

Genderaspekte in Studium, Weiterbildung und vertragsärztlichen Versorgung

Ursula Hahn, Clarissa Kurscheid

In dem Beitrag werden die Trends im Geschlechterverhältnis im Medizinstudium wie in der ambulant vertragsärztlichen Versorgung analysiert und nach den einzelnen medizinischen Fächern betrachtet. Dabei wird der Frage nachgegangen, welche möglichen Assoziationen zwischen Geschlecht, Tätigkeitsform und zeitlichem Versorgungsbeitrag bestehen und welche Effekte die unterschiedlichen Wahloptionen angehender Medizinerinnen und Mediziner auf die Versorgung haben können. Es wird die These widerlegt, dass es drei Ärztinnen braucht, damit zwei voll für die Versorgung bereitstehen und dahingehend korrigiert, dass drei angestellte Ärztinnen bzw. Ärzte aus- und weitergebildet werden müssen, damit zwei im vollen Umfang versorgen.

Zielsetzung

In der gesundheitspolitischen Diskussion werden – negative wie positive - Konsequenzen eines höheren ambulant tätigen Fachärztinnenanteils derzeit intensiv thematisiert. Immer wieder wird kritisch angemerkt, dass mit einem steigenden Anteil von Fachärztinnen eine Verknappung an ärztlicher Arbeitszeit einhergeht. Schon in 2007 wurde in einem Artikel im hessischen Ärzteblatt die These aufgestellt: „Es müssen drei Ärztinnen aus- und weitergebildet werden, um zwei in vollem Umfang für die Versorgung bereitzustellen.“¹ Auch wenn das Zahlenverhältnis in späteren Veröffentlichungen relativiert wurde², hält sich die Meinung, dass der Ärztemangel durch mehr tätige Fachärztinnen verschärft wird und dies wiederum zu höheren Kosten der Versorgung führe; die Diskussion gipfelte unlängst in der Forderung nach einer Männerquote im Zugang zum Medizinstudium³. Andererseits werden gerade aus ökonomischer Sicht auch positive Effekte in die Diskussion gebracht: Der Versorgungsstil von Fachärztinnen sei kostengünstiger als der von Fachärzten⁴: Eine aktuelle Untersuchung aus der Schweiz kam zu dem Ergebnis „... that female specialist generate lower health care expenditure per visit than their male

colleagues..⁴⁵. Zudem wird der Fachärztinnenanteil auch im Kontext der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen gesehen, wobei die Bewertung je nach Standpunkt der Kommentierenden unterschiedlich ausfällt. Da Frauen häufiger angestellt tätig werden wollten als Männer^{6,3,7}, - so die These – würde ein höherer Fachärztinnenanteil die Konzentrationsprozesse in der ambulanten Medizin beschleunigen^{8,9}.

Im Anbetracht der erwarteten erheblichen Effekte überrascht, dass es bislang kaum tiefer gehende systematische Analysen zu Häufigkeit und Entwicklung des Frauenanteils unter den Studierenden, Weiterbildungsassistenten und Fachärztinnen in der ambulanten Versorgung insgesamt bzw. nach Fächern gibt. Ziel der folgenden Sekundärdatenanalyse ist es, Trends im Geschlechterverhältnis vom Medizinstudium bis zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gesamthaft und nach medizinischen Fächern getrennt herauszuarbeiten. Zudem werden Tätigkeitsform (angestellt/selbständig) und zeitliche Versorgungsbeitrag von Fachärztinnen und Fachärzten der vertragsärztlichen Versorgung analysiert und mögliche Assoziationen zwischen Geschlecht, Tätigkeitsform und zeitlichen Versorgungsbeitrag gesucht. In der Diskussion werden ergänzend Ursachen für geschlechtsspezifische Unterschiede und Effekte im Sinne von psychosozialen Erfolgsfaktoren untersucht.

