

Der Arztberuf wird zum „Frauenberuf“ – wohin führt das?

Susanne Köhler, Susan Trittmacher, Roland Kaiser

Zusammenfassung:

Bereits heute stellen Frauen mehr als die Hälfte der Berufsanfänger und zwei Drittel der Studienanfänger im Fach Humanmedizin. Während der Studienerfolg von Ärztinnen und Ärzten identisch ist, unterscheiden sich deren weitere berufliche Entwicklung und Ziele erheblich. Dies beginnt bereits mit der Wahl des Fachgebietes. Die Phase der Weiterbildung fällt meist mit der Familiengründung zusammen – mit deutlichen beruflichen Konsequenzen besonders für Ärztinnen. Verzögerungen und Unterbrechungen der Weiterbildung sind die Regel, rund 35 % der Ärztinnen erreichen keinen Facharztabschluss. Etwa jede zehnte Krankenhausärztin strebt nach der Familiengründung eine andere Fachrichtung an, jede fünfte möchte danach nicht mehr im Krankenhaus tätig sein. Vor allem steht die Arbeitskraft von Ärztinnen nicht mehr in vollem Umfang zur Verfügung. Zumindest unter den derzeitigen Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung werden Ärztinnen, die heute ihren Beruf beginnen, ca. 11 % ihrer theoretischen Lebensarbeitszeit nicht berufstätig sein und darüber hinaus während Teilzeittätigkeit ihre theoretisch verfügbare Arbeitsleistung um ca. 20 % reduzieren (Tendenz steigend). Dies bedeutet: Es müssen drei Ärztinnen aus- und weitergebildet werden, um zwei in vollem Umfang für die Versorgung bereitzustellen. Bei den Ärzten liegt dieser „Arbeitsausfall“ durch berufliche Pausen und Teilzeitarbeit bisher

im Durchschnitt bei 4-5 %. Der wachsende Frauenanteil in der Ärzteschaft führt also dazu, dass zur Erhaltung des gegenwärtigen Umfangs der Versorgung zunehmend mehr ärztlicher Nachwuchs aus- und weitergebildet und die Gesamtzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte erhöht werden muss.

1 Ausgangssituation

Der Trend ist eindeutig, seit Jahren stabil und unübersehbar: Ärztinnen stellen heute bereits die Mehrheit der Berufsanfänger¹, und zwei Drittel aller Studienanfänger im Fach Humanmedizin sind mittlerweile weiblich² [1,2]. Die Berufsverläufe von Ärztinnen und Ärzten unterscheiden sich derzeit erheblich. Doch ist selbst vielen Experten heute noch nicht klar, welche Folgen diese dramatische Veränderung des Geschlechterverhältnisses in absehbarer Zeit für die gesamte ärztliche Versorgung mit sich bringen wird. Der vorliegende Artikel soll die absehbaren Auswirkungen auf den ärztlichen Arbeitsmarkt der Zukunft erörtern und die Konsequenzen daraus aufzeigen.

2 Studium und Berufseinstieg

Angehende Ärzte und Ärztinnen studieren fast gleich lange. Eine repräsentative Befragung der Landesärztekammer Hessen aller Absolventen der Ärztlichen Prüfung 2003/2004 ergab sowohl für männliche als auch für weibliche Studierende eine mittlere Studiendauer (Median) von 13 Semestern [3]. Auch die Abbruchquoten von Studenten und Studentinnen der Humanmedizin sind iden-

tisch und liegen derzeit bei rund 10 % [4].

3 Wahl des Fachgebietes

In der Weiterbildung bevorzugten Ärztinnen bisher andere Fachgebiete als ihre Kollegen [5]. Derzeit sind Ärztinnen bei den Gebietsanerkennungen in folgenden Fachrichtungen in weit überdurchschnittlichem Maße vertreten (2006 entfielen bundesweit 39,2 % aller Gebietsanerkennungen auf Ärztinnen):

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe: 77,3 %
- Öffentliches Gesundheitswesen: 72,2 %
- Haut- und Geschlechtskrankheiten: 64,1 %
- Kinder- und Jugendmedizin: 62,1 %

Am stärksten unterrepräsentiert sind Ärztinnen zur Zeit noch in allen chirurgischen Fachgebieten (14,6 %) sowie der Urologie (20,3 %).

