



Frau Doktor und die drei K

Kinder, Küche und Karriere sind für viele Frauen immer noch schwer unter einen Hut zu bringen. Auch Ärztinnen treten beruflich meist einen Schritt zurück, wenn sich die Familie vergrößert. **Norbert Schmacke** geht der Frage nach, welche Rolle das weibliche Potenzial für die Zukunft der Allgemeinmedizin spielt – und was Männer damit zu tun haben.

Ende 2012 hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie verabschiedet. Der Reformbedarf ist groß: Die Ungleichverteilung der niedergelassenen Mediziner zwischen ländlichen und städtischen Regionen sowie auch innerhalb der Ballungszentren nimmt trotz stetig wachsender Arzttzahlen zu. Die Hauptidee der Reform: die Planungsbezirke kleiner fassen und damit Über- und Unterversorgungsregionen besser harmonisieren. Die zweite Idee: mehr Hausärzte zulassen, um den Mangel in strukturschwachen Regionen zu beheben. Das klingt gut und bietet einige Chancen. Hinter dieser zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband lebhaft geführten Debatte fristen allerdings weitere Fragen ein unverdientes Schattendasein. Drei dieser zentralen Fragen lauten: Was heißt angemessener Bedarf im Bereich der ambulanten Versorgung? Wie können junge Ärztinnen und Ärzte wie auch Wiedereinsteigerinnen und -einsteiger für die Allgemeinmedizin gewonnen werden? Warum ist die Auseinandersetzung mit den Geschlechterrollen („Genderdebatte“) wichtig für die Zukunftssicherung der Allgemeinmedizin?

Mit diesen und weiteren Fragen beschäftigt sich das Gutachten „Die Zukunft der Allgemeinmedizin“, das der Autor dieses Artikels im Auftrag im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes kürzlich erstellt hat (siehe *Web- und Lesetipps*). Nachfolgend soll die dritte Frage ausführlicher beantwortet werden.

Die Medizin wird weiblich. Seit vielleicht zehn Jahren taucht auch in den gesundheitspolitischen Debatten das Thema Gender auf. Damit ist angesprochen, ob die Perspektiven und Belange von Frauen und Männern in ihrer jeweiligen Vielschichtigkeit sowohl auf Seiten der Patientinnen und Patienten wie auf Seite der Professionellen angemessen berücksichtigt werden. Viele Akteure haben sich schwer damit getan, den Sinn dieser Betrachtung zu erkennen. Soweit es nun um den ärztlichen Nachwuchs geht, scheint sich auf den ersten Blick ein Durchbruch der Genderdebatte abzuzeichnen. Überall ist von der Feminisierung der Ärzteschaft oder gar der Medizin zu lesen, weil inzwischen der Frauenanteil unter den Medizinstudierenden mehr als 60 Prozent beträgt. Der Begriff der Feminisierung ist allerdings aus zwei

Gründen irreführend. Zum ersten hat bislang niemand über die Maskulinisierung der Medizin geklagt. Die jahrhundertelange Dominanz der Männer in der Medizin war für die große Mehrheit der Ärzteschaft – und wohl auch der Öffentlichkeit – kein Problem. Zum zweiten stimmt zwar, dass Frauen in allen Industrieländern inzwischen das Berufsziel Ärztin genauso gut und häufiger als Männer realisieren. Nach Bestehen des Staatsexamens und der Promotion öffnet sich dann aber rasch eine Schere zwischen den Karrieren von Männern und Frauen, wie die Soziologin Andrea Abele-Brehm dies nennt. Eine Langzeitstudie der Erlanger Professorin zeigte, dass Frauen deutlich häufiger als Männer ohne ärztliche Tätigkeit sind, seltener in einflussreichere und besser bezahlte Positionen aufsteigen und die Hauptlast familiärer Verpflichtungen tragen. Auch eine Befragung des Hochschul-Informations-Systems (HIS) von Medizin-Absolventinnen des Jahrgangs 1997 zu ihrer Berufsausübung über einen Zeitraum von zehn Jahren belegt diesen Trend (siehe *Abbildung „Familie geht vor“ auf Seite 37*).