Material und Methode

Die folgende Auswertung basiert auf Sekundärdaten verschiedener Quellen. Die Angaben zu Medizinstudierenden basieren auf Daten des statistischen Bundesamtes zu Bildung¹⁰ und zu Abschlüssen an Hochschulen aus dem Jahr 2016¹¹ Auswertungen des Hochschul-Informations-Service (HIS)¹². HIS wurde in 2013 in das Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung (DZHW) überführt, welches als Einrichtung des Bundes und der Länder anwendungsorientierte empirische Forschung im Bereich des Hochschul- und Wissenschaftssystems betreibt. Der sogenannte Medizinerreport analysiert auf Basis des Absolventenpanels der HIS-HF-Hochschulforschung Bildungs- und Berufswege von Medizinerinnen und Medizinern. Zur Darstellung der Präferenz von Studierenden für medizinische Fächer bzw. Tätigkeitsarten werden die Ergebnisse einer Befragung

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahr 2012 herangezogen¹³. Zu der nächsten beruflichen Phase von Humanmedizinerinnen, der Weiterbildung zum Facharzt fehlen öffentlich zugängliche Datenquellen; Angaben zu Weiterbildungsstätten (Universität bzw. Lehrkrankenhaus und ambulante Einrichtung) sowie Verteilung der Weiterbildungsassistenten auf medizinischen Fächern können nur Befragungen entnommen werden. Im Folgenden wird daher auf die Ergebnisse einer Befragung des Hartmann Bundes aus 2017 zurückgegriffen wird¹⁴.

Das Geschlechterverhältnis in der gesamten vertragsärztlichen Versorgung sowie in einzelnen medizinischen Fächern, nach den Tätigkeitsformen Anstellung und Selbständigkeit und bezogen auf den zeitlichen Versorgungsbeitrag, wurde auf eine Sekundärdatenquelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) „Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Bundesgebiet gesamt, per 31.12.2016“¹⁵ zurückgegriffen. Die absoluten und relativen Häufigkeiten tätiger Fachärztinnen und Fachärzte (Zählung nach Personen) insgesamt und nach Fächern wurde auf Basis von Tabelle 1.0 „An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten nach ihrem Teilnahmestatus (Zählung nach Personen)“ sowie 1.0W (nur weibliche Ärzte und Psychotherapeuten) bzw. 1.0M (nur männliche Ärzte und Psychotherapeuten) der KBV Statistik berechnet. Die gleichen KBV-Tabellen wurden auch herangezogen, um die absolute und relative Häufigkeit von Angestellten (in freier Praxis und in Einrichtungen (Medizinischen Versorgungszentren)) an den jeweils in einem Fach tätigen Fachärztinnen respektive Fachärzten zu ermitteln.

Der zeitliche Versorgungsbeitrag wurde aus dem Quotient von Bedarfsplanungsgewicht (Tabelle 1.0B) zu Personenzahl (Tabelle 1.0) ermittelt. Das Bedarfsplanungsgewicht ist Ausdruck des genehmigten zeitlichen Umfangs der ärztlichen Versorgung. Eine Vollzeitbeschäftigung wird mit einem Bedarfsplanungsgewicht von 1 ausgedrückt. Teilzeitbeschäftigung löst Abschläge in definierten Stufen aus. Ein Wert von 100 % des zeitlichen Versorgungsbeitrags (Quotient aus Bedarfsplanungsgewicht und Personenzahl) steht für ärztliche Vollbeschäftigung, geringere Werte für anteilige Teilzeitbeschäftigung. Die KBV hat am 15.09.2017 auf Anfrage Daten in der Aufgliederung der Tabelle 1.0B getrennt für

Fachärztinnen und Fachärzte zur Verfügung gestellt, so dass der zeitliche Versorgungsbedarf nach Geschlechtern ermittelt werden konnte.

Zur Darstellung der Entwicklung und des Trends wurden einerseits Daten der Tabellen 1.0 und 1.0W der KBV-Statistik aus den Jahren 2011 bis 2016¹⁶ und andererseits die Tabelle 7.0 „Zugänge und Abgänge von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten für 2016 (Zählung nach Personen)“ herangezogen. Die KBV hat am 15.09.2017 auf Anfrage Daten in der Darstellung der Tabelle 7.0 getrennt für Fachärztinnen und Fachärzte zur Verfügung gestellt.

Ergebnisse

Studierende der Humanmedizin und Übergang in den Beruf

Das Medizinstudium zeichnet sich durch einige Besonderheiten aus: So nimmt die Zahl der Studienanfänger im Zeitablauf zwar kontinuierlich zu. Während sie in anderen Fachdisziplinen aber Steigerungsraten von bis zu acht Prozent erreicht, sind es in der Medizin um die drei Prozent. Die Studienabbruchquote ist zudem bei Medizinstudentinnen und -studenten wesentlich geringer als in anderen Disziplinen, so lag diese bei den startenden Studierenden der Jahre 1999 bis 2001 im Durchschnitt bei fünf Prozent, während anderen traditionellen Studiengänge (nicht Bachelor und Master) über alle Universitäten bei 22 % lag ¹².

Im Wintersemester 2016/2017 waren 92.011 Studierende im Fach Humanmedizin eingeschrieben, hiervon waren 56.246, also rund 61%, Medizinstudentinnen. Wie bei den Studierenden insgesamt nimmt auch der Frauenanteil im Medizinstudium zu. Seit 1995 ist der Frauenanteil über dem der Männer.¹² Dies spiegelt aber vorrangig den höheren Anteil der Abiturientinnen im Vergleich zu den Abiturienten wider ¹⁷: Im Verlauf des Studiums steigt zudem der relative Frauenanteil: Die Anzahl der Medizinstudierenden im ersten Semester lag im Jahr 2015 bei 12.516, davon waren 7.759 Frauen (62%) und 4.757 Männer. Die Anzahl der Absolventen lag 2015 bei 9.215, hier hiervon waren 6.138 Frauen (67%) und 3.663 Männer. Die

Fachpräferenzen der Studierenden unterscheiden sich deutlich und signifikant nach Geschlecht: Aus den Ergebnissen einer bundesweiten Onlinebefragung unter Studierenden der Humanmedizin im Auftrag der KBV aus dem Jahr 2012 (n=15,7% der Grundgesamtheit) werden die Fächer genannt, die jeweils von mehr als 20% genannt wurden (Mehrfachnennungen möglich): Studentinnen interessierten sich für Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Anästhesiologie und Chirurgie, an den ersten Plätzen des Ranking bei Studenten standen Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesiologie, Allgemeinmedizin, Orthopädie und Neurologie ^{18, 13}.

90% der Absolventen und Absolventinnen der Humanmedizin waren innerhalb von 12 Monaten regulär beschäftigt ¹². Der überwiegende Teil der ehemaligen Studierenden wird innerhalb des ärztlichen Berufs tätig und absolviert damit eine mindestens fünfjährige (angestellte) Weiterbildung zum Facharzt ¹². Die Angaben zum Anteil der Frauen unter den Weiterbildungsassistenten schwanken: Laut einer Erhebung des Hartmannbundes aus 2017 bei 1.300 Weiterbildungsassistenten waren 65% der Weiterbildungsassistenten weiblich ¹⁴, laut dem Weiterbildungsregister Hessen lag ihr Anteil in 2016 bei 58% . Auch bei den Weiterbildungsassistenten werden geschlechtsspezifisch Unterschiede bezogen auf das Weiterbildungsfach deutlich: Aus der Studie des Hartmannbundes¹⁴ geht hervor, dass unter den Assistentinnen 17% in der inneren Medizin, 10% in der Kinder- und Jugendmedizin, 9% in Anästhesiologie, jeweils 7% in der Orthopädie, Neurologie und Allgemeinmedizin sowie 6% in der Gynäkologie tätig sind. Unter den Assistenten rangierte Anästhesiologie mit 18% an erster Stelle, gefolgt von 16% innere Medizin und 14% Orthopädie. In allen anderen Fächern lag der Anteil der Weiterbildungsassistenten bei weniger als 6%.

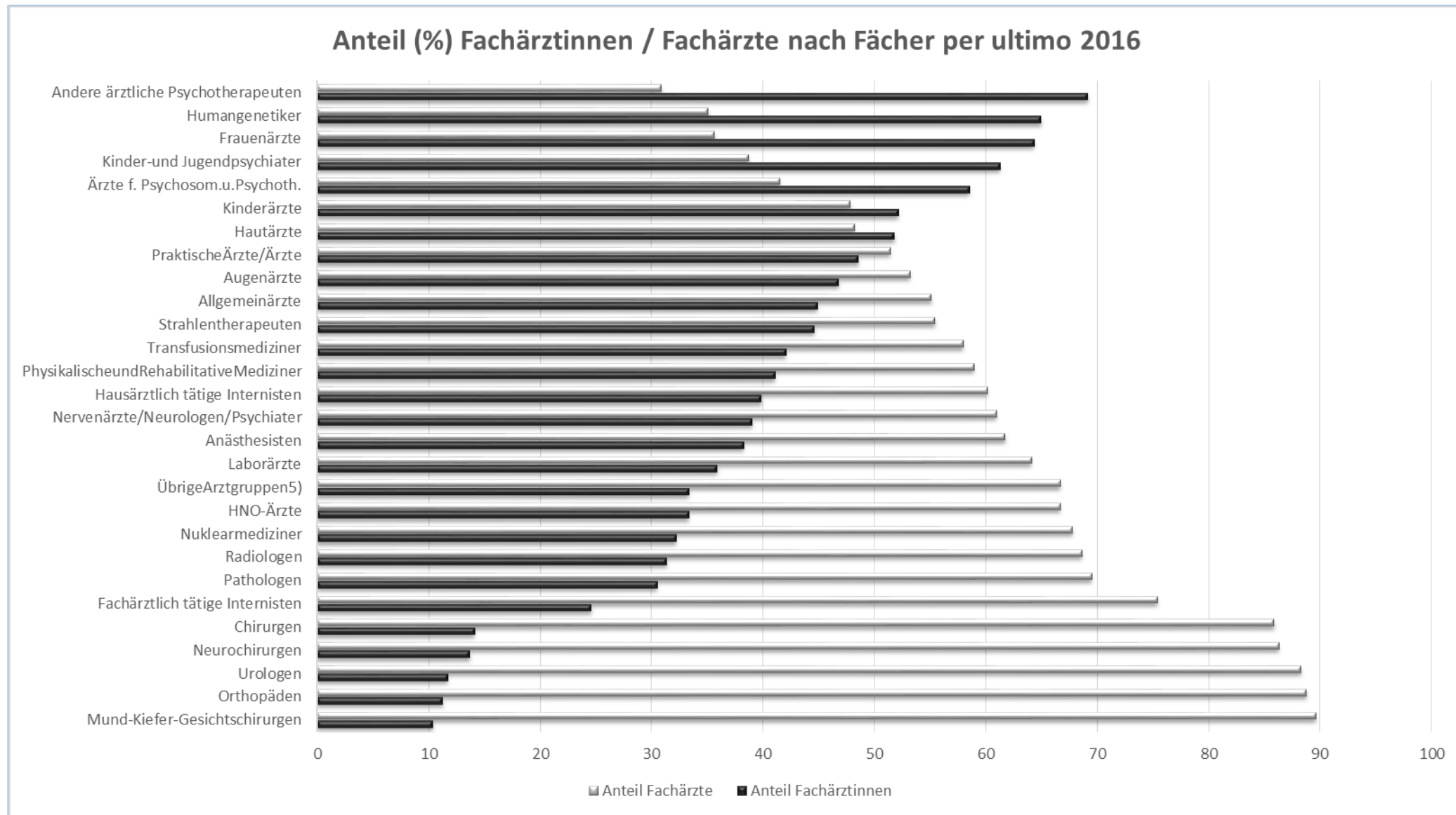
Am Ende der Phase der Weiterbildung findet die Facharztprüfung statt. Der Frauenanteil unter den Facharztanerkennungen zum Abschluss der Weiterbildung lag in 2016 bei 53% ¹⁹.

Fachärzte und Fachärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung

Von den 346.390 Fachärztinnen und Fachärzten in der ambulanten und stationären Versorgung per 31.12.2016 waren 159.643 (46%) Frauen ¹⁹. In der vertragsärztlichen Versorgung lag der Frauenanteil per ultimo 2016 über alle Fachgruppen hinweg bei 41 %. Auffällig sind die großen Streubreiten des Fachärztinnenanteils nach Fächern: Der Fachärztinnenanteil reichte von 10 % bei den „Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen“ bis 69 % bei „andere ärztliche Psychotherapeuten“ (Abbildung 1).

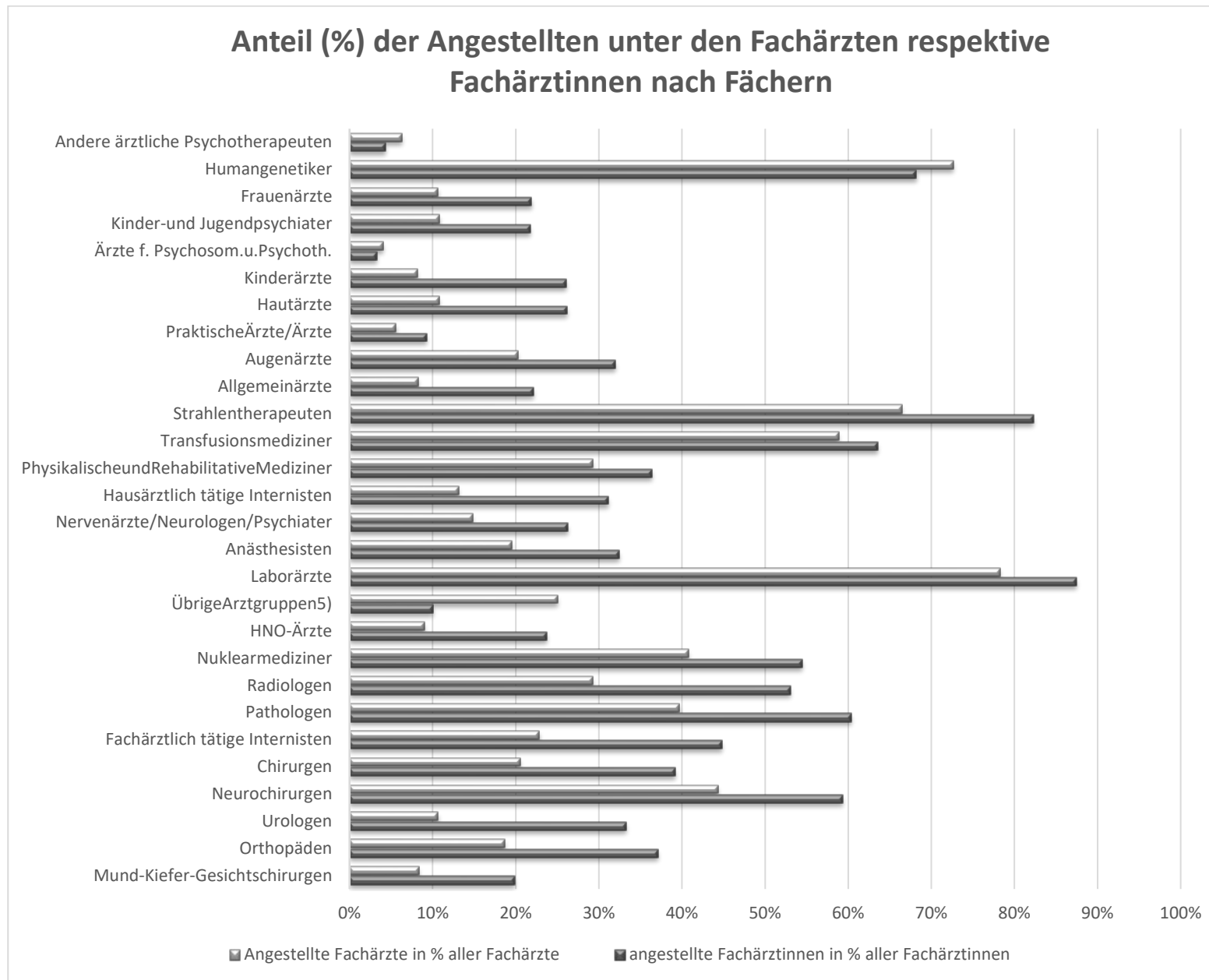
71 % der Fachärztinnen waren als (selbständige) Vertragsärztinnen, 26 % als Angestellte in Einrichtungen oder freier Praxis und 3 % als Ermächtigte tätig. Männliche Fachärzte arbeiteten zu 78 % als selbständige Vertragsärzte, 16 % waren als Angestellte und 6 % als Ermächtigte tätig. Auch mit Blick auf die Tätigkeitsform „Anstellung“ waren die Unterschiede nach Fächern und innerhalb der Fächer bei den Fachärztinnen und Fachärzten erheblich. In Abbildung 2 ist der Prozentsatz der Angestellten unter den Fachärztinnen bzw. den Fachärzte ablesbar. Über alle Fächer lag der Anteil der angestellten Fachärztinnen und Fachärzte bei 20 %.

Abbildung 1: Prozentualer Anteil an Fachärztinnen und Fachärzte nach Fächern



(Durchschnitt des Anteils an Fachärztinnen über alle Fächer (40,6%))

Abbildung 2: Prozentualer Anteil an Angestellten unter den Fachärzten respektive Fachärztinnen nach Fächern



Geschlechtsübergreifend war der Anteil angestellter Fachärzte in den Fächern Psychosomatik und Psychotherapie, praktische Medizin, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Urologie, HNO-Medizin und Allgemeinmedizin mit weniger als 15 % besonders niedrig. Am anderen Ende der Verteilung waren die Fächer Transfusionsmedizin, Humangenetik, Strahlentherapie und Labormedizin mit einem Angestelltenanteil von über 60 % angesiedelt. Für nahezu alle Fächer galt, dass der Anteil Angestellter unter den Fachärztinnen höher als der unter den Fachärzten war – der Umfang der geschlechtsspezifischen Diskrepanz bei den Angestellten ist jedoch unterschiedlich. In der Radiologie wurde ausgewiesen, dass 53 % der Fachärztinnen aber nur 29 % der Fachärzte (Differenz 25 Prozentpunkte) angestellt waren, während bei den „anderen ärztlichen Psychotherapeuten“ sogar anteilig mehr Männer als Frauen (4 Prozentpunkte) als angestellt arbeiten.

Ein hoher Fachärztinnenanteil (Abbildung 1) korrespondiert nicht regelhaft mit einem hohen Anteil von Angestellten unter den Fachärztinnen (Abbildung 2). Gerade in den Fächern mit hohem Fachärztinnenanteil (Ausnahme Humangenetik) dominiert bei Männern wie Frauen die selbständige vertragsärztliche Tätigkeit.

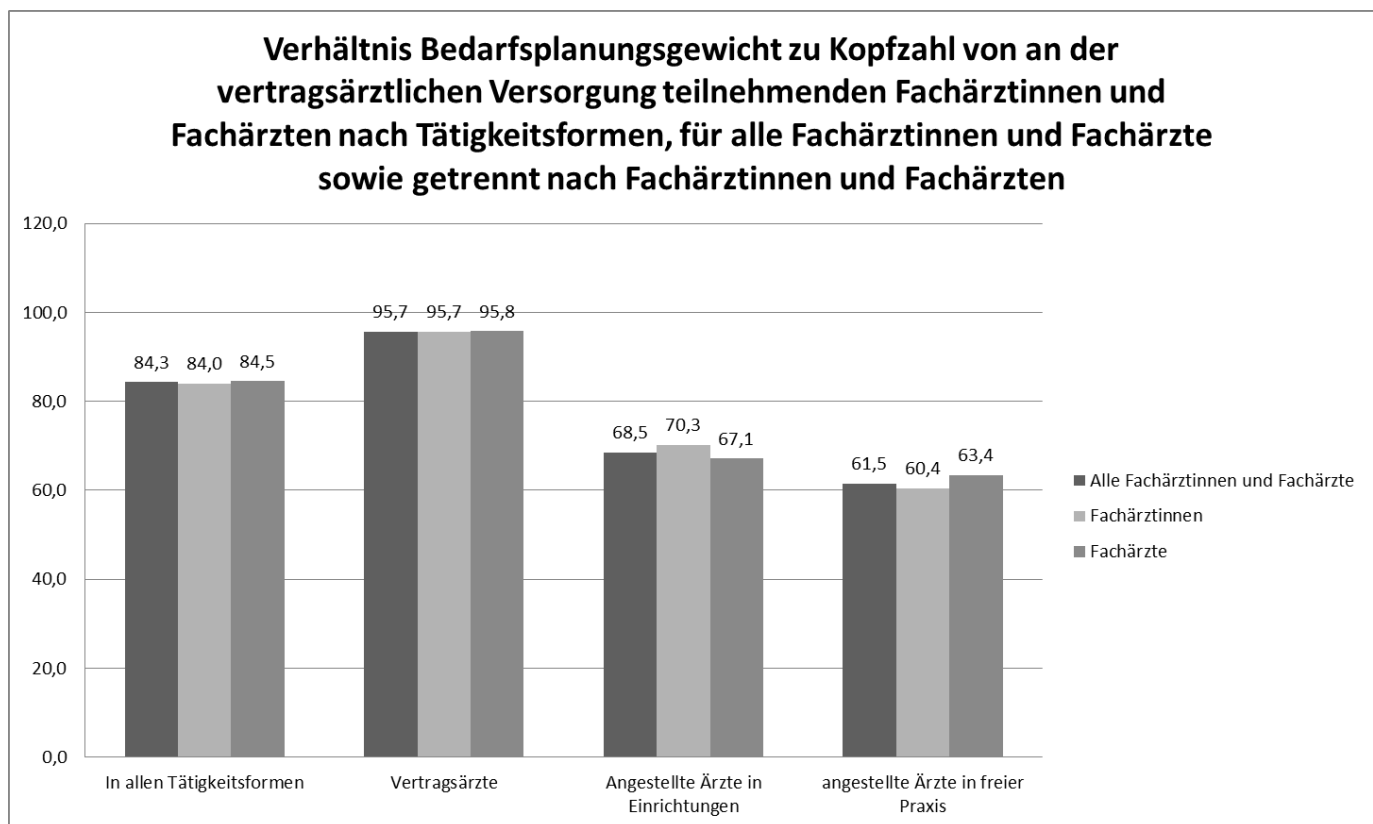
Zeitlicher Versorgungsbeitrag bei Angestellten und Selbständigen Fachärztinnen und Fachärzten

Der zeitliche Versorgungsbeitrag, ausgedrückt als Quotient aus Bedarfsplanungsgewicht zu Personenzahl, zeigte erhebliche Unterschiede je nach Tätigkeitsform auf (als selbständige Tätigkeit versus Anstellung in freier Praxis bzw. in Einrichtungen): Selbstständige Vertragsärzte hatten nahezu alle eine volle Tätigkeitsgenehmigung (Quotienten nahe 98 %), während Angestellte in freier Praxis (62 %) und in Einrichtungen/MVZ (69 %) deutlich niedrigere zeitliche Versorgungsbeiträge aufwiesen (Abbildung 3). Über alle Fachgruppen waren die zeitlichen Versorgungsbeiträge von Fachärztinnen und Fachärzten innerhalb der Tätigkeitsformen Selbständigkeit und Anstellung weitgehend identisch (Abbildung 3).

Fachbezogen unterschied sich der zeitliche Versorgungsbeitrag bei selbständiger Tätigkeit jedoch deutlich: Er reichte von 83 % (ärztliche Psychotherapeuten) bis

102 % (Nuklearmediziner). Die fachbezogene Streubreite war bei angestellter Tätigkeit deutlich kleiner: Sie reichte von 47 % (Kinderärzte) bis 89 % (physikalische und rehabilitative Medizin). In der Kinderheilkunde, Chirurgie, Dermatologie und Orthopädie lag der zeitliche Versorgungsbeitrag unter 55 %, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Labormedizin und Nuklearmedizin hingegen über 75 %.

Abbildung 3: Verhältnis Bedarfsplanungsgewicht zu Kopfzahl von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärztinnen und Fachärzten, nach Tätigkeitsform, für alle Fachärztinnen und Fachärzten sowie getrennt nach Fachärztinnen und Fachärzten



Entwicklung und Trend

Der Anteil von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärztinnen ist seit ultimo 2011 von 36,9 % bis ultimo 2016 auf 40,7 % (2012: 37,5 %, 2013: 38,2 %, 2014: 38,9 %, 2015; 39,6 %) sukzessiv gestiegen. In 2016 lag der Anteil der neu in die vertragsärztliche Versorgung kommende Fachärztinnen insgesamt bei 50 % (4.589 Fachärztinnen bei Gesamtzugang von 9.188 Fachärzten und -ärztinnen), der

Anteil der ausscheidenden Fachärztinnen unterschritt mit 38% deutlich den Anteil im Zugang.

Von den neu in die vertragsärztliche Versorgung kommenden Frauen wählten 29% die Selbstständigkeit (33 % der männlichen Kollegen). 64 % der neu hinzukommenden Fachärztinnen wählten die Anstellung (unter den Fachärzten waren es 50 %), 2/3 davon in freier Praxis, ein Drittel in Einrichtungen wie MVZs. Unter denjenigen, die als Angestellte in die vertragsärztliche Versorgung starteten (n=5.525) lag der Frauenanteil bei 56 %.

Die Zugangsmuster nach Fächern reproduzierten weitgehend die Bestandsdaten per ultimo 2016: Der Anteil an neu hinzukommenden Fachärztinnen war in der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (12 %), der Orthopädie (14 %) und Urologie (24 %) deutlich unterdurchschnittlich. Deutlich überdurchschnittliche Anteile am