangerten“ neben den Arbeitszeiten und der Vergütung insbesondere die durch die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in Deutschland bzw. Bayern geschaffene Planungsunsicherheit im ärztlichen Beruf sowie die hohe Belastung mit administrativen Tätigkeiten an.

Befragt nach dem Verbleib im Ausland bzw. der Rückkehr nach Deutschland oder Bayern antworteten die im Ausland tätigen Befragten folgendermaßen: Knapp zwei Drittel bzw. 28 Personen wollen im Ausland bleiben. Damit wird deutlich, dass der größte Teil der Gruppe der Ärzte, die ins Ausland gegangen sind, auch dort bleibt und damit dem ärztlichen Versorgungssystem in Deutschland vorerst nicht mehr zur Verfügung steht. 15,9% werden dagegen wieder nach Deutschland zurückkommen; die Hälfte davon will im wissenschaftlichen Bereich arbeiten. Ein Fünftel ist noch unentschieden, wobei sich der

Großteil auch eine Tätigkeit in Bayern, vornehmlich an der Universität, vorstellen kann. Nicht unproblematisch ist auch die Wiedereingliederung in das deutsche System. Hierzu die Ausführungen einer Ärztin, die zum Befragungszeitpunkt in den USA arbeitete: „Nach meiner Einschätzung würde ein Großteil derer, die in Deutschland studiert und den Facharzt im Ausland absolviert haben, gerne zurückkehren. Mit der Zeit stellen sich jedoch Fragen in Hinsicht auf Anerkennung der Ausbildung und Forschungstätigkeit und beruflicher Wiedereingliederung in Deutschland (oder im europäischen Ausland). Andererseits sind auch in den USA Grenzen gesetzt, insbesondere gegen Ende der Ausbildungszeit (Visa Regulationen, Nachteile im Stellenwettbewerb, insbesondere, da Ausländer wenig Zugang zu US-Grants haben), Mangel an internationalen Stellenausschreibungen/Internetseiten deutscher Universitäten. Die Qualität der Facharztausbildung (Residency, nicht aber des Fellowships = Weiter-/Zusatzausbildung) in den USA jedoch wird gerne überschätzt: Arbeitsüberlastung (bis zu 120 Wochenstunden), Mangel an Urlaubszeit, keine Möglichkeit mit der Familie Kollegen/Freunde in Europa zu besuchen, Schlafmangel, kulturelle Unterschiede und die verkürzte Gesamtausbildungszeit (3 Jahre in der Pädiatrie, andere Schwerpunkte, wenig invasive Techniken/Labortechniken/Ultraschalluntersuchungen, die hier von anderen Services übernommen werden) sind meines Erachtens die wesentlichen Negativpunkte. Fellowship-Training jedoch bietet viele Vorteile: Wechsel zwischen klinischen Rotationen und Forschungsmonaten, Möglichkeit, sich nach der generellen Ausbildung auf ein Fachgebiet zu spezialisieren und gute didaktische Ausbildung für klinische und Grundlagenforschung.“

17 Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse im Hinblick auf die zukünftige ärztliche Versorgung in Bayern

17.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zielsetzung

Im Frühjahr 2004 wurden Mediziner, die bei der bayerischen Landesärztekammer gemeldet waren und deren Approbation vier bzw. fünf Jahre zurücklag, zu ihren bisherigen Berufserfahrungen und ihrer zukünftigen Berufsplanung befragt. Ausgehend von Untersuchungen, die unterschiedliche Verläufe bezüglich der Berufskarrieren von Medizinerinnen und Medizinerinnen zum Thema haben, sollte der Frage nachgegangen werden, welche Konsequenzen sich für die ärztliche Versorgung in Bayern ergeben, wenn der Anteil an Ärztinnen entsprechend den Absolventinnenzahlen in der kurativen Versorgung steigt. Einen zweiten Schwerpunkt dieser Arbeit stellt die Analyse der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus dar. Hier sollen die Erfahrungen und Bewertungen der Mediziner im Hinblick

auf die Konsequenzen für ihren Weiterbildungsverlauf und ihre Berufsentscheidung erhoben werden. Ein dritter Schwerpunkt ist die Untersuchung der Berufswege von jungen Ärzten und Ärztinnen, die nach ihrer Approbation ins Ausland gegangen sind und dort arbeiten.

Untersuchungsdesign

Von den 3.193 angeschriebenen Ärztinnen und Ärzten antworteten 1.010, was einer Rücklaufquote von 33 % entspricht. Von diesen arbeiteten zum Befragungszeitpunkt 47 im Ausland. 552 Ärzte und Ärztinnen befanden sich noch in ihrer Weiterbildung zum Facharzt, 45 hatten diese zum Erhebungszeitpunkt unterbrochen. 387 hatten sie bereits beendet und weitere 31 hatten ihre Weiterbildung schon nach der Approbation abgebrochen.

Sozialstruktur

47,7 % der Befragten waren weiblich. Der Altersdurchschnitt aller Befragten lag bei 35,5 Jahren. 78,2 % der Befragten lebten mit einem Partner in einem gemeinsamen Haushalt, die Hälfte hatte Kinder. 13,1 % der Ärzte und Ärztinnen hatten mehr als zwei Kinder. Je etwa ein Drittel lebte mit einem Partner bzw. einer Partnerin zusammen, der ebenfalls Mediziner bzw. außerhalb des Gesundheitswesens tätig ist. Bei weiteren 14,3 % arbeitete der Partner im Gesundheitsbereich. Etwa gleich hoch ist die Anzahl der Partner, die nicht berufstätig sind.

Motive und Berufswünsche zu Studienbeginn

Auf die Frage, welche Gründe entscheidend für die Aufnahme eines Medizinstudiums waren, zeigte sich, dass Frauen häufiger als Männer die Motive „berufsbedingter Umgang mit Menschen“ und „den Wunsch, Kranken zu helfen“ als Studienmotiv angaben. Mehr als die Hälfte der Medizinerinnen wollte durch ihr Studium einen seit ihrer Schulzeit gehegten Berufswunsch umsetzen, von dem sie sich eine interessante und vielseitige Tätigkeit erwartete. Das Motiv „hohes Sozialprestige“ wurde häufiger von ihren männlichen Kollegen genannt.

Nach den ursprünglichen Berufswünschen befragt, wollten zu Studienbeginn gut zwei Drittel der Befragten im kurativen Bereich arbeiten, 10 % planten eine wissenschaftliche Karriere, die restlichen waren noch unentschlossen. Bei Frauen zeigte sich zu diesem Zeitpunkt eine größere Unentschlossenheit bezüglich eines späteren Tätigkeitsfeldes.

Wahl der Facharztrichtung

Dem Bundestrend entsprechend konzentrierten sich 67,2% der Ärztinnen bei der Wahl ihrer Facharztrichtung auf sechs Bereiche: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Kinderheilkunde, Psychotherapie und Anästhesie. Bei den Männern streut das Spektrum breiter; von ihnen wollen nur 56,1% in diesen – mit Ausnahme der Inneren Medizin – so genannten Frauenfächern arbeiten.

Das Hauptmotiv für die Wahl des jeweiligen Faches war bei den Befragten ein starkes fachliches Interesse. Zu deutlichen Unterschieden kommt es zwischen den Geschlechtern bei den Motiven „Patientennähe“ und „gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie“. Diese Gründe waren für die Ärztinnen deutlich wichtiger als für ihre männlichen Kollegen: 59,2% zu 45,5% bzw. 42,4% zu 29,7%.

Weitere Qualifikationsabsichten

Drei Viertel der Befragten haben die Promotion bereits abgeschlossen, die Ärzte etwas öfter als die Ärztinnen. Fast alle Befragten streben sie an. In der Gruppe derjenigen, die nicht promovieren, sind Frauen überproportional vertreten. Vier Fünftel aller Befragten wollen eine Zusatzqualifikation erwerben. Auch hier sind es häufiger Mediziner als Medizinerinnen, die bereits dabei sind, ihr Vorhaben zu realisieren. Ein gutes Viertel der Mediziner schreibt an seiner Habilitation bzw. plant sie und nur wenige haben sie bereits abgeschlossen; von den Medizinerinnen ist gerade ein gutes Zehntel bei der Abfassung bzw. bei der Planung dieser wissenschaftlichen Qualifikation.

Erfahrungen als AiP und Konsequenzen für die weitere Berufsplanung

Die Zeit als AiP hatte bei den Befragten eine steuernde Wirkung auf den weiteren Berufsverlauf. Vor allem bei Frauen führte diese Weiterbildungsphase vermehrt zum Wechsel des Faches, da sie in dieser Zeit in starkem Maße die Unvereinbarkeit von Familie und Beruf erfuhren. Männer sahen sich dagegen eher in ihrer Berufswahl bestätigt. Bedeutsam für die stationäre Versorgung ist die Tatsache, dass die Zeit als AiP sowohl bei Männern als auch Frauen zu einer Abkehr von einer Tätigkeit im Krankenhaus führte. Dies ist vor allem auf lange Arbeitszeiten, viele Überstunden, enormen Zeitdruck, hohe Verantwortung, viel Verwaltungsarbeit und hierarchische Strukturen zurückzuführen, die nach Angaben von mehr als der Hälfte der Befragten ihren damaligen Arbeitsplatz im Krankenhaus kennzeichneten.

Angestrebtes bzw. realisiertes Tätigkeitsfeld

Auf die Frage, welches berufliche Ziel die Befragten anstreben bzw. welches sie bereits verwirklicht haben, gab ein Drittel der Befragten an, eine Niederlassung zu planen, gefolgt von einer Tätigkeit im Krankenhaus (27,8%). Weitere 6,2% äußerten den Wunsch nach einer wissenschaftlichen Laufbahn. Etwa gleich groß war der Anteil derjenigen, die im nicht-kurativen Bereich bzw. außerhalb des medizinischen Bereichs arbeiten bzw. arbeiten wollen. Ein gutes Viertel war im Hinblick auf das zukünftige Tätigkeitsfeld noch unentschlossen.

Differenziert man diese Ergebnisse nach dem Geschlecht, so wird ersichtlich, dass Ärztinnen in geringerem Maße im Krankenhaus arbeiten wollen und zudem seltener eine universitäre Karriere planen als ihre männlichen Kollegen. Diese Entwicklung ist vor allem auf die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, aber auch auf die Anforderungen an eine wissenschaftliche Karriere zurückzuführen, die einen immensen und nicht immer planbaren Zeitaufwand, zumeist zusätzlich zu einem „normalen“ Arbeitstag im Krankenhaus voraussetzt, was die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erschwert. Häufiger als ihre männlichen Kollegen entscheiden sich Medizinerinnen für eine Niederlassung, da sie so selbständiger ihre Zeit einteilen können. Gleiches gilt vermutlich auch für eine Beschäftigung im nicht-kurativen Bereich. Auch wenn die Zahlen in diesem Tätigkeitsbereich verhältnismäßig gering sind, so sind Frauen auch hier anteilmäßig stärker vertreten. Darüber hinaus ist knapp ein Drittel der Ärztinnen bezüglich ihrer weiteren Berufsplanung unentschlossen. Bei den Ärzten ist der Anteil in dieser Gruppe geringer.

Berufswünsche zu Studienbeginn und zum Befragungszeitpunkt

Vergleicht man die Berufswünsche zu Studienbeginn mit denen zum Erhebungszeitpunkt, so haben sich folgende Veränderungen ergeben: Eine geringe Abnahme verzeichnen die beruflich Unentschlossenen (von 28,2% auf 26,4%), eine stärkere Umkehrung ist bei den Befragten festzustellen, die eine wissenschaftliche Karriere planen (von 10,8% auf 6,2%). Um 10% ist der Anteil derjenigen gesunken, die im stationären Bereich tätig sein wollen bzw. dies bereits sind. Eine Zunahme verzeichnen dagegen die Befragten, die im nicht-kurativen Bereich arbeiten (von 0,6% auf 4,3%) sowie diejenigen, die sich niederlassen wollen (von 28,5% auf 33,0%).

Gründe für die Wahl der unterschiedlichen Tätigkeitsfelder

Für Befragte, die sich niederlassen wollen bzw. bereits niedergelassen haben, war der wichtigste Grund, selbständig bei freier Zeiteinteilung arbeiten zu können, gefolgt von dem größeren Handlungsspielraum, einer Arbeit ohne hierarchische Strukturen, dem direkten und kontinuierlichen Kontakt zu Patienten, dem Wegfall des Schichtdiensts und familienverträglichen Arbeitszeiten. Die letzten drei Gründe waren für Ärztinnen deutlich wichtiger als für ihre männlichen Kollegen. Für die Ärzte dagegen war die Tatsache wichtig, keine hierarchischen Strukturen und mehr Handlungsspielraum zu haben sowie eine leistungsgerechte Entlohnung zu erhalten. Darüber hinaus bestand für 40% aller Ärzte die Möglichkeit, eine Praxis zu übernehmen.

Bei den Motiven für eine Tätigkeit im Krankenhaus kommt es mit Ausnahme der Items: „Keine Arbeit mit den Abrechnungen“ und „Sichere Arbeitsstelle durch Aussicht auf einen Arbeitsvertrag“ zu deutlichen Abweichungen zwischen den Geschlechtern: Ein interessanteres Tätigkeitsfeld als in der freien Praxis, gute Berufschancen in der gewählten Facharzttrichtung, eine Leehrtätigkeit, gute Karrierechancen und Forschungsmöglichkeiten werden deutlich häufiger von Medizinern als von Medizinerinnen genannt. Ärztinnen arbeiten im Krankenhaus dagegen deutlich häufiger als Ärzte auf Grund der Möglichkeit, Teilzeit zu arbeiten. Dies ist für sie deshalb nach den Motiven „interessanteres Tätigkeitsfeld als in einer freien Praxis“ und „kein finanzielles Risiko“ der dritt wichtigste Grund für eine Tätigkeit im Krankenhaus.

Befragte, die im nicht-kurativen Bereich arbeiten wollen bzw. dies bereits tun, begründeten dies mit besseren Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen als im Krankenhaus. Differenziert man nach dem Geschlecht, so ist eine Arbeit für Männer im nicht-kurativen Bereich wegen der besseren Bezahlung interessanter. Ebenfalls können Probleme mit einer etwaigen Niederlassung vermieden werden. Frauen können Familie und Beruf in diesem Tätigkeitsfeld besser vereinbaren.

Suchverhalten, Suchdauer und Weiterbildungsstand

90% der Befragten suchten unmittelbar nach ihrer Approbation eine Stelle für ihre Weiterbildung zum Facharzt. Im Durchschnitt dauerte diese Suche 2,15 Monate. Nach drei Monaten hatten vier Fünftel einen Ausbildungsplatz gefunden. Diese Phase dauerte für Ärztinnen und Ärzte in etwa gleich lang. Zum Zeitpunkt der Befragung waren 41,2% der Befragten bereits mit ihrer Weiterbildung fertig bzw. hatten diese abgebrochen; die übrigen waren noch in dieser Phase. Nach dem Geschlecht differenziert, befanden sich

fast 61,8% der Medizinerinnen noch in ihrer Qualifikation zum Facharzt, 46,6% der Ärzte hatten diese dagegen schon beendet.

Arbeitsplatz im Krankenhaus

Vergleicht man die Krankenhäuser, an denen die Befragten zu Beginn der Weiterbildung und nach möglichen Wechseln zum Erhebungszeitpunkt arbeiten, im Hinblick auf ihre Versorgungsfunktion und Größe, so lässt sich Folgendes festhalten: Frauen wechselten vor allem an Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung sowie an Fachkliniken mit 300 bis 600 Betten. Männer arbeiteten dagegen nach ihrem Wechsel vor allem in Krankenhäusern der Maximal- und Schwerpunktversorgung mit 600 bis zu 1.000 Betten. Gemeinsam ist beiden Geschlechtern der Weggang aus den Universitätskliniken an Krankenhäuser mit anderer Versorgungsfunktion; dies gilt für Medizinerinnen in noch stärkerem Maße als für Mediziner.

Arbeitsvertrag, Arbeitszeiten im Krankenhaus

Ein Viertel der Befragten, in der Überzahl Männer (65,2%), haben einen unbefristeten Vertrag. Ärztinnen haben häufiger als Ärzte Arbeitsverträge mit einer Befristung unter zwei Jahren.

Unter den 19,4% der Befragten, die bis zu 40 Stunden wöchentlich arbeiten, befinden sich 30,0% aller befragten Ärztinnen, von denen wiederum mehr als die Hälfte Kinder haben. Von 37,3% der Ärztinnen, die zwischen 46 und bis zu 56 und mehr Stunden arbeiten, haben dagegen nur 17,3% Kinder.

Bezogen auf die Bereitschafts- und Rufdienste sind die Ärzte weit häufiger im Krankenhaus als ihre Kolleginnen: 57% der Mediziner haben über vier bis sieben Mal im Monat Bereitschaftsdienst, unter den Ärztinnen sind dies 45%. Mehr als die Hälfte der Ärztinnen hat keinen Rufdienst, bei den Ärzten sind dies dagegen nur zwei Fünftel.

Arbeitsplatzbewertung und Arbeitsplatzzufriedenheit im Krankenhaus

Vergleicht man die Arbeitsplatzbewertung während der Tätigkeit als AiP mit der Bewertung zum Erhebungszeitpunkt, so haben sich deutliche Verbesserungen ergeben. Dennoch klagten die im Krankenhaus Tätigen über zu viel Verwaltungsarbeit, hohe Verantwortung, zu geringes Einkommen, zu wenig Zeit für Patienten und über den Zeitdruck im Allgemeinen und den Arbeits- und Überstunden. Nach Geschlechtern differenziert, hoben vor

allein die Ärzte eben genannte Faktoren hervor. Ärztinnen bemängelten dagegen stärker als ihre Kollegen Arbeitsüberlastung und Übermüdung im Dienst, schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf und schlechte Ausbildung.

Auf die Frage nach der Arbeitszufriedenheit insgesamt gab knapp die Hälfte der Befragten an, mit ihrer Arbeit sehr bzw. zufrieden zu sein; nur 8,6% sind weniger und 4,8% sind gar nicht zufrieden. 38,6% befinden sich mit ihrer Bewertung im Mittelfeld.

Familie und Weiterbildungsverlauf

Die Vereinbarung von Beruf und Familie ist vor allem für Ärztinnen mit Kindern ein Problem: 77,6% der Ärztinnen, aber nur 18,0% der Ärzte gaben an, dass sich ihre Weiterbildung durch Kinder im Haushalt verzögert habe. Zur Unterbrechung kam es bei 74,1% der Medizinerinnen, bei den Medizinern lag der Anteil bei 5,8%. 15,4% aller Medizinerinnen mit Kindern brachen ihre Weiterbildung ganz ab, von den Männern war es nicht einmal ein Prozent.

Bundesland des zukünftigen Arbeitsplatzes und Gründe für den Fortgang aus Bayern

Auf die Frage, in welchem Bundesland die Mediziner nach ihrer Beendigung ihrer Facharztweiterbildung arbeiten wollen, gaben 64,0% der Befragten Bayern an. Damit zeichnet sich auf den ersten Blick ein leichtes Defizit ab, wenn man diesen Wert auf die Untersuchungsgruppe bezieht, die in Bayern approbiert hat. Dem steht jedoch entgegen, dass 17,0% der Befragten noch unschlüssig sind, ob sie in Bayern bleiben bzw. in ein anderes Bundesland oder ins Ausland gehen werden. Weitere 8,0% sind gleichgültig im Hinblick auf ihren späteren Arbeitsort. Somit kann sich die Quote derer, die in Bayern bleiben, noch leicht erhöhen.

Betrachtet man die Mobilitätsneigung nach dem Geschlecht, so sind die Ärztinnen in dieser Untersuchung immobiler als ihre männlichen Kollegen. Differenziert man die Gründe für eine mögliche Abwanderung nach dem Geschlecht, so wollen Mediziner insbesondere wegen einer besseren Bezahlung und besserer Arbeitsbedingungen, geringerer Bürokratie, besserer Weiterbildung und eines höheren gesellschaftlichen Ansehens aus Bayern weggehen. Bei Frauen sind es eher familiäre Gründe, wie die Arbeitsplatzentscheidung des Partners bzw. die Nähe zu Freunden und zur Familie, die sie bewegen, Bayern (wieder) zu verlassen und in ihr Herkunftsbundesland zurückzugehen. Einige Ärztinnen machen jedoch ihre Entscheidung über ihren künftigen Arbeitsort vom Stellenangebot abhängig.

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und erneute Wahl des Arztberufs

Die Frage, ob gesundheitspolitische Rahmenbedingungen auf die berufliche Entscheidung Auswirkungen hätten, antworteten zwei Fünftel der Befragten dahingehend, dass dies in sehr starkem Maße der Fall gewesen sei. Dabei spielten vor allem folgende Faktoren eine Rolle:

- sich ständig verändernde und verschlechternde Arbeitsbedingungen;
- Verschlechterung der ärztlichen Versorgung durch einschneidende Maßnahmen in der Therapie und damit eine Gefährdung der Patienten;
- finanzielle Verschlechterungen und Risiken in Form von Verschuldung bei einer Niederlassung.

Trotz dieser bedenklichen Entwicklung würden sich etwa ein Fünftel der Befragten auf jeden Fall und gut weitere zwei Fünftel wahrscheinlich wieder für den Arztberuf entscheiden.

Ärzte im Ausland

Im Vergleich zu den in Bayern arbeitenden Ärzten, sind die im Ausland tätigen Ärzte, die 5,0% aller Befragten ausmachen, jünger, leben in geringerem Maße in einer festen Partnerschaft und haben seltener Kinder. Der Frauenanteil ist zudem höher. Sie arbeiten vor allem in der Schweiz, gefolgt von den USA und neun weiteren europäischen Ländern. Ein Fünftel von ihnen war bereits während des AiP im Ausland tätig.

Die Berufswünsche der im Ausland tätigen Ärzte richteten sich zurzeit des Studiums stärker als die ihrer in Bayern arbeitenden Kollegen auf eine Tätigkeit im Krankenhaus bzw. in nicht-kurativen Bereichen, seltener auf eine Tätigkeit als niedergelassener Arzt. Während ihrer Zeit als AiP entstand bei den Befragten häufiger der Wunsch, wissenschaftlich zu arbeiten, eine weniger belastende Tätigkeit auszuüben und ins Ausland zu gehen. Obgleich sie jünger sind, sind sie in ihrem Qualifikationsprozess weiter fortgeschritten als ihre in Bayern arbeitenden Kollegen. Zum Befragungszeitpunkt arbeitete ein Fünftel von ihnen im wissenschaftlichen Bereich. Ein Viertel ist im Krankenhaus beschäftigt, etwa gleich groß ist der Anteil derjenigen, der noch unentschlossen bezüglich seiner späteren Tätigkeit ist. Nur 15,2% wollen sich niederlassen. 10,9% arbeiten im nicht-kurativen Bereich.

Gründe für die Entscheidung, im Ausland zu arbeiten, waren insbesondere bessere Bezahlung, bessere Arbeitsbedingungen und Berufsperspektiven, ein attraktives Stellen-

angebot, weniger Hierarchie und die Berufstätigkeit des Partners im Ausland. Maßgeblich sind auch gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, die bei 45,7% der Befragten den Entschluss festigten, ins Ausland zu gehen. Gut zwei Drittel der zum Befragungszeitpunkt im Ausland tätigen Ärzte und Ärztinnen wollen im Ausland bleiben.

Betrachtet man die Arbeitsplätze der im Ausland arbeitenden Mediziner und Medizinerinnen, so arbeiten sie vorwiegend entweder in Universitätskliniken und in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung. Positiv an ihrem Arbeitsplatz bewerteten sie die bessere Möglichkeit zur Versorgung der Patienten sowie die Zusammenarbeit mit ihren Kollegen, aber auch ihre Einkommenssituation, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und vor allem ihre Arbeitsbedingungen, wie z. B. die Arbeitszeitgestaltung, sowie die Ausstattung der Abteilung im Krankenhaus. Wichtig ist für sie zudem die Attraktivität der Stadt, in der sie arbeiten. All diese Faktoren führen dazu, dass sie deutlich zufriedener als ihre in Bayern arbeitenden Kollegen sind und dementsprechend häufiger den Arztberuf wieder ergreifen würden.

Betrachtet man den arbeitsrechtlichen Rahmen und die Arbeitszeiten, so haben fast die Hälfte der im Ausland arbeitenden Befragten unbefristete Stellen inne. Besteht jedoch eine Befristung, so ist diese meistens kürzer als zwei Jahre. Das Arbeitspensum, gemessen in Wochenstunden, ist bei knapp der Hälfte höher als bei den in Bayern arbeitenden Ärzten, wobei sie allerdings weniger Bereitschaftsdienste haben. Der zeitlich höhere Einsatz mag auch darauf zurückzuführen sein, dass ein höherer Prozentsatz der Mediziner wissenschaftlich tätig ist.

17.2 Bewertung der Ergebnisse

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse geben Aufschluss über drei Bereiche, welche die *zukünftige ärztliche Versorgung* in Bayern beeinflussen können:

- Der erste Bereich betrifft den immer größer werdenden Anteil weiblicher Studienanfänger und Absolventinnen im Fach Humanmedizin und die daraus entstehenden Auswirkungen auf die kurative Versorgung im ambulanten und vor allem im stationären Bereich.
- Der zweite Bereich betrifft die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und versucht Auskunft über die Attraktivität dieser Tätigkeitsfelder zu geben.
- Der dritte Bereich betrifft die Abwanderung der Ärzte, die bereits während ihrer Weiterbildung zum Facharzt ins Ausland gegangen sind.

17.2.1 Frauenanteil in der Medizin

Ausgehend von steigenden Absolventinnenzahlen im Fach Humanmedizin, wird es *langfristig gesehen zu qualitativen und quantitativen Veränderungen in der ärztlichen Versorgung kommen*. Diese ergeben sich durch die unterschiedlichen beruflichen Entwicklungsverläufe und daraus resultierenden beruflichen Entscheidungen von Ärztinnen in ihrer Weiterbildungsphase. Dieser Prozess wird durch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigt:

Berufsziel von Ärztinnen

Frauen wollen „gute Ärztinnen sein“, d.h. sie wollen sich intensiv um ihre Patienten kümmern und genügend Zeit für sie haben. Dieser Wunsch ist bei ihnen stärker ausgeprägt als bei den männlichen Kollegen. Im Krankenhaus werden sie während ihrer Weiterbildung mit Arbeitsbedingungen und Karrierestrukturen konfrontiert, die diesem Ziel zuwiderlaufen und zu Frustrationen führen. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass sie die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus bereits während ihrer Zeit als AiP als unbefriedigend erleben, so dass einige von ihnen beschließen, das Krankenhaus zu verlassen und in einer niedergelassenen Praxis die Weiterbildung zum Facharzt fortzusetzen. Ein Großteil der Ärztinnen wechselt zudem die Facharzttrichtung oder beschließt, sich nach Abschluss der Weiterbildung selbst niederzulassen und nicht im Krankenhaus zu arbeiten. *Hält dieser Trend bei den Medizinerinnen an und nimmt zugleich ihr Anteil an allen Medizinern zu, kann es zu einem Arbeitskräftemangel im stationären Bereich kommen.*

Arbeitsvertraglicher Rahmen

Aus der Untersuchung geht hervor, dass Frauen seltener unbefristete Verträge erhalten als ihre Kollegen. Darüber hinaus laufen ihre befristeten Verträge auch kürzer. Dadurch ist es für sie schwieriger, den in der Weiterbildungsordnung vorgesehenen Leistungskatalog abzuarbeiten. Die Qualifikationsphase von Ärztinnen dauert dementsprechend länger. Werden sie schwanger, ist es ihnen in einigen Tätigkeitsbereichen durch arbeitsrechtliche Bestimmungen untersagt, weiterzuarbeiten. Ihr Vertrag läuft dann aus, ohne dass die Zeit des Mutterschaftsurlaubs angehängt werden kann. Der Wiedereinstieg in die Weiterbildung nach der Familienphase gestaltet sich oft recht schwierig, Unterbrechungen und Verzögerungen sind die Regel. Aber nicht nur aufgrund der Arbeitsbedingungen, sondern auch durch mangelnde Kinderbetreuungsmöglichkeiten und starre Arbeitszeitregelungen fällt es den Ärztinnen schwer, Beruf und Familie zu vereinbaren. Ihr Eintritt in den Arbeitsmarkt, sei es nun im Krankenhaus oder in einer freien Praxis,

erfolgt damit im Durchschnitt später als der ihrer männlichen Kollegen, *was quantitativ eine Verminderung in der ärztlichen Versorgung zur Folge haben kann.*

Karriereplanung von Ärztinnen und ihr Einfluss auf die Forschung

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass Frauen mehr Zeit für ihre Qualifikationsphase benötigen. Vermutlich aus diesem Grund planen sie auch seltener eine Zusatzqualifikation bzw. Spezialisierung oder eine wissenschaftliche Weiterbildung in Form der Habilitation. Hinzu kommt, dass Ärztinnen, befragt nach ihren Lebens- und Berufswünschen, das Ziel „berufliche Karriere“ nachrangig bewerten. Ihre Selbstselektion bezüglich ihrer beruflichen Karriere hat zur Folge, dass Frauen *wahrscheinlich weiterhin selten in Chefarztpositionen bzw. auf C3- oder C4-Stellen zu finden sein werden und damit auch keinen Einfluss auf die Entwicklung der Forschung, wie z. B. den jungen Bereich der frauenspezifischen medizinischen Forschung, nehmen werden.*

Wahl des Fachgebiets

Wie in anderen Untersuchungen zeigt sich auch in der vorliegenden Arbeit, dass sich etwa zwei Drittel der befragten Ärztinnen auf sechs so genannte „Frauenfächer“ spezialisiert haben. Hält dieser Trend bei einem steigenden Frauenanteil an, *kann es zu einer eingeschränkten Versorgung in den übrigen Fachgebieten kommen.*

Bewertung des Tätigkeitsfeldes Krankenhaus

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Arbeitsplatz Krankenhaus von den Befragten durch viel Verwaltungsarbeit, hohe Verantwortung, geringes Einkommen, wenig Zeit für Patienten, Zeitdruck und lange Arbeitszeiten aufgrund der zusätzlichen Dienste und Überstunden gekennzeichnet. Ein Drittel der Frauen beklagt darüber hinaus in gleichem Maße die Schwierigkeit, Familie und Beruf zu vereinbaren und Arbeitsüberlastung und Übermüdung im Dienst. Dies führt dazu, dass mehr Frauen als Männer bezüglich ihrer weiteren beruflichen Zielsetzung unschlüssig sind sowie sich in höherem Maße niederlassen oder eine Tätigkeit im nicht-kurativen Bereich ergreifen wollen, als dies zu Studienbeginn geplant war. *Auch diese Tendenz kann negative Auswirkungen auf die Ärzteversorgung im stationären Bereich haben.*

Wahl des Weiterbildungsträgers

Wie schon in anderen Untersuchungen, so konnte in der vorliegenden Studie gezeigt werden, dass Ärztinnen nach einem Wechsel stärker als ihre männlichen Kollegen in

Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung oder in Fachkrankenhäusern mit einer geringeren Bettenzahl arbeiten und weniger in Universitätsklinika. Es ist davon auszugehen, dass dies aufgrund der Möglichkeit geschieht, in diesen Einrichtungen eher Teilzeit und ohne starken Konkurrenzdruck patientenorientiert arbeiten zu können. In Bezug auf die Versorgung hat dies zur Folge, *dass es bei einem ansteigenden Frauenanteil in der Medizin vor allem in Krankenhäusern der Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung und in den Universitätsklinika zu einem Medizinerangel kommen kann.*

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass bei einem steigenden Frauenanteil in der Medizin und bei gleich bleibenden Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern eine Umverteilung vom stationären in den ambulanten Bereich bzw. in nicht-kurative Tätigkeitsfelder erfolgt und eine Konzentration auf bestimmte Facharzttrichtungen zu erwarten ist. Geht man von den Annahmen von Ackermann-Liebrich aus, so wird es nicht nur zu Verschiebungen innerhalb der einzelnen Tätigkeitsbereiche kommen, sondern auch zu einem Versorgungsdefizit, da nach ihren Angaben für die gleiche ärztliche Versorgungsdichte mehr Frauen notwendig wären, um keine Versorgungslücke entstehen zu lassen.

17.2.2 Arbeitsplatz Krankenhaus

Wie Ärztinnen die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus erleben und für sich die entsprechenden Konsequenzen ziehen, wurde bereits im ersten Untersuchungsbereich dargestellt. Im Folgenden soll darüber hinaus die Sichtweise der männlichen Ärzte bezüglich ihrer Arbeitsbedingungen im Krankenhaus gezeigt werden. Generell ist knapp die Hälfte von ihnen mit der dortigen Tätigkeit zufrieden. Obgleich sie sich deshalb auch häufiger als ihre Kolleginnen für eine Tätigkeit im Krankenhaus entscheiden, sei es um wissenschaftlich zu arbeiten oder vorrangig in der Patientenversorgung tätig zu sein, ist ihr Anteil (30,3%) in etwa gleich groß wie der jener Kollegen, die sich niederlassen wollen bzw. bereits niedergelassen haben (30,5%). Der Weggang aus dem Krankenhaus nach Beendigung der Weiterbildung ist vor allem auf die dort herrschenden Arbeitsbedingungen zurückzuführen: Noch stärker als ihre Kolleginnen kritisieren drei Viertel der Ärzte die übermäßige Verwaltungsarbeit im Rahmen ihrer Arbeit, zwei Drittel das zu geringe Einkommen, die geringe Zeit für die Patienten, die hohe Verantwortung und den hohen Zeitdruck sowie die langen Arbeitszeiten und die vielen Überstunden. Der Trend zur Niederlassung nach der Weiterbildung entspricht der gesamt-bayerischen Entwicklung (vgl. Schmidt 2004, S. 41).

17.2.3 Ärzte im Ausland

Nach den Statistiken der Bayerischen Landesärztekammer ist ihr Anteil über die letzten zehn Jahre hinweg relativ konstant bei fünf Prozent geblieben. Bezogen auf ihre Studienmotivation unterschieden sie sich bereits zu Studienbeginn von den nunmehr in Bayern tätigen Ärzten insofern, als sie von Anfang an eher an einer wissenschaftlichen Karriere interessiert waren und in einem geringeren Maße eine Tätigkeit im Krankenhaus anstrebten bzw. eine Niederlassung ins Auge fassten.

Ein Großteil von ihnen ging, vor allem wegen der besseren Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten, ins deutschsprachige Ausland. Zwei Drittel von ihnen wollen auch im Ausland bleiben. Frauen, die ins Ausland gegangen sind, verweisen darauf, dass es für sie dort leichter ist, Beruf und Familie zu vereinbaren; oft folgten sie aber auch ihrem Partner ins Ausland.

Entsprechend den vorliegenden Untersuchungsergebnissen dürfte es schwierig sein, eine Aussage darüber zu treffen, welche Konsequenzen für die ärztliche Versorgungslage in Bayern sich durch die im Ausland arbeitenden Mediziner ergeben können.

18 Empfehlungen

Im Folgenden werden aus den Ergebnissen der drei Untersuchungsbereiche der vorliegenden Studie Empfehlungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die große Gruppe der Mediziner abgeleitet, die in der kurativen Versorgung arbeiten und dort auch bleiben wollen. Die Empfehlungen beziehen sich damit indirekt auch auf die in letzter Zeit in den Medien oftmals erwähnte Gruppe derjenigen Ärzte, die ins Ausland gehen oder bereits gegangen sind, und ebenso wenig auf diejenigen Mediziner, welche im nicht-kurativen Bereich tätig sein wollen bzw. es bereits sind.

Im Hinblick auf den bevorstehenden strukturellen Wandel der Ärzteschaft in Bayern und dessen Konsequenzen für die ärztliche Versorgung umfassen die Empfehlungen drei miteinander zusammenhängende Bereiche, die sich schwerpunktmäßig auf die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und Universitätskliniken beziehen. In die Ausführungen werden Überlegungen aus den Untersuchungen von Hauffe (*vgl. Hauffe 2003, S. 80 f.*) sowie Empfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung einbezogen (*vgl. BMGS 2004, S.111 f.*). Die folgenden Empfehlungsbereiche betreffen

- Maßnahmen zur Schaffung familienfreundlicherer Arbeitsbedingungen im Krankenhaus,
- Maßnahmen zur beruflichen Förderung von Ärztinnen im Krankenhaus,
- Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Arbeitssituation im Krankenhaus.

18.1 Maßnahmen zur Schaffung familienfreundlicherer Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Aus vielen Untersuchungen, wie auch aus der vorliegenden Studie wird deutlich, dass die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus es Ärztinnen und Ärzten erschweren, Familie und Beruf zu vereinbaren. Die folgenden Empfehlungen gehen von Leitbildern aus, welche die familiären Lebensbedingungen der Ärzte und Ärztinnen berücksichtigen und Familien Gründungen ermöglichen. Folgende Maßnahmen werden empfohlen:

Arbeitsplatzbeschreibung für schwangere Ärztinnen

Krankenhausleitungen sollten mit ihren Betriebsärzten Arbeitsplatzbeschreibungen für schwangere Ärztinnen erstellen, die diesen eine qualifizierte Weiterbildung ermöglichen, so dass sie ihren vorgeschriebenen Ausbildungskatalog in angemessener Zeit erfüllen können. Nachteile, die den Medizinerinnen entstehen, sollten durch eine Reform der Mutterschutzbestimmungen beseitigt werden (vgl. Hauffe 2003, S. 81).

Maßnahmen zum Wiedereinstieg

Während der Elternzeiten sollte der Kontakt zwischen Krankenhaus und den Beurlaubten weiterhin bestehen bleiben und über hauseigene sowie externe Fortbildungsmaßnahmen gepflegt werden, z. B. in Form verschiedener Fachkurse, die den Wiedereinstieg erleichtern. Personalentwicklungskonzepte sollten sicherstellen, dass Rückkehrer entsprechend ihren Befähigungen optimal integriert werden, damit die „vorübergehende Auszeit“ nicht zu einer endgültigen Auszeit wird (vgl. Hauffe 2003, S. 82).

Institutionalisierung der Kinderbetreuung

Wie für alle berufstätigen Eltern mit kleinen oder schulpflichtigen Kindern, stellt sich das Problem der Versorgung und Beaufsichtigung während der Arbeitszeit. Da unsicher ist, ob von staatlicher Seite in absehbarer Zeit Maßnahmen zur Behebung dieses Dilemmas getroffen werden, sollten diesbezüglich von Seiten des Krankenhauses Betreuungsangebote für Kinder gemacht werden. Der Idealfall wären betriebseigene Betreuungsangebote.

Ist der Bedarf für eine eigene Einrichtung zu gering, könnte an die Bereitstellung von Räumlichkeiten gedacht werden, in denen mehrere Eltern auf privater Ebene Betreuer selber engagieren. Gleichzeitig sollte ermöglicht werden, dass Kinder durch die Krankenhausküche mit verköstigt werden können.

18.2 Maßnahmen zur beruflichen Förderung von Ärztinnen im Krankenhaus

Flexiblere Arbeitszeitgestaltung und -modelle

Wie die vorliegende Untersuchung zeigt, streben Ärztinnen seltener eine Karriere im Krankenhaus an als ihre männlichen Kollegen. Dies geschieht einerseits aufgrund ihres beruflichen Selbstkonzeptes, andererseits weil sie sich die Möglichkeit offen lassen wollen, eine Familie zu gründen. Um diese innere Barriere abzubauen, ist Folgendes zu empfehlen:

Von Klinikleitung, Personalräten und Frauenbeauftragten sollten Arbeitszeitmodelle für Personen mit Leitungsfunktionen entwickelt werden, die auch Frauen ermutigen, sich um eine höhere Position zu bewerben, ohne auf Familie verzichten zu müssen. Darüber hinaus sollten in größerem Umfang Teilzeitarbeitsplätze eingerichtet werden sowie die Möglichkeit von „Jobsharing“ mit anderen erziehenden Ärztinnen angedacht werden (*vgl. Hauffe 2003, S. 81; BMGS 2004, S. 118*).

Strukturierte Organisation der Weiterbildung

Wie aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung hervorgeht, benötigen Frauen in ihrer Qualifikation zum Facharzt länger als Männer. Dies gilt nicht nur für Ärztinnen mit Familie, sondern betrifft auch kinderlose Ärztinnen. Gründe dafür sind vor allem die befristeten Arbeitsverträge, die darüber hinaus deutlich kürzer sind als bei den männlichen Ärzten. Wesentlich erscheint auch, dass in der ärztlichen Weiterbildung zwar der Operationskatalog für das jeweilige Fach festgelegt ist, nicht aber die qualitative Organisation des Ablaufs dieses Katalogs. Um dies zu ändern, lässt sich folgende Empfehlung geben:

Zusätzlich zum fachspezifischen Leistungskatalog ist es notwendig, die Weiterbildungsordnung so zu gestalten, dass die Einteilung der Operationseinsätze und die zeitliche Zuordnung zu bestimmten Stationen nachvollziehbar ist. Darüber hinaus wäre es wünschenswert, dass innerhalb des Krankenhauses Weiterbildungsvereinbarungen zu individuellen Karrierewegen erarbeitet würden (*vgl. Hauffe 2003, S. 81*).

18.3 Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Arbeitssituation im Krankenhaus

Maßnahmen zur Reduzierung bürokratischer Belastungen

Ein Ergebnis der vorliegenden sowie anderer Studien ist die Belastung der Ärzte im Krankenhaus durch den hohen Anteil an Verwaltungsarbeiten. Diesen zu reduzieren, würde zur Verbesserung der Arbeitssituation beitragen. Folgende Empfehlungen lassen sich ableiten:

Zur Verminderung des Dokumentationsaufwands sollten im Rahmen von Personalentwicklungsmaßnahmen Ärzte die Möglichkeit haben, sich größere IT-Kompetenzen anzueignen. Darüber hinaus würde die Übernahme von Verwaltungstätigkeiten durch medizinische Dokumentationsassistenten entlastend wirken (vgl. BMGS 2004, S. 120).

Langfristige Arbeitsverträge

Aus der vorliegenden Untersuchung wird sichtbar, dass nur ein Viertel der Befragten unbefristete Verträge hat. Wie aus den offenen Antworten und den Kommentaren der Befragten hervorgeht, waren die Verträge oft nur auf drei Monate befristet. Dies führt einerseits zu einer Unsicherheit und Unplanbarkeit der weiteren beruflichen und privaten Zukunft, darüber hinaus zu einer Verlängerung der Weiterbildung.

Um die Attraktivität einer Arbeit im Krankenhaus zu erhöhen, sollten daher die kurz befristeten Arbeitsverträge abgeschafft werden.

Verbesserte Rahmenbedingungen zur wissenschaftlichen Weiterbildung

Wie die vorliegende Untersuchung zeigt, planen weniger Ärztinnen eine wissenschaftliche Karriere als ihre männlichen Kollegen, was u.a. durch ihre geringeren Promotions- und Habilitationsquoten und die Tendenz zum Ausdruck kommt, sich eher niederzulassen als im Krankenhaus, vor allem in Universitätsklinik, zu arbeiten. Aber auch für die Ärzte bedeutet wissenschaftliche Weiterqualifikation einen hohen Arbeitsaufwand, der zumeist nach einem langen Arbeitstag geleistet werden muss. Daraus ergibt sich folgende Empfehlung:

Um mehr junge Mediziner und Medizinerinnen für eine wissenschaftliche Karriere zu motivieren ist daher sicherzustellen, dass Forschung und wissenschaftliche Weiterqualifikation weitgehend innerhalb der Arbeitszeit stattfinden können.

Maßnahmen zur Verbesserung der Einkommenssituation

Die Studie verdeutlicht weiter, dass das von den Ärzten kritisierte Missverhältnis zwischen Arbeitsaufwand und Bezahlung der Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus schadet. Daraus lassen sich folgende Empfehlungen ableiten:

Anhebung der Grundvergütung auf westeuropäisches Niveau und Vergütung der Überstunden. Darüber hinaus wäre es nach den Untersuchungsergebnissen des BMGS sinnvoll, allen Ärzten im Krankenhaus die Möglichkeit zu geben, durch die Mitbehandlung bestimmter Patientengruppen – etwa Privatpatienten – ein zusätzliches Einkommen zu erzielen. Die Vergabe dieser Zusatzverdienste liegt bislang zumeist in der Hand der leitenden Ärzte und sollte nach transparenten Kriterien erfolgen (vgl. *BMGS 2004, S. 121*).

Veränderung des Führungsstils in Krankenhäusern:

Besonders in der Anfangszeit der Weiterbildung als AiP, aber auch in der späteren Weiterbildungsphase zum Facharzt, empfand mehr als ein Drittel der Befragten die hierarchischen Strukturen im Krankenhaus als störend. Daraus lässt sich folgende Empfehlung ableiten (vgl. *BMGS 2004, S. 122*):

Anstelle eines hierarchisch ausgerichteten Führungsstils sollte sich ein kooperativer Führungsstil entwickeln. Die leitenden Ärzte müssen sich ihrer Führungsrolle bewusst werden und Personalführungsaufgaben wahrnehmen (vgl. *BMGS 2004, S. 112*).

Unterstützung des Double-Career-Konzepts

Wie diese Studie zeigt, sind Ärztinnen bei der Standortfrage ihres Arbeitsplatzes immobiler, da sie sich stärker als Männer am Arbeitsstandort ihres Partners orientieren. Um Versorgungsdisparitäten in dezentral gelegenen Gebieten aufgrund von Fehlallokationen aufzufangen und damit die ärztliche Versorgung im stationären Bereich, aber auch bei der Wiederbesetzung von Praxen in diesen Gebieten attraktiv zu machen, sollten Maßnahmen ergriffen werden, um die Mobilität von Medizinerinnen, aber auch von Medizinern zu erhöhen und damit den Zuzug in diese Gebiete anzustoßen. Daraus ergibt sich folgende Empfehlung:

Von den Krankenhausträgern bzw. den Kommunen sollte u. a. durch Umsetzung des Double-Career-Konzepts für Mediziner(ehe)paare – 33,1 % der Befragten leben mit einem Partner bzw. Partnerin im Arztberuf zusammen – die Möglichkeit einer gemeinsamen Niederlassung am gleichen Ort oder einer Arbeit im gleichen Krankenhaus eröffnet werden.

Literatur

Abele, A. E. (2001): Arztberuf – Zwischen Erwartung und Realität. In: Deutsches Ärzteblatt (98), Heft 46, S. A 3008–3011

Abele, A. E. (2003): Ärztinnen und Ärzte vom zweiten Staatsexamen bis zur Facharztausbildung. In: Abele, A. E. u. a. (Hrsg.): Frauen und Männer in akademischen Professionen – Berufsverläufe und Berufserfolg. Heidelberg, S. 29–41

Ackermann-Lieblich, U. (2003): Welche Frauen hat die Medizin? In: Vetter, K. u. a. (Hrsg.): Feminisierung in der Medizin. Hamburg, S. 14–25

Bestmann, B.; Rohde, V.; Wellmann, A.; Küchler, T. (2004 a): Berufsreport 2003 – Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten. In: Deutsches Ärzteblatt (101), Heft 1–2, S. A 28–32

Bestmann, B.; Rohde, V.; Wellmann, A.; Küchler, T. (2004 b): Berufsreport 2003 – Geschlechterunterschiede im Beruf. In: Deutsches Ärzteblatt (101), Heft 12, S. A 776–779

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2003/2004): Statistische Berichte – Studenten und Absolventen an den Bayerischen Hochschulen. München

Bayerische Landesärztekammer (2005): Monatsstatistik nach Tätigkeitsbereichen, Datenbestand vom 03.01.2005. Abrufbar unter URL: http://www.blaek.de/beruf_recht/melde/stat2004.pdf [Stand: 11. Mai 2005]

BLK – Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (2004): Frauen in der Medizin – Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Bonn (Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung 117)

BMGS – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004): Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“. Hamburg

Buddeberg-Fischer, B. (2003): Welche Frauen braucht die Medizin? Karriereentwicklung von Frauen und Männern in der Medizin. In: Vetter, K. u. a. (Hrsg.): Feminisierung in der Medizin. Hamburg, S. 6–41

Buddeberg-Fischer, B.; Klaghofer, R. (2003): Geschlecht oder Persönlichkeit? Determinante der Karrierepläne angehender Ärzte und Ärztinnen. In: Abele, A. E. u. a. (Hrsg.): Frauen und Männer in akademischen Professionen – Berufsverläufe und Berufserfolg. Heidelberg, S. 17–28

Bühren, A. (2001): Ist die Chirurgie männlich? Diskussion eines Vorurteils. In: Schönleben, K. (Hrsg.): ΠΑΝΤΑ ΠΕΙ: Umdenken in der Chirurgie. München, S. 177–190

Bundesanstalt für Arbeit (2002): Ärztinnen und Ärzte. Arbeitsmarkt-Information für qualifizierte Fach- und Führungskräfte. Bonn

Bundesärztekammer (2005): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2004. Abrufbar unter URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztestatistik/03Statistik2004/index.html> [Stand: 11. Mai 2005]

Busse, H. van den; Weidtmann, K.; Kohler, N.; Frost, M. Dunkelberg, S. (2004): Nachwuchsmangel abwendbar. In: Deutsches Ärzteblatt (101), Heft 7, S. A 403–404

Drexler-Gormann; Kaiser, R. H. (2002): Arbeitsbedingungen und Berufszufriedenheit bei Krankenhausärztinnen in Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland. In: Hessisches Ärzteblatt, Heft 12, S. 682–685

Dudenhausen, J. W. (2003): Universitäten – ein Hort alter Strukturen? In: Vetter, K. u. a. (Hrsg.): Feminisierung in der Medizin. Hamburg, S. 70–77

Goesmann, C.; Sens, B.; Heidrich, S.; Glowienka-Wiedenroth, F. (2002): Hohe Berufszufriedenheit bei niedergelassenen Ärztinnen! In: Niedersächsisches Ärzteblatt (75), Heft 10, S. 7–13

Grote, S.; Hoff, E.-H.; Wahl, A.; Hohner, H.-U. (2001): Unterschiedliche Berufsverläufe, Berufserfolg und Lebensbedingungen von Frauen und Männern in zwei hoch qualifizierten Berufen. Berlin (Berichte aus dem Bereich „Arbeit und Entwicklung“ am Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin 16)

Hauffe, U. (2003): Veränderungen von Arbeitskonzepten und Arbeitsplatzbedingungen. In: Vetter, K. u. a. (Hrsg.): Feminisierung in der Medizin. Hamburg, S. 78–84

Heublein, U.; Spangenberg, H.; Sommer, D. (2002): Ursachen des Studienabbruchs, Analyse 2002, HIS Hochschulplanung, Hannover. Bd. 163

Hoff, E.-H.; Dettmer, S.; Grote, S.; Hohner, H.-U. (2002): Formen der beruflichen und privaten Lebensgestaltung, Berlin (Berichte aus dem Bereich „Arbeit und Entwicklung“ am Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin 17)

Hohner, H.-U.; Grote, S.; Hoff, E.-H. (2003): Geschlechtsspezifische Berufsverläufe – Unterschiede auf dem Weg nach oben. In: Deutsches Ärzteblatt (100), Heft 4, S. A 166–169

Hohner, H.-U.; Grote, S.; Hoff, E.-H.; Dettmer, S. (2003): Berufsverläufe, Berufserfolg und Lebensgestaltung von Ärztinnen und Ärzten. In: Abele, A. E. (Hrsg.): Frauen und Männer in akademischen Professionen – Berufsverläufe und Berufserfolg. Heidelberg, S. 43–56

Hoppe, J. D. (2002): Zunehmend weniger attraktiv. In: Deutsches Ärzteblatt (99), Heft 3, S. A 78–83

Kaiser, R. H. (2002): Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten im Krankenhaus – eine empirische Untersuchung in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland. Köln

Klose, J.; Uhlemann, T.; Gutschmidt, S. (2003): Ärztemangel-Ärztenschwemme? Auswirkungen der Alterstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung. Wissenschaftliches Institut der AOK. Bonn (WIdO-Materialien 48)

Kopetsch, T. (2002): Überaltert und zu wenig Nachwuchs. In: Deutsches Ärzteblatt (99), Heft 9, S. A 544–547

Kopetsch, T. (2003): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Ergebnisse der 2. aktualisierten und überarbeiteten Auflage der Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung der KBV und der Bundesärztekammer. Köln

Mesletzky, J. (1996): Beruf und Familie bei Medizinerinnen und Medizinem. Kiel (Schriftenreihe des Zentrums für interdisziplinäre Frauenforschung der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Bd. 2.)

Offermanns, M. (2003): Krankenhaus Barometer – Herbstumfrage 2002. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf

o. V. (2004 a): Führungsstarke Frauen gelten als zickig, In: Süddeutsche Zeitung vom 09. September 2004

o. V. (2004 b): Deutschland steht Chirurgenmangel bevor, In: Informationsdienst Wissenschaft, Pressemitteilung vom 07. Dezember 2004, abrufbar unter URL: <http://idw-online.de7pages/de7news93420> [Stand: 09. Dezember 2004]

o. V. (2005): Jeder zehnte Abiturient möchte Arzt werden, In: Süddeutsche Zeitung vom 17./18. September 2005

Rodhe, V.;/Bestmann, B.; Wellmann, A. (2004): Berufsreport 2003 – Klinik, Forschung und Lehre: Ein Spagat. In: Deutsches Ärzteblatt (101), Heft 14, S. A 908–912

Schmidt, S. H. (2004): Die Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Bayern. In: Beiträge zur Hochschulforschung (26), Heft 1, S. 28–63

Schmutzler, R. (2004): Chancengleichheit- Chance für die Wissenschaft, Impulsreferate. In HRK (Hrsg.): Frauen in der Wissenschaft, HRK Jahresversammlung 2003. Bonn, S. 87–90

Schücking, B. (1998): Die Frau, das immer noch unbekannte Wesen? Frauen und Frauenforschung in der Medizin. In: Dr. med. Mabuse (23), Nr. 111, Januar/Februar, S. 56–60

Sielk, M.; Wilm, S. (2004): Hausärztliche Versorgung. In: Deutsches Ärzteblatt (101), Heft 14, S. A 920

Sieverding, M. (1992): Berufskonzepte von Medizinstudierenden: Kongruenzen und Diskrepanzen zwischen Selbstkonzept, beruflichem Idealkonzept und Karrierekonzept. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie (36), Heft 4, S. 157–166

Vetter, K.; Buddeberg, C. (2003): Feminisierung in der Medizin. Hamburg

**BAYERISCHES STAATSIKITUT FÜR
HOCHSCHULFORSCHUNG UND HOCHSCHULPLANUNG** **IHF**

Leiter: Prof. Dr. Hans-Ulrich
Küpper
Telefon (089) 21234-315
Telefax (089) 21234-450
Gensch@ihf.bayern.de
www.ihf.bayern.de

März 2004

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

die Anerkennung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit und die als unattraktiv beschriebene Zukunftsperspektive junger Ärztinnen und Ärzte wird in den Medien oft in Zusammenhang mit einem drohenden Ärztemangel gebracht. Um diese Aussage für Bayern zu überprüfen, führt das Bayerische Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung eine Befragung aller Ärzte durch, deren Approbation vier bzw. fünf Jahre zurückliegt. Dabei interessieren uns folgende Fragen: Wie sehen die Berufspläne junger Ärztinnen und Ärzte in Bayern aus? Welche Faktoren beeinflussen ihren beruflichen Entscheidungsprozess und damit ihr späteres Tätigkeitsfeld? Welche Rolle spielen dabei die bisherige Arbeit im Krankenhaus, die persönliche Lebensplanung und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen?

Wichtig sind für uns auch Meinungen und Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten, die derzeit nicht berufstätig sind bzw. keine Weiterbildung zum Facharzt absolvieren oder sich bereits niedergelassen haben. Die Befragungsergebnisse sollen ein differenziertes Bild über die Berufssituation der bayerischen Ärztinnen und Ärzte zeichnen und es ermöglichen, Maßnahmen zu ergreifen, um die strukturellen Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte zu verbessern. Wir bitten Sie deshalb, uns bei unserer Aktion zu unterstützen.

Bei dieser Erhebung geht es nicht um die Bewertung Ihres Medizinstudiums wie dies im vergangenen Sommer bei der Befragung durch das CHE (Centrum für Hochschulentwicklung) der Fall war, sondern um Ihren beruflichen Entscheidungsprozess. Um repräsentative Ergebnisse zu gewinnen, – die wir auch im Bayerischen Ärzteblatt veröffentlichen wollen–, bitten wir Sie, den Fragebogen auszufüllen und ihn an uns bis zum **21. 4. 2004** zurückzusenden.

Zur Wahrung Ihrer Anonymität haben wir uns mit der Bitte an die Bayerische Landesärztekammer gewandt, Ihnen den Fragebogen an Ihre Privatadresse zu senden. Bei eventuellen Rückfragen bin ich für Sie unter oben genannter Telefonnummer bzw. E-mail Adresse erreichbar.

Mit herzlichem Dank im Voraus verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

Kristina Gensch

Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens

Die Befragung wendet sich an alle bayerischen Ärzte, deren Approbation vier bzw. fünf Jahre zurück liegt. Die meisten von Ihnen werden sich in der Weiterbildung zum Facharzt befinden. Die Befragung wendet sich aber auch an diejenigen unter Ihnen, die nicht Patienten orientiert berufstätig sind, gegenwärtig nicht als Arzt tätig sind oder sich bereits niedergelassen haben.

Dies hat zur Folge, dass einige Fragen nicht an alle Personen gerichtet sind. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, auf die fett gedruckten Verweise bei den Fragen **8, 15 und 28** zu achten.

Fragen zur Studienmotivation

1. Aus welchen Gründen haben Sie ein Medizinstudium aufgenommen?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gute Abiturdurchschnittsnote | <input type="checkbox"/> Umgang mit Menschen im späteren Beruf |
| <input type="checkbox"/> Schon während der Schulzeit Interesse am Medizinstudium gehabt | <input type="checkbox"/> Kranken helfen wollen |
| <input type="checkbox"/> Gute Noten in den Fächern, die für ein Medizinstudium wichtig sind | <input type="checkbox"/> Übernahme der elterlichen Praxis |
| <input type="checkbox"/> Wissenschaftliches/medizinisches Interesse | <input type="checkbox"/> Hohes Einkommen im späteren Beruf |
| <input type="checkbox"/> Interessantes Studium | <input type="checkbox"/> Hohes Sozialprestige |
| <input type="checkbox"/> Strukturiertes Studium | <input type="checkbox"/> Interessante/vielseitige Tätigkeit |
| | <input type="checkbox"/> Wunsch, freiberuflich zu arbeiten |
| | <input type="checkbox"/> Sicherer Arbeitsplatz |

2. Welche beruflichen Ziele hatten Sie zu Beginn Ihres Medizinstudiums?

- Niederlassung als Hausärztin/Hausarzt
- Niederlassung als Fachärztin/Facharzt
- Ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus
- Ärztliche Tätigkeit im nicht-kurativen Bereich
- Tätigkeit in Forschung/Wissenschaft
- Sonstige Tätigkeit:

Ich hatte noch keine Pläne

Fragen zum Studium und AiP

3a An welcher Universität und in welchem Jahr haben Sie Ihr **3. Staatsexamen** gemacht?

Universität: _____

Abschluss (Monat/Jahr):

3b Wo und an welchem Krankenhaus/Krankenhäusern oder sonstigen Einrichtungen haben Sie Ihr AiP absolviert?

Krankenhaus/Krankenhäuser (Name und Ort):

sonstige Einrichtungen (Name):

4. Beginn des AiP (Monat/Jahr):

Ende des AiP (Monat/Jahr):

5. Inwiefern trafen folgende Merkmale auf Ihre Tätigkeit während des AiPs zu?
(Bitte kreuzen Sie jede Antwortvorgabe an)

	trifft zu	trifft mittel zu	trifft nicht zu
Fachliche Überforderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsüberlastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Arbeitszeiten/Überstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu viele Bereitschaftsdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermüdung im Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu viel Verwaltungsarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hierarchische Struktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wenig Zeit für Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu geringer Lerneffekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unkollegiales Arbeitsklima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu geringes Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit Vorgesetzten/Ausbildern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeit, Familie und Beruf zu vereinbaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Haben Ihre Erfahrungen aus dem AiP Ihre Entscheidung über Ihre weitere berufliche Entwicklung beeinflusst?

- ja
 nein

Wenn ja, in welchem Sinne?

7. Wann haben Sie Ihre Approbation erhalten?

Monat/Jahr:

Fragen zur Weiterbildung zum Facharzt

8. Haben Sie sich nach Ihrer Approbation um eine Stelle zur Weiterbildung zum Facharzt bemüht?

- ja, ich habe mich bemüht → **weiter zu Frage 11**
 nein, habe mich nicht bemüht

9. Aus welchen Gründen haben Sie sich nicht um eine Weiterbildung zum Facharzt bemüht?

(Mehrfachnennungen möglich)

- War unsicher über meine weiteren beruflichen Ziele
 Ich wollte nicht als Arzt praktizieren
 Wollte eine Familienpause einlegen
 Habe einen anderen – nichtmedizinischen – Beruf ergriffen
 Wollte mich nicht mehr dem Krankenhausstress aussetzen
 Wollte mich erst einmal orientieren
 Sonstiges:
-

10. Haben Sie inzwischen eine Weiterbildung zum Facharzt begonnen?

- ja
- nein
- hatte eine Weiterbildung begonnen, aber zum Befragungszeitpunkt **unterbrochen**
- hatte eine Weiterbildung begonnen, aber inzwischen **abgebrochen**

11. Wie lange haben Sie nach einer Stelle für Ihre Weiterbildung zum Facharzt gesucht?
(Bitte geben Sie die Zeit in Monaten an)

Monate

12. Bitte machen Sie Angaben zum Verlauf Ihrer Weiterbildung zum Facharzt

Weiterbildung zum Facharzt	Ausbildungsort (falls im Ausland, bitte Land angeben) und Name des Krankenhauses	Versorgungstyp	Größe des Krankenhauses (Bettenzahl)
Beginn der Weiterbildung zum Facharzt:	Ort u. Name: _____ _____ Zeitpunkt: Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Universitätsklinik <input type="checkbox"/> Krankenhaus der Maximal-/Schwerpunktversorgung <input type="checkbox"/> Krankenhaus der Grund-/Regelversorgung <input type="checkbox"/> Fachkrankenhaus	<input type="checkbox"/> bis 300 <input type="checkbox"/> 301–600 <input type="checkbox"/> 601–1000 <input type="checkbox"/> über 1000
Aktuelle Situation:	<input type="checkbox"/> Ich arbeite im selben Krankenhaus wie zu Beginn meiner Weiterbildung zum Facharzt <input type="checkbox"/> Ich habe an ein anderes Krankenhaus gewechselt Ort u. Name: _____ _____	<input type="checkbox"/> Universitätsklinik <input type="checkbox"/> Krankenhaus der Maximal-/Schwerpunktversorgung <input type="checkbox"/> Krankenhaus der Grund-/Regelversorgung <input type="checkbox"/> Fachkrankenhaus	<input type="checkbox"/> bis 300 <input type="checkbox"/> 301–600 <input type="checkbox"/> 601–1000 <input type="checkbox"/> über 1000
	<input type="checkbox"/> Ich arbeite bei einem niedergelassenen Arzt	Fachgebiet: _____ Ort: _____	
	<input type="checkbox"/> Ich habe die Weiterbildung unterbrochen <input type="checkbox"/> Ich habe die Weiterbildung abgebrochen <input type="checkbox"/> Ich habe die Weiterbildung beendet und mich bereits niedergelassen		

13. In welchem Fachgebiet machen Sie Ihre Weiterbildung zum Facharzt?
(Bitte machen Sie auch dann eine Angabe, wenn Sie Ihre Weiterbildung unterbrochen bzw. abgebrochen haben)

- Ich habe meine Weiterbildung zum Facharzt nach der Approbation nicht begonnen
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendarzt |
| <input type="checkbox"/> Anästhesie | <input type="checkbox"/> Labormedizin |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Orthopädie |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie | <input type="checkbox"/> Pathologie |
| <input type="checkbox"/> Hals, Nasen, Ohren | <input type="checkbox"/> Psychiatrie/Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Oralchirurgie | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Facharzt für Physikalische und Rehabilitationsmedizin | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Facharzt für Humangenetik | _____ |

14. Welche der folgenden weiteren Qualifikationen haben Sie bereits erworben bzw. streben Sie an?

(Mehrfachnennungen möglich)

	geplant	laufend	abge- schlossen	nicht vor- gesehen
Promotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiteres Fachgebiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Zusatzqualifikation (z. B. Homöopathie, Kardiologie etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Wie wichtig waren für Sie folgende Gründe bei der Entscheidung für dieses Fachgebiet?

(Bitte beantworten Sie jede Vorgabe)

Trifft für mich nicht zu, da ich keine Weiterbildung zum Facharzt begonnen habe

	sehr wichtig	wichtig	mittel	weniger wichtig	un- wichtig
Starkes Interesse	<input type="checkbox"/>				
Gute Einkommensmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>				
Gute Arbeitsmarktchancen	<input type="checkbox"/>				
Kurze Ausbildungszeit	<input type="checkbox"/>				
Gute Niederlassungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>				
Übernahme der elterlichen Praxis	<input type="checkbox"/>				
Zusammenarbeit mit Partner	<input type="checkbox"/>				
Möglichkeit später freiberuflich zu arbeiten	<input type="checkbox"/>				
Leichtere Vereinbarkeit von Familie und Beruf	<input type="checkbox"/>				
Hohes Prestige	<input type="checkbox"/>				
Patientennähe	<input type="checkbox"/>				
Forschungsintensives Gebiet	<input type="checkbox"/>				
Arbeitschancen im Ausland	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges:					

Wenn Sie die Weiterbildung zum Facharzt unterbrochen, abgebrochen bzw. gar nicht begonnen haben oder sich bereits niedergelassen haben, antworten Sie bitte ab Frage 25 wieder.

Fragen zum Arbeitsvertrag und Arbeitsplatz

16. Wie lange wird Ihre Weiterbildung zum Facharzt voraussichtlich noch dauern?

Voraussichtlich Jahre

Kann ich noch nicht abschätzen

17. Was für einen Arbeitsvertrag haben Sie?

unbefristet

befristet und zwar:

unter 2 Jahre

2–4 Jahre

über 4 Jahre

18. Arbeiten Sie Voll- oder Teilzeit?

Vollzeit

Teilzeit

19. Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche (ohne Bereitschaftsdienst, Wochenend- und Rufbereitschaft)?

Weniger als 20 Stunden

46–50 Stunden

20–30 Stunden

51–56 Stunden

31–40 Stunden

57 und mehr Stunden

41–45 Stunden

20. Wie viele **Bereitschaftsdienste** (inclusive Wochenenddienste) und **Rufdienste** leisten Sie durchschnittlich im Monat und wie lange dauern diese?

(Bitte kreuzen Sie zutreffendes an)

Häufigkeit	Bereitschaftsdienst	Rufdienst
Keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1–3 mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4–6 mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7–9 mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 und mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Erhalten Sie für diese Dienste und für Ihre Überstunden eine zusätzliche Vergütung der/und Freizeitausgleich?

	Bereitschafts- dienst	Rufdienst	Überstunden
Vergütung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitausgleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keines von beiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offiziell Freizeitausgleich, kann aber nicht realisiert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen Tätigkeit insgesamt?

- sehr zufrieden
- zufrieden
- teils/teils
- weniger zufrieden
- unzufrieden

23. Wie wichtig waren bei Ihrer Entscheidung für Ihre heutige Stelle folgende Gründe?
(Bitte beantworten Sie jede Vorgabe)

	sehr wichtig	wichtig	mittel	weniger wichtig	un- wichtig
Renommee des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>				
Größe des Hauses	<input type="checkbox"/>				
Qualifikation und Führungsstil des Chefarztes	<input type="checkbox"/>				
Partner/in arbeitet am selben Krankenhaus	<input type="checkbox"/>				
Ausstattung der Abteilung	<input type="checkbox"/>				
Arbeitsklima	<input type="checkbox"/>				
Arbeitszeitgestaltung (Teilzeit/Vollzeit)	<input type="checkbox"/>				
Mangel an Alternativen	<input type="checkbox"/>				
Versorgungstyp der Krankenhauses	<input type="checkbox"/>				
Anschlussvertrag nach AiP	<input type="checkbox"/>				
Langfristiger Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/>				
Gute Fort- und Weiterbildungs- möglichkeiten	<input type="checkbox"/>				
Gehaltsangebot	<input type="checkbox"/>				
Attraktivität der Stadt (z. B. Freizeitwert)	<input type="checkbox"/>				
Freundeskreis am Ort	<input type="checkbox"/>				

24. Inwiefern treffen folgende Merkmale auf Ihre aktuelle Arbeitsstelle zu?

(Bitte beantworten Sie jede Vorgabe)

	trifft zu	trifft mittel zu	trifft nicht zu
Fachliche Überforderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsüberlastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hohe Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange Arbeitszeiten/Überstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu viele Bereitschaftsdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermüdung im Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu viel Verwaltungsarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wenig Zeit für Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hierarchische Struktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unkollegiales Arbeitsklima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Bezahlung im Verhältnis zur Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit Vorgesetzten/Ausbildern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeit, Familie und Beruf zu vereinbaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zur Lebensplanung

25. Wenn Sie an Ihre persönlichen Ziele im Leben denken, was ist für Sie erstrebenswert?
(Bitte beantworten Sie jede Vorgabe)

	sehr wichtig	wichtig	mittel	weniger wichtig	un- wichtig
Viel Geld verdienen	<input type="checkbox"/>				
Genug Zeit für wichtige Dinge haben	<input type="checkbox"/>				
Gute Freunde haben	<input type="checkbox"/>				
Gesundheit	<input type="checkbox"/>				
Eine glückliche Partnerschaft haben	<input type="checkbox"/>				
Mir meine Zeit selbst einteilen können	<input type="checkbox"/>				
Hohes Ansehen genießen	<input type="checkbox"/>				
Karriere machen, beruflich aufsteigen	<input type="checkbox"/>				
Eine interessante Tätigkeit ausüben	<input type="checkbox"/>				
Zeit für Partner/Partnerin und Kinder haben	<input type="checkbox"/>				
Gesellschaftlichen Einfluss haben	<input type="checkbox"/>				
Mich selbst verwirklichen können	<input type="checkbox"/>				
Finanziell unabhängig sein	<input type="checkbox"/>				
Nette Kollegen haben	<input type="checkbox"/>				

Folgende Fragen beziehen sich auf Partnerschaft und Familie und die Vereinbarkeit mit dem Beruf

26. Es wird in der letzten Zeit viel über eine „familienfreundliche Arbeitszeit“ geredet. Welche Vorschläge wären für Sie für eine Umsetzung wichtig?

(Bitte beantworten Sie jede Vorgabe)

	sehr wichtig	wichtig	mittel	weniger wichtig	un- wichtig
Flexible Kinderbetreuungsangebote	<input type="checkbox"/>				
Möglichkeit der unbürokratischen kurzfristigen Beurlaubung aus familiären Gründen	<input type="checkbox"/>				
Flexiblere Gestaltung der individuellen Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>				
Stärkere Unterstützung von Frauen, die Aufgaben in der Familie wahrnehmen möchten	<input type="checkbox"/>				
Stärkere Unterstützung von Männern, die Aufgaben in der Familie wahrnehmen möchten	<input type="checkbox"/>				

27. Hat sich Ihre Weiterbildung wegen der Betreuung der Kinder/des Kindes verzögert, mussten Sie Ihre Berufstätigkeit unterbrechen (*dabei zählt der Mutterschaftsurlaub nicht als Unterbrechung*) oder sogar abbrechen?

Trifft nicht zu, da ich keine Kinder habe

Verzögerung

nein

ja, meine Weiterbildung hat sich verzögert

Unterbrechung

nein

ja, ich habe die Berufstätigkeit unterbrochen

Abbruch

nein

ja, ich habe meine Weiterbildung abgebrochen

Fragen zur zukünftigen Berufstätigkeit

28. Welches berufliche Ziel streben Sie an bzw. haben Sie bereits verwirklicht?

- Bin noch unentschlossen** → *weiter mit Frage 33*
 - Möchte mich niederlassen** → *weiter mit Frage 29*
 - Niederlassung als Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
 - Niederlassung als sonstige Fachärztin/Facharzt
 - Möchte im Krankenhaus arbeiten** → *weiter zu Frage 30*
 - Oberärztin/Oberarzt
 - Cheförztin/Chefarzt
 - Dauerassistentenstelle nach Facharztprüfung
 - Möchte an der Universität tätig sein** → *weiter zu Frage 33*
 - Professorin/Professor
 - Möchte eine ärztliche Tätigkeit im nicht-kurativen Bereich des Gesundheitswesens ausüben** → *weiter zu Frage 32*
 - Pharmazeutische Industrie
 - Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin
 - Öffentliches Gesundheitswesen/Public Health
 - Bundeswehr
 - Medizintechnik
 - Medizinische Informatik
 - Medien/Medizinjournalismus
 - Möchte keine ärztliche Tätigkeit ausüben sondern im folgenden Bereich arbeiten:**
-

29. Welche Gründe sind maßgebend, dass Sie sich nach Beendigung Ihrer Weiterbildung zum Facharzt **niederlassen** wollen?

(Bitte beantworten Sie jede Vorgabe)

	ja	nein
Weniger Arbeitsbelastung durch Wegfall von Schicht- und Bereitschaftsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Hierarchie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsgerechte Entlohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit einer Praxisübernahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit, in Gemeinschaftspraxis zu arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit, mit dem Partner/Partnerin zusammen zu arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit selbständig bei freier Zeiteinteilung zu arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienverträglichere Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direkter und kontinuierlicher Kontakt zu den Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr Handlungsspielraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:		

→ weiter zu Frage 33

30. Welche Gründe sind maßgebend, dass Sie nach Beendigung Ihrer Weiterbildung zum Facharzt im **Krankenhaus** bleiben wollen?

(Bitte beantworten Sie jede Vorgabe)

	ja	nein
Sichere Arbeitsstelle, da Arbeitsvertrag in Aussicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interessanteres Tätigkeitsgebiet als in der Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forschungsmöglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehrtätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein finanzielles Risiko wie bei einer Niederlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit, Teilzeit zu arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gute Berufschancen im Krankenhaus für gewählte Fachrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gute Karrierechancen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Aufwand mit der Abrechnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner/Partnerin arbeitet am selben Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realisierung des Arbeitsplatz-Wunschortes ist leichter als bei der Niederlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:		

31. Hat die Tatsache, dass die Anerkennung der Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit umgesetzt werden sollen, Einfluss auf Ihre Entscheidung gehabt, im Krankenhaus zu arbeiten?

ja

nein → **weiter zu Frage 33**

wenn ja, inwiefern:

32. Warum wollen Sie nach Beendigung Ihrer Weiterbildung zum Facharzt im **nicht-kurativen** Bereich arbeiten?

33. Wollen Sie im Ausland arbeiten?

- ja
- eventuell
- nein
- wenn ja, **wann**:

- in **welchem** Land

und **warum**:

34. Welche Bedeutung haben gesundheitspolitische Rahmenbedingungen für Ihre berufliche Entscheidung gehabt?

- gar keine
- mittlere
- starke

Bei mittlerer und starker Bedeutung, welche im Besonderen?

35. Würden Sie sich, wenn Sie die Entscheidung noch einmal zu treffen hätten, auch heute wieder für den Arztberuf entscheiden?

- auf jeden Fall
- wahrscheinlich ja
- eher nicht
- sicher nicht
- weiß nicht

Angaben zur Person

36. Geschlecht

- weiblich
- männlich

37. Geburtsjahr

38. Leben Sie zurzeit mit einem Lebenspartner/einer Lebenspartnerin in einem gemeinsamen Haushalt?

- ja
- nein

39. In welchem Bereich ist Ihr Partner/Ihre Partnerin tätig?

- arbeitet ebenfalls als Mediziner
- arbeitet im Gesundheitsbereich, aber nicht als Mediziner
- arbeitet außerhalb des Gesundheitsbereiches
- ist nicht berufstätig, versorgt Haushalt und Kind

40. Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?

Anzahl:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihre Mühe!

BAYERISCHES STAATSIKITUT FÜR HOCHSCHULFORSCHUNG UND HOCHSCHULPLANUNG

Veröffentlichungen (gegen Schutzgebühr)

MONOGRAPHIEN: NEUE FOLGE

- 1 *Stewart, G.; Seiler-Koenig, E.*: Berufsfindung und Tätigkeitsfelder von Historikern (1982) – vergriffen
- 2 *Schmidt, S. H.*: Beschäftigungschancen von Hochschulneuabsolventen in Bayern: Wirtschaftswissenschaftler und Ingenieure (1983)
- 3 *Gellert, C.*: Vergleich des Studiums an englischen und deutschen Universitäten (1983) – vergriffen
- 4 *Schindler, G.*: Besetzung der C-4-Stellen an bayerischen Universitäten 1972–1982 (1983)
- 5 *Klingbeil, S.*: Motive für ein Studium in Passau bzw. für einen Wechsel an eine andere Universität (1983)
- 6 *Harnier, L. v.*: Die Situation des wissenschaftlichen Nachwuchses der naturwissenschaftlichen und technischen Fächer in Bayern (1983)
- 7 *Harnier, L. v.*: Einzugsgebiete der Universitäten in Bayern (1984)
- 8 *Schneider-Amos, I.*: Studienverlauf von Abiturienten und Fachoberschulabsolventen an Fachhochschulen (1984)
- 9 *Schindler, G.; Ewert, P.; Harnier, L. v.; Seiler-Koenig, E.*: Verbesserung der außerschulischen Beschäftigungschancen von Absolventen des Studiums für das Lehramt an Gymnasien (1984)
- 10 *Schmidt, S. H.*: Beschäftigung von Hochschulabsolventen im Öffentlichen Dienst in Bayern (1985)

- 11 *Harnier, L. v.*: Perspektiven für die Beschäftigung des wissenschaftlichen Nachwuchses an den bayerischen Universitäten (1985)
- 12 *Ewert, P.; Lullies, S.*: Das Hochschulwesen in Frankreich – Geschichte, Strukturen und gegenwärtige Probleme im Vergleich (1985) – vergriffen
- 13 *Berning, E.*: Unterschiedliche Fachstudiendauern in gleichen Studiengängen an verschiedenen Universitäten in Bayern (1986) – vergriffen
- 14 *Schuberth, Ch.*: Prüfungserfolgsquoten ausgewählter Studiengänge an bayerischen Universitäten: Probleme im Vergleich (1986)
- 15 *Röhrich, H.*: Die Frau: Rolle, Studium, Beruf. Eine Literaturanalyse (1986) – vergriffen
- 16 *Schmidt, S. H.*: Beschäftigung von Lehrern außerhalb der Schule (1987)
- 17 *Stewart, G.; Seiler-Koenig, E.*: Berufseinmündung von Diplom-Sozialpädagogen (FH) und Diplom-Pädagogen (Univ.) (1987) – vergriffen
- 18 *Gensch, S.; Lullies, S.*: Die Attraktivität der Universität Passau – Gründe für ein Studium in Passau (1987) – vergriffen
- 19 *Meister, J.-J.*: Zwischen Studium und Vorstandsetage – Berufskarrieren von Hochschulabsolventen in ausgewählten Industrieunternehmen (1988) – vergriffen
- 20 *Berning, E.*: Hochschulwesen im Vergleich: Italien – Bundesrepublik Deutschland. Geschichte, Strukturen, aktuelle Entwicklungen (1988) – vergriffen
- 21 *Willmann, E. v.*: Weiterbildung an Hochschulen – Beispiele und Probleme (1988) – vergriffen
- 22 *Schmidt, S. H.; Schindler, B.*: Beschäftigungschancen von Magisterabsolventen (1988) – vergriffen
- 23 *Schindler, G.; Lullies, S.; Soppa, R.*: Der lange Weg des Musikers – Vorbildung – Studium – Beruf (1988)

-
- 24 *Röhrich, H.; Sandfuchs, G.; Willmann, E. v.*: Professorinnen in der Minderheit (1988)
– vergriffen
- 25 *Harnier, L. v.*: Elemente für Szenarios im Hochschulbereich (1990)
- 26 *Fries, M.*: Fortbildungsfreisemester der Professoren an bayerischen Fachhochschulen
– Rahmenbedingungen, Motivation, Akzeptanz (1990)
- 27 *Schmidt, S. H.*: Ausbildung und Arbeitsmarkt für Hochschulabsolventen – USA und
Deutschland (alte und neue Länder) (1991)
- 28 *Schindler, G.; Harnier, L. v.; Länge-Soppa, R.; Schindler, B.*: Neue Fachhochschul-
standorte in Bayern (1991)
- 29 *Berning, E.*: Alpenbezogene Forschungskoooperation (1992)
- 30 *Harnier, L. v.; Schneider-Amos, I.*: Auswirkungen einer Berufsausbildung auf das
Studium der Betriebswirtschaftslehre (1992)
- 31 *Fries, M.; Mittermeier, P.; Schüller, J.*: Evaluation der Aufbaustudiengänge englisch-
sprachige Länder und Buchwissenschaft an der Universität München (1992)
- 32 *Meister, J.-J.; Länge-Soppa, R.*: Hochbegabte an deutschen Universitäten. Probleme
und Chancen ihrer Förderung (1992)
- 33 *Schindler, G.; Schüller, J.*: Die Studieneingangsphase. Studierende an der Universität
Regensburg im ersten und zweiten Fachsemester (1993) – vergriffen
- 34 *Schmidt, S. H.*: Studiendauer an Fachhochschulen in Bayern (1995)
- 35 *Schindler, G.*: Studentische Einstellungen und Studienverhalten (1994)
- 36 *Berning, E.; Schindler, B.*: Diplomarbeit und Studium. Aufwand und Ertrag von
Diplom- und Magisterarbeiten an Universitäten in Bayern (1993) – vergriffen
- 37 *Harnier, L. v.; Schüller, J.*: Studienwechsel an Fachhochschulen in Bayern (1993)

- 38 *Fries, M.*: Berufsbezogene wissenschaftliche Weiterbildung an den Hochschulen in Bayern (1994)
- 39 *Fries, M.*: Wissenschaftliche Weiterbildung an der TU München (1994) – vergriffen
- 40 *Rasch, K.*: Studierende an der Universität Leipzig in der Studieneingangsphase (1994)
- 41 *Meister, J.-J. (Hrsg.)*: Studienbedingungen und Studienverhalten von Behinderten. Dokumentation der Internationalen Fachtagung 1995 in Tutzing (1995)
- 42 *Meister, J.-J. (ed.)*: Study Conditions and Behavioural Patterns of Students with Disabilities. A Documentation of the International Conference 1995 at Tutzing, Germany (1995)
- 43 *Gensch, S.*: Die neuen Pflegestudiengänge in Deutschland: Pflegewissenschaft – Pflegemanagement – Pflegepädagogik (1996) – vergriffen
- 44 *Berning, E.; Kunkel, U.; Schindler, G.*: Teilzeitstudenten und Teilzeitstudium an den Hochschulen in Deutschland (1996)
- 45 *Meister, J.-J. (ed.)*: Modèle de comportement et conditions d'études des étudiants handicapés dans l'enseignement supérieur. Documentation de la conférence internationale spécialisée 1995 à Tutzing, Allemagne (1996)
- 46 *Lullies, S.; Schüller J.; Zigiadis, G.*: Zum Bedarf der Wirtschaft an Absolventen eines Diplomstudiengangs Rechtswissenschaft mit wirtschaftswissenschaftlicher Ausrichtung (1996)
- 47 *Gensch, S.; Länge-Soppa, R.; Schindler, G.*: Evaluation des Zusatz- und Ergänzungsstudiums „Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie“ an der Universität München (1997)
- 48 *Schmidt, S.H.*: Student und Arbeitsmarkt. Die Praxisprogramme an der Universität München auf dem Prüfstand (1997)
- 49 *Schindler, G.*: „Frühe“ und „späte“ Studienabbrecher (1997) – vergriffen

-
- 50 *Meister, J.-J.*: Studienverhalten, Studienbedingungen und Studienorganisation behinderter Studierender (1998)
- 51 *Harnier, L. v.; Bockenfeld, W.*: Zur Intensivierung des Wissens- und Technologietransfers an bayerischen Fachhochschulen (1998)
- 52 *Harnier, L. v.; Länge-Soppa, R.; Schüller, J.; Schneider-Amos, I.*: Studienbedingungen und Studiendauer an bayerischen Universitäten (1998)
- 53 *Stewart, G.*: Studien- und Beschäftigungssituation von Kunsthistorikern und Archäologen (1999) – vergriffen
- 54 *Schoder, Th.*: Budgetierung als Koordinations- und Steuerungsinstrument des Controlling an Hochschulen (1999)
- 55 *Lerch, H.*: Beschaffungscontrolling an Universitäten (1999)
- 56 *Schindler, G.; Agreiter, M.*: Geistes- und Sozialwissenschaftler für die europäische Wirtschaft (2000)
- 57 *Berning, E.; Harnier, L. v.; Hofmann, Y.*: Das Habilitationswesen an den Universitäten in Bayern. Praxis und Perspektiven (2001) – vergriffen
- 58 *Gensch, S.*: Pflegemanagement als neuer Studiengang an den bayerischen Fachhochschulen (2001)
- 59 *Marquard, A.; Schindler, G. (unter Mitarbeit von Neumann, K.)*: Die Qualifizierung von Studentinnen der Geistes- und Sozialwissenschaften für eine Berufstätigkeit in Unternehmen (2001)
- 60 *Sandfuchs, G.; Stewart, G.*: Lehrberichte an bayerischen Universitäten (2002) – vergriffen
- 61 *Berning, E.*: Hochschulen und Studium in Italien (2002)
- 62 *Berning, E.*: Die Berufsfachschulen für Musik in Bayern. Ausbildungsleistungen der Schulen und musikalische Karrieren ihrer Absolventen (2002)

- 63 *Tropp, G.*: Kennzahlensysteme des Hochschul-Controlling – Fundierung, Systematisierung, Anwendung (2002)
- 64 *Gensch, S. K.; Schindler, G.*: Bachelor- und Master-Studiengänge an den staatlichen Hochschulen in Bayern (2003)
- 65 *Ott, R.*: Grenzen und Lösungsansätze einer Kostenzuordnung auf Forschung, Lehre und Krankenversorgung in Universitätsklinik (2003) – vergriffen
- 66 *Gensch, S. K.*: Berufssituation der bayerischen Absolventen und Absolventinnen des Studiengangs Pflegemanagement (2003)
- 67 *Stewart, G.*: Die Motivation von Frauen für ein Studium der Ingenieur- und Naturwissenschaften (2003)
- 68 *Nusselein, M. A.*: Inhaltliche Gestaltung eines Data Warehouse-Systems am Beispiel einer Hochschule (2003)
- 69 *Hartwig, L.*: National report of Germany for the OECD/IMHE-HEFCE project on financial management and governance of higher education institutions (2004)
- 70 *Schindler, G.; Stewart, G.*: Lehrauftragsprogramm an bayerischen Fachhochschulen zur Förderung des weiblichen wissenschaftlichen Nachwuchses (2004)
- 71 *Schindler, G.*: Grundzüge eines Konzepts für die Studienfachberatung in den Fachbereichen an den Universitäten in Bayern (2005)
- 72 *Berning, E; Falk, S.*: Promovieren an den Universitäten in Bayern. Praxis – Modelle – Perspektiven (2006)
- 73 *Waltenberger, M.*: Rechnungslegung staatlicher Hochschulen: Prinzipien, Struktur und Gestaltungsprobleme (2006)
- 74 *Gensch, K; Waltenberger, M.*: Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Bayern unter Berücksichtigung des steigenden Anteils an Ärztinnen (2006)

Stand: Oktober 2006

BAYERISCHES STAATSIKITUT
FÜR HOCHSCHULFORSCHUNG
UND HOCHSCHULPLANUNG



MÜNCHEN