Web- und Lesetipps

- Norbert Schmacke: **Die Zukunft der Allgemeinmedizin – Potenziale für eine angemessene Versorgung.** Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Januar 2013. PDF unter: www.ipp.uni-bremen.de
- Uwe Lötzerich: **Kinder erwünscht.** (Familienfreundlicher Arbeitgeber Krankenhaus). In: G+G 6/2010, S. 20–25
- Florian Staack: **Roter Teppich für den Hausarzt.** (Weiterbildungskonzepte in der Allgemeinmedizin). In: G+G 4/2013, S. 22–27
- Andrea Abele-Brehm: **Erwerbsverläufe von Frauen und Männern in der Medizin.** In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte Verlag Köln 2010, 149–158
- Jutta Allmendinger: **Verschenkte Potenziale?** Lebensverläufe nicht erwerbstätiger Frauen. Campus, Frankfurt/ New York 2010
- Gesche Brandt: **Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Hochschulabsolvent(inn)en.** Hochschul-Informations-System (HIS) 8/2012. unter: www.his.de > Publikationen
- Jost Steinhäuser et al.: **Lösungsansätze gegen den Allgemeinartztmangel auf dem Land. Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung.** In: DMW 2011; 136: S. 1.715–1.719

Verbindung gebracht wird. Auch die Erwartungen an die Karriere (Leistungspositionen und Wahl des Weiterbildungsgebiets) sprechen für ein in dieser Form unerwartetes Fortbestehen konservativer Rollenmuster, wie sie Andrea Abele-Brehm in ihrer Kohorte bereits über lange Zeiträume dokumentiert hat.

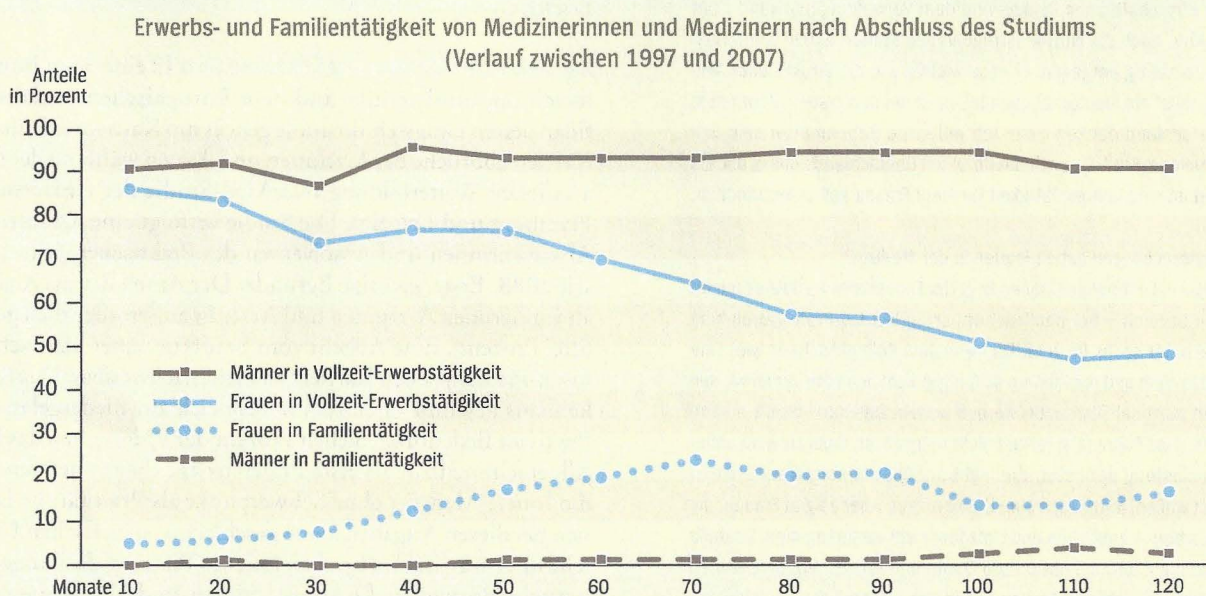
Mehr Spielraum für sprechende Medizin. Die Barrieren für Frauen im medizinischen Karriereverlauf waren bereits 2004 Gegenstand eines Berichtes der Bund-Länder-Kommission „Frauen in der Medizin“. Diese Analyse hat bis heute vor allem insofern Bestand, als sie weit über die bloße Beschreibung der Benachteiligung von Frauen hinausgeht und konstatiert: „Die Anforderungen der ärztlichen Praxis sind bis heute in ihren Lehrinhalten, Leistungskriterien, Forschungsmethoden und Arbeitsbedingungen an der männlichen Normalbiografie ausgerichtet.“ Weiter heißt es: „In den letzten Jahren wird jedoch der Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung in der Medizin auch in Deutschland Rechnung getragen.“ Hierzu gehört ganz wesentlich die Frage, ob es gelingen kann, die eher auf Hochleistungsmedizin orientierte Grundhaltung so zu verändern, dass die sprechende Medizin und die auf Langzeitbetreuung ausgerichtete Versorgungsphilosophie den notwendigen Spielraum erhalten. Dies ist die zweite, immer noch zu wenig beachtete Dimension der Genderdebatte, vertreten Männer doch traditionell deutlich stärker als Frauen die klassische Orientierung auf die Maximalmedizin.