4 „Familienbedingte“ Auswirkungen auf die berufliche Laufbahn

Die Phase der **Weiterbildung** fällt bei Ärzten und Ärztinnen sehr häufig mit der Familiengründung zusammen – mit erheblichen Konsequenzen vor allem für den weiteren Berufsverlauf der Ärztinnen.

2006 untersuchte die Landesärztekammer Hessen in einer repräsentativen Befragung³, wie viele Ärztinnen Beruf und die Versorgung mindestens eines Kindes vereinbaren und welche beruflichen Konsequenzen sich daraus ergeben [6]. 55,3 % aller Befragten (n=2.389) hatten mindestens ein Kind. Von den 41 bis 45-Jährigen – in dieser Phase ist die Fami-

¹ 2006: 55 % der Erstmeldungen bei den Ärztekammern

² WS 2005/2006: 65,6 %

³ Alle im Krankenhaus tätigen hessischen Ärztinnen sowie Ärztinnen in Elternzeit im Alter von 45 Jahren und darunter wurden 2006 schriftlich befragt. Der Rücklauf betrug fast 60 % (n=2.389).

liengründung in der Regel abgeschlossen – hatten erstaunliche 77,5 % ein oder mehrere Kind(er).⁴ Die Geburt des/der Kind(er) fiel meist in die Weiterbildungsphase: **Zwei Drittel (62,2 %) aller betroffenen Ärztinnen (n=1.532) bekamen während ihrer Weiterbildung zur Fachärztin mindestens ein Kind.**

In einer repräsentativen Befragung des Bayerischen Staatsinstituts für Hochschulforschung und Hochschulplanung von Ärzten und Ärztinnen in Weiterbildung (vier bzw. fünf Jahre nach Approbation) beschrieben Ärzte und Ärztinnen, in deren Haushalt bereits Kinder lebten (n=511), folgende Auswirkungen der Familiengründung auf den Verlauf ihrer Weiterbildung [8]:

- Verzögerung der Weiterbildung:
76,7 % der Ärztinnen ...
18,0 % der Ärzte
- Unterbrechung der Weiterbildung:
74,1 % der Ärztinnen ...
5,8 % der Ärzte
- Abbruch der Weiterbildung:
15,4 % der Ärztinnen ...
0,9 % der Ärzte

Auf Grundlage ihrer Mitgliederdatei ermittelte die Landesärztekammer Hessen, dass innerhalb von elf Jahren 86 % der Ärzte, aber nur 64,9 % der Ärztinnen einen Facharzt-Abschluss erreichten – eine deutliche Differenz von 20 % [9].

Diese drei Studien bestätigen, dass die Geburt eines Kindes bei der überwiegenden Mehrheit der Ärztinnen eine deutliche Verlängerung und bei rund einem Drittel sogar den Abbruch der Weiterbildung nach sich zieht.

Des Weiteren ändern sich durch die Geburt die **beruflichen Ambitionen** der meisten Betroffenen. Nur rund ein Fünftel (21,4 %) aller Ärztinnen mit Kindern führte an, die Geburt ihres Kindes/ihrer Kinder habe **keine** Konsequenzen für die langfristige berufliche Planung gehabt.

- 12,4 % strebten danach eine andere Fachrichtung an;
- 21,2 % planten, nicht mehr im Krankenhaus tätig zu sein;
- 60,0 % strebten eine Teilzeittätigkeit an.

Den vollständigen Ausstieg aus der Patientenversorgung (2,5 %) bzw. dem Arztberuf (1,0 %) zogen allerdings nur Wenige in Betracht.

5 Unterbrechung der Berufstätigkeit und Teilzeitarbeit bei Ärzten und Ärztinnen

Aufgrund unserer Ärztinnenbefragung wissen wir, dass neun von zehn Ärztinnen nach der Geburt über die gesetzliche Mutterschutzzeit hinaus pausieren (89,7 %). Rund ein Drittel der Befragten (30,1 %) hatte bis zum Zeitpunkt der Befragung weniger als zwölf Monate pausiert, ein weiteres Drittel (35,6 %) bis zu drei Jahren, der Rest länger als drei Jahre.

Nach hessischen Meldedaten sind 11,3 % aller Ärztinnen im Alter von 30 bis 60 Jahren, aber nur 1,6 % der Ärzte gleichen Alters nicht berufstätig (in Eltern-

zeit/im Haushalt tätig/arbeitslos). Diese Quote ist am höchsten bei den Ärztinnen zwischen 35 und 40 Jahren mit bis zu 17 % nicht Berufstätige eines Geburtsjahrgangs (vgl. Abb. 1) [10].

Aus verschiedenen repräsentativen Befragungen von Krankenhausärzten und -ärztinnen wissen wir ferner, dass weit mehr Ärztinnen als Ärzte teilzeitbeschäftigt sind und dass die **Teilzeittätigkeit** kontinuierlich an Bedeutung gewinnt. 2001 lag die Teilzeitquote noch bei 20 % der Ärztinnen und 2 % der Ärzte [11]. Im Frühjahr 2004 fanden wir folgende Quoten von Teilzeitbeschäftigten: Ärztinnen: 30,3 %, Ärzte: 4,4 %; und im Herbst 2005: Ärztinnen: 37,7 %, Ärzte 5,5 % [12]. Von 2001 bis 2005 hat sich der Anteil nur in Teilzeit tätiger Krankenhausärztinnen und -ärzte somit etwa verdoppelt (vgl. Abb. 2).

In unserer Befragung hessischer Ärztinnen (s.o.) ermittelten wir darüber hinaus, dass die im Krankenhaus beschäftigten hessischen Ärztinnen in Teilzeit im Durchschnitt 58 % der regulären Arbeitszeit⁵ tätig sind. Dies bedeutet, dass

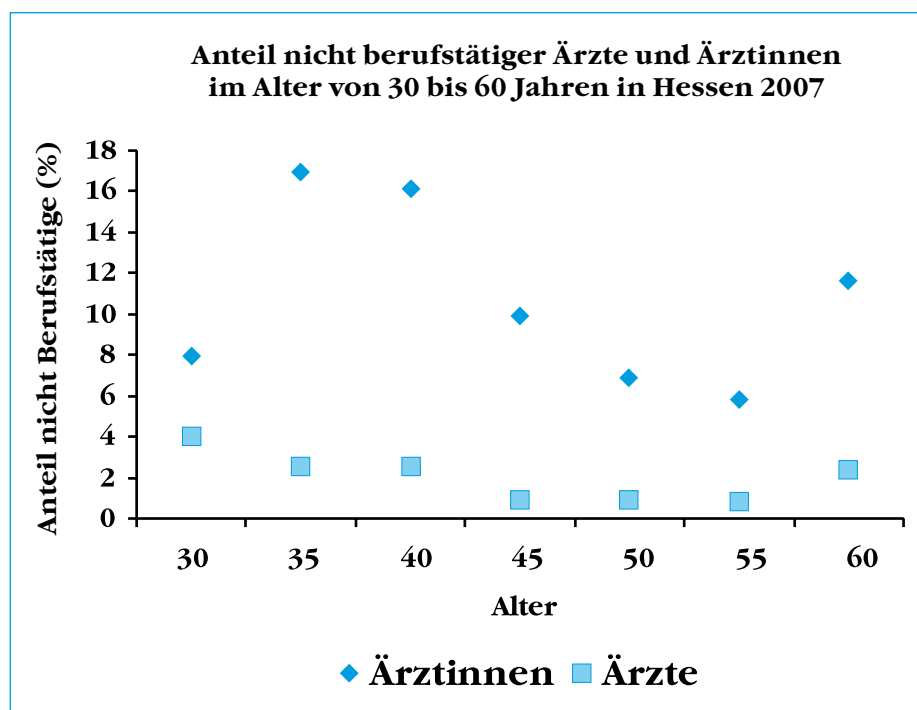


Abbildung 1

⁴ Eine repräsentative Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ergab einen ähnlich hohen Anteil für westdeutsche Akademikerinnen im Alter von 35-44 Jahren, von denen 78 % leibliche Kinder haben [7].

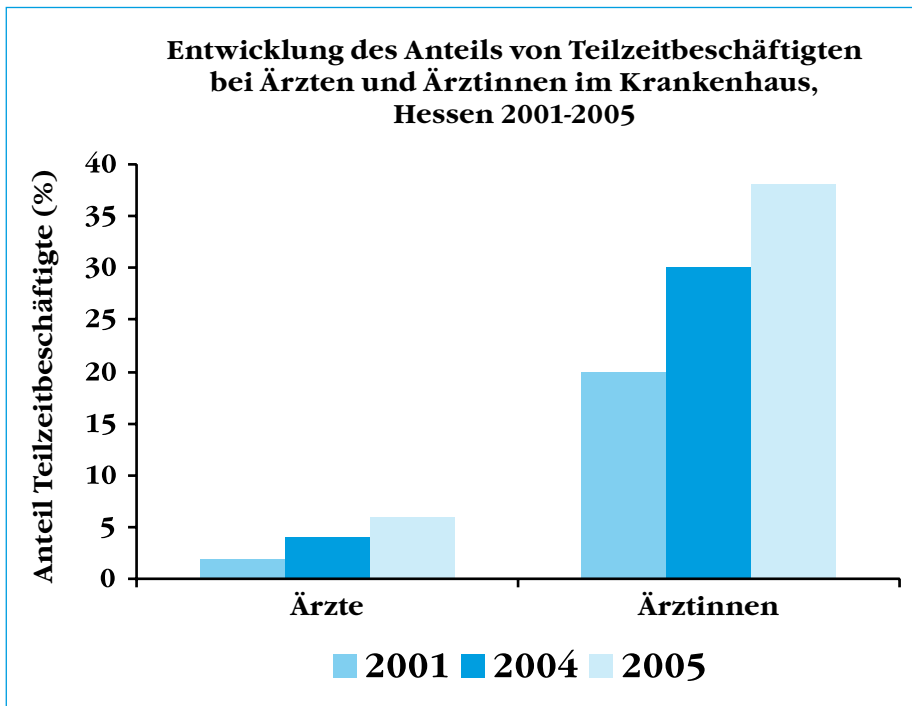


Abbildung 2

gegenwärtig während der Teilzeitbeschäftigung zwischen 17,6 % (2004) und 21,9 % (2005) der möglichen Arbeitsleistung der betroffenen Ärztinnen „fehlt“.⁶ Die entsprechenden Werte für Ärzte liegen dagegen nur zwischen 2,6 % (2004) und 3,2 % (2005).

Legt man diese Ergebnisse zugrunde, so lässt sich vorhersehen, dass durch den kontinuierlich ansteigenden Ärztenanteil die Differenz zwischen theoretisch möglicher und tatsächlich im Krankenhaus verfügbarer ärztlicher Arbeitszeit insgesamt erheblich ansteigen wird und man zukünftig nicht mehr davon ausgehen kann, dass ein ausgebildeter Arzt auch nur annähernd mit 100 % seiner Lebensarbeitszeit zur Verfügung steht.

6 Konsequenzen

Zumindest unter den derzeitigen Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung werden Ärztinnen, die heute ihren Beruf beginnen, ca. 11 % ihrer theoretischen Lebensarbeitszeit nicht berufstätig sein und diese darüber hin-

aus durch Teilzeittätigkeit um ca. 20 % weiter reduzieren (Tendenz steigend). Dies bedeutet: Es müssen drei Ärztinnen aus- und weitergebildet werden, um zwei in vollem Umfang für die Versorgung bereitzustellen. Bei den Ärzten liegt die Summe der „Arbeitszeitverluste“ durch berufliche Pausen und Teilzeitarbeit bisher bei 4-5 % (ebenfalls steigende Tendenz); d.h. derzeit fehlt die Arbeitsleistung eines von 17 ausgebildeten Ärzten. Allein der wachsende Frauenanteil in der Ärzteschaft führt also schon dazu, dass zur Erhaltung des gegenwärtigen Umfangs der Versorgung insgesamt zunehmend mehr ärztlicher Nachwuchs aus- und weitergebildet und die Gesamtzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte gesteigert werden muss.

Literaturverzeichnis

- [1] Kopetsch, Th.: *Berufsanfänger: Mehr als die Hälfte sind Ärztinnen*. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104 (2007), H. 11, S. A698-704
- [2] Statistisches Bundesamt: *Bildung und Kultur. Studierende an Hochschulen. Fachserie 11, Reihe 4.1, WS 2006/2007, Vorbericht*. Wiesbaden 2007

- [3] Köhler, S., Kaiser, R. und Napp, L.: *Medizinstudium und was dann?* Hessisches Ärzteblatt, Jg. 65 (2004), H. 10, S. 565-568 sowie bisher unveröffentlichte Ergebnisse
- [4] Heublein, U., Schmelzer, R. und Sommer, D.: *Studienabbruchstudie 2005. Die Studienabbrucherquoten in den Fächergruppen und Studienbereichen der Universitäten und Fachhochschulen*. Hochschul-Informations-System, Hannover 2005
- [5] Bundesärztekammer: <http://www.baek.de/downloads/Aerztestatistik2006.pdf>, 24.5.2007, eigene Berechnungen auf Basis von Tabelle 9
- [6] Köhler, S., Baumann, L. und Kaiser, R.: *Hessische Ärztinnen fordern familienfreundliche Arbeitsbedingungen von ihren Krankenhäusern*. Hessisches Ärzteblatt, Jg. 67 (2006), H. 12, S. 932-935 sowie bisher unveröffentlichte Ergebnisse
- [7] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): *Kinderwunsch und Familiengründung bei Frauen und Männern mit Hochschulabschluss*. Köln 2005
- [8] Gensch, K. und Waltenberger, M.: *Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Bayern unter Berücksichtigung des steigenden Anteils an Ärztinnen*, Bayerisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung, München (2006)
- [9] Köhler, S., Kaiser, R. und Lochner, A.: *Junge Ärzte – Mangelware? Ergebnisse einer Absolventenbefragung (Teil II) und einer Analyse der Mitglieder-Datenbank der Landesärztekammer Hessen*. Hessisches Ärzteblatt, Jg. 66 (2005), H. 6, S. 373-377
- [10] Landesärztekammer Hessen, *Auswertung der Mitgliederdatenbank*. Stand: 30. Mai 2007
- [11] Kaiser, R. H. *Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten im Krankenhaus. Eine empirische Untersuchung in Hessen, Rheinland Pfalz und im Saarland*. Köln 2002
- [12] H. Kühn, Klinke, S. und Kaiser, R.: *Empirische Untersuchungen zu Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen*. Hessisches Ärzteblatt, Jg. 66 (2005), H. 11, S. 742-744 sowie bisher unveröffentlichte Ergebnisse

Korrespondenzanschrift

Dr. Susanne Köhler
Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsong 3, 60488 Frankfurt
Tel. 069 97672-142
E-Mail: susanne.koehler@laekh.de

⁵ vertragliche Arbeitszeit, ohne Berücksichtigung von Überstunden

⁶ Berechnung: Anteil der Teilzeittätigen multipliziert mit durchschnittlichem Umfang der Teilzeittätigkeit