Für die geschilderte Karriereproblematik sei in Kürze auf aktuelle soziologische Forschungsergebnisse zur Bedeutung der

Rollenmuster verheirateter Paare hingewiesen. Danach ist belegt, dass (auch in anfänglich auf Chancengleichheit orientierten Ehen) die Geburt des ersten Kindes einen universellen Tradionalisierungsschub auslöst: Frauen übernehmen den größeren Teil der Hausarbeit und erleiden einen mit Status- und Erwerbs-einbußen verbundenen Karriereknick. Dieser Effekt bleibt auch wirksam, wenn die Frau zuvor das höhere Einkommen hatte. Die Verfestigung traditioneller Rollenmuster kommt nur dann nicht zum Tragen, wenn die Unterbrechung der Erwerbstätigkeit der Frauen kurz gehalten werden kann.

Frauen haben geringere Einkommenserwartung. Die aus den wenigen, besonders aussagekräftigen Längsschnittuntersuchungen gewonnenen Erkenntnisse zu Karriereverläufen von Ärztinnen und Ärzten werden ergänzt durch aktuelle Befragungen von Medizinstudierenden. Eine große Online-Umfrage unter allen deutschen Medizinstudierenden (Institut für Soziologie der Universität Trier in Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) im Jahr 2010 ergab bezüglich der Wunsch-Facharztausbildung eine stark überwiegende Präferenz der Frauen für Gynäkologie sowie für Kinder- und Jugendmedizin, während Männer deutlich stärker etwa zu Chirurgie, Orthopädie und Radiologie neigten. Bei der Allgemeinmedizin fanden sich mit jeweils um die 30 Prozent der Befragten, die diese Fachrichtung anstreben, keine ausgeprägten Geschlechterunterschiede. Beim Thema Niederlassung oder Angestelltenstatus zeigen Frauen ein deutlich größeres Interesse an einem Angestelltenstatus in einem Medizinischen Versorgungszentrum oder

Familie geht vor: Viele Ärztinnen geben ihren Vollzeit-Job auf



Während die meisten männlichen Mediziner zehn Jahre nach Abschluss ihres Studiums in Vollzeit berufstätig sind (91 Prozent), widmen sich viele Frauen zu diesem Zeitpunkt verstärkt der Familie. So arbeiteten nach Ergebnissen einer Verlaufsstudie des Hochschulinformations-Systems

nur noch 48 Prozent aller Medizin-Absolventinnen des Abschlussjahrgangs 1997 im Jahr 2007 Vollzeit in ihrem Beruf. Rund 16 Prozent hatten den Schwerpunkt auf die Familientätigkeit verlegt.

Quelle: G. Brandt/HIS Hochschul-Informationssystem

Beruflich und privat benachteiligt. Wörtlich heißt es in einer Veröffentlichung von Andrea Abele-Brehm: „Männer sind stärker karriere- und erfolgsorientiert, und Erfolgsorientierung erleichtert tatsächlich Erfolg. Frauen sind stärker balanceorientiert und Balanceorientierung, verbunden mit hohem familiärem Engagement, verlangsamt Berufserfolg“. Und weiter: „Frauen sind genauso erfolgreich wie Männer – wenn sie nicht Mütter werden. Auch Mütter können beruflich genauso erfolgreich sein wie Männer, wenn sie es schaffen, mit Kind(ern) Vollzeit berufstätig zu bleiben. Viele Medizinerinnen nehmen berufliche Nachteile meist in der Kleinkindzeit ihrer Kinder in Kauf.“ Abele-Brehm spricht hier von gesellschaftlich hervorgebrachten „Entmutigungsmechanismen“, die offenkundig in Deutschland besonders ausgeprägt sind. Anders formuliert: Viele Frauen fügen sich in die vermeintlich traditionelle weibliche Rolle.

Dies gilt laut der Untersuchung auch für die hoch qualifizierten Ärztinnen. Drei Prozent der Medizinerinnen aus der Studie von Abele-Brehm waren ohne ärztliche Tätigkeit und wiesen zu fünf Prozent keine Facharztbezeichnung auf, während dies auf keinen einzigen Mann zutraf. Männer und Frauen waren nach dem Examen bis zum Alter von 29 Jahren in gleich hohem Umfang in Vollzeit beschäftigt. Im Alter von 42 Jahren übten jedoch nur 40 Prozent der Frauen einen Vollzeit-Job aus. 94 Prozent der Männer gingen in diesem Alter weiter einer Vollzeitbeschäftigung nach. Der hohe zeitliche Aufwand von Frauen für die Familienarbeit führt dazu, dass Ärztinnen seltener Kinder haben als ihre männlichen Kollegen. Männer können – wie schon gesagt – darauf rechnen, dass ihre Partnerinnen die Hauptverantwortung der Kindererziehung übernehmen. Ärztinnen sind also sowohl im beruflichen wie privaten Bereich benachteiligt. Beide „Verzichte“ entsprechen wohlbemerkt nicht ihren primären Vorstellungen (Abele-Brehm 2010, siehe Web- und Lesetipps).

Konservative Rollenmuster bestehen fort. In einer vom Bundesforschungsministerium und dem Europäischen Sozialfonds finanzierten Längsschnittstudie geht es um Karriereverläufe und Karriereabbrüche bei Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung (KarMed-Studie der Universitäten Hamburg und Leipzig). Die Studie verfolgt eine Kohorte von Absolventinnen und Absolventen des Praktischen Jahres (PJ) seit 2008. Erste wichtige Befunde: Der Anteil der ins Ausland abwandernden Ärztinnen und Ärzte ist außerordentlich gering (drei Prozent). Eine Abkehr vom Berufsziel einer klassisch klinisch-medizinischen Karriere ist nicht nachweisbar. Das Krankenhaus gewinnt offenbar im Vergleich zur niedergelassenen Praxis an Bedeutung. Sieben Prozent der PJ-ler geben das Fach Allgemeinmedizin als erste Präferenz an, ebenso nennen viele die Innere Medizin ohne Schwerpunkt als Priorität. Es lassen sich bei diesen Angaben keine geschlechterspezifischen Unterschiede ermitteln. Aufhorchen lässt die Tatsache, dass insgesamt nur zehn Prozent der PJ-Absolventinnen und Absolventen nach diesen ersten Erhebungen eine hausärztliche Niederlassung planen. Der Wunsch nach einer Teilzeitbeschäftigung ist bei Frauen deutlich ausgeprägter als bei ihren männlichen Kollegen, wobei dies mit der erwarteten Phase der Kindererziehung in

einer Praxis. Der Wunsch nach Niederlassung generell schlägt bei beiden Geschlechtern gleich hoch zu Buche. Bezüglich des angestrebten Einkommens zeigen Frauen deutlich niedrigere Erwartungen. Stellt man diesen Befunden gegenüber, dass beide Geschlechter (abstrakt) die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und einen Kinderwunsch sehr hoch bewerten, dann findet sich hier bestätigt, dass auch die heutigen weiblichen Medizinstudierenden die typisch weibliche Karriere antizipieren. Einen weiteren wichtigen – und die internationale Studienlage bestätigenden – Hinweis gibt diese Studie in Sachen Standortwunsch der späteren Berufstätigkeit: Ländlich sozialisierte Studierende und Frauen sind demnach eher bereit, auch im ländlichen Raum zu praktizieren.

Allgemeinmedizin schlägt Chirurgie als Wunschfach. Mit den Erwartungen von Medizinstudierenden an ihre künftige Berufstätigkeit hat sich intensiv die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg befasst. Die Forschergruppe (Leitung: Jost Steinhäuser) befragte für ihre 2011 erschienene qualitative Studie (siehe Web- und Lesetipps) Medizinstudierende in Baden-Württemberg zu ihren Weiterbildungswünschen. Die Befragten nannten als Wunsch-Fachgebiete am häufigsten Innere Medizin, Gynäkologie, Pädiatrie, Chirurgie, Anästhesie und Allgemeinmedizin. Die Studie differenzierte diese Wünsche nach Studienabschnitten und konnte zeigen, dass die anfänglich sehr hoch bewertete Chirurgie deutlich an Attraktivität verlor, während etwa Allgemeinmedizin sich von anfänglich 7,1 Prozent auf zehn Prozent zum Studierenden hin verbesserte. Skandinavische Forscherinnen wie-

derum berichten übereinstimmend, dass Frauen zu Beginn der ärztlichen Karriere ein genauso großes Interesse an der Chirurgie zeigen wie Männer, dass sie aber im Verlauf der Weiterbildung abgeschreckt werden. Möglicherweise sehen weibliche Medizinstudierende in Deutschland derartige Hemmnisse voraus und resignieren noch eher als ihre Kolleginnen in Skandinavien.

Die Heidelberger Arbeitsgruppe interpretiert ihre Daten zum einen in Richtung eines ausgeprägten Wunsches nach einem planungssicheren Arbeitsplatz. Zweitens zeigen sich im Hinblick auf das Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei der hier eingesetzten Fragetechnik wiederum deutliche, typische Geschlechterunterschiede. Daraus leitet die Forschergruppe dezidiert die Notwendigkeit der Förderung gendersensibler Arbeits(zeit)modelle ab. Drittens interessierte sich dieser Forschungsansatz für die Frage möglicher Faktoren für die spätere Wahl hausärztlicher Tätigkeit. Studierende, die eine hausärztliche Tätigkeit anstreben, gewichten im Vergleich zum Gesamtkollektiv die sogenannte Work-Life-Balance noch stärker. Das weist darauf hin, dass bei der Förderung der Attraktivität hausärztlicher Tätigkeit genderspezifische Aspekte beachtet werden müssen, denn Frauen werden nicht automatisch die Besetzung der Hausarztsitze erleichtern, wie in der gesundheitspolitischen Debatte gelegentlich angenommen wird.

Im Übrigen liegt der Frauenanteil in der von den Heidelberger Allgemeinmedizinern koordinierten „Verbundweiterbildung plus“, die den hausärztlichen Nachwuchs fördern soll, derzeit bei über 70 Prozent (304 Teilnehmerinnen). Hier existiert ein vielversprechender Ansatz zur Gewinnung einer neuen Hausarztgeneration, der offenbar Frauen besonders anspricht.

Hausärztliche Tätigkeit: Frauen sind noch in der Minderheit

Anteil der Frauen unter den ambulant berufstätigen Ärztinnen und Ärzten in ausgewählten Fachrichtungen (31.12.2012)

■ Frauen ■ Männer



Ende 2012 lag der Frauenanteil unter den im hausärztlichen Bereich tätigen Medizinerinnen und Medizinern bei 43 Prozent. Das entspricht ungefähr dem Frauenanteil unter allen ambulant berufstätigen Ärztinnen

und Ärzten (41 Prozent). Dagegen sind Frauen in der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Gynäkologie überproportional vertreten (53 beziehungsweise 61 Prozent). Quelle: Bundesärztekammer, Tätigkeitsbericht 2012

Hohe Teilzeitquote bei Frauen. Eine gesonderte Betrachtung innerhalb der Karrieredebatte verdient die Frage der Teilzeitbeschäftigung von Frauen und Männern in der Medizin. Hier zeigen Daten des Statistischen Bundesamtes – ähnlich wie die oben erwähnte HIS-Verlaufsstudie –, dass Frauen und Männer sich sowohl bezüglich des Status wie des Umfangs von Teilzeitarbeit in der vertragsärztlichen Versorgung erheblich unterscheiden. Im Jahr 2010 lag der Anteil von Frauen in der vertragsärztlichen Versorgung bei 36 Prozent von insgesamt 138.472 Ärztinnen und Ärzten. Die Teilzeitquote von Frauen betrug 26 Prozent, die der Männer acht Prozent (in absoluten Zahlen: 38.000 gegenüber 15.000). Dies entspricht kaum den ursprünglichen Präferenzen der Ärztinnen und verweist auf die hohe Bedeutung der Beseitigung der genannten Barrieren.

Kliniken entwickeln noch wenig Familienbewusstsein. Auf der anderen Seite ist zu beachten, dass es Ärztinnen schwer gemacht wird, von ihnen erwünschte Teilzeitbeschäftigungen zu realisieren. Diese Problematik wird aus allen Gesundheitssystemen berichtet. Insbesondere die stationären Einrichtungen mit ihrer Doppelfunktion als Weiterbildungsstätten wie als dauerhafter Arbeitgeber sperren sich bis in die Gegenwart hinein weithin, von der Vorstellung einer gewissermaßen männlich definierten Normalarbeitszeit abzurücken. Es soll dabei nicht verkannt werden, dass inzwischen das Thema des familienbewussten Krankenhauses in verschiedenen Regionen Deutschlands politisch gefördert und von einzelnen Krankenhausträgern ernst genommen wird. Das Tempo der entsprechenden organisatorischen Veränderungen im Krankenhausbereich erscheint aber zu gering. Dies ist kein deutsches Problem. 1969 wurde im National Health Service Großbritanniens etwa ein „part-time married women's training scheme“ (übersetzt: Teilzeit-Weiterbildung für verheiratete Frauen) beschlossen, später in „flexible training scheme“ umbenannt – mit mäßigem Erfolg.

Eines der immer wieder vorgebrachten Argumente lautet: Teilzeitbeschäftigung von Ärztinnen und Ärzten lässt sich mit dem hohen Qualitätsanspruch der Versorgung nicht vereinbaren, die Organisationsprobleme sind nur begrenzt zu lösen. Die (freilich wenigen) Studien zur Untersuchung dieser Frage ergeben aber weder für den stationären noch für den ambulanten Bereich Hinweise auf den befürchteten negativen Effekt von Teilzeitbeschäftigung auf die Qualität der Leistungen und die Patientenzufriedenheit.

Aus dem Wunschfach wird Lösung B. Ärztinnen stehen also nach wie vor bei der von ihnen gewünschten Karriere die klassischen Hürden im Weg. Dabei spielt trotz fraglos vorhandener gesellschaftlicher Fortschritte die Bevorzugung von Männern auf der Karriereleiter weiter eine zentrale Rolle. Dies ist zu einem erheblichen Teil dadurch bedingt, dass die Ärztinnen weitaus stärkere Verantwortung für die Erziehung ihrer Kinder übernehmen als ihre Partner, während Ärzte sich sehr häufig darauf verlassen können, dass ihre Partnerinnen den Großteil der Kindererziehung übernehmen. Deutschland nimmt zudem in dieser Frage einen der Schlussplätze im internationalen Vergleich ein. So ist es nicht zuletzt für Ärztinnen viel schwerer als für ihre männli-



**Familie bleibt Frauensache:
Wenn Ärztinnen länger aus ihrem
Job aussteigen, verfestigen sich
traditionelle Rollenmuster.**

chen Kollegen, die Weiterbildung in einem Wunschfach in der vorgesehenen Zeit zu absolvieren. Aus dem Wunschfach wird dann häufig die Lösung B. Mit Blick auf die Medizin stellen sich deshalb verschiedene Fragen. Entscheidend ist: Werden Krankenhäuser und der ambulante Sektor ihre Anstrengungen vervielfachen, damit Frauen und Männer ihre jeweiligen Vorstellungen von Beruf, Familie und sozialem Leben besser miteinander vereinbaren können?

Dies ist nicht allein für die Zukunft der Allgemeinmedizin relevant. Zahlreiche Fächer werden in den kommenden Jahren in schweres Fahrwasser kommen, was die Gewinnung ihres jeweiligen Nachwuchses anbelangt. Für die Allgemeinmedizin aber stellt sich in besonderer Weise die Frage: Wie attraktiv erscheint jungen Ärztinnen und Ärzten dieses Fach? Schätzen Frauen die Hürden für diesen Weiterbildungsgang als besonders hoch ein oder nicht? Nach aktuellem Forschungsstand muss davon ausgegangen werden, dass sich das Rollenverständnis in den Partnerschaften nur sehr langsam verändert, wenn es um Kinder und Karriere geht. Die Soziologin Jutta Allmendinger spricht von „verschenkten Potenzialen“ durch ein ungewollt hohes Maß an Unterbrechung der Erwerbstätigkeit von Frauen.

Je eher das Gesundheitssystem die Dramatik dieser Situation verstanden hat, umso leichter wird es sein, das Klagen über den Ärztemangel einzustellen und sich den Herausforderungen zu stellen, die mit dem demografischen Wandel auf das Gesundheitssystem zukommen. Auch die Zukunft der Allgemeinmedizin wird ganz wesentlich dadurch gekennzeichnet sein, ob die Genderfrage so ernst genommen wird, wie sie es verdient. ■

Professor Dr. Norbert Schmacke ist Assoziiertes Mitglied der Abteilung Versorgungsforschung des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen.

Kontakt: schmacke@uni-bremen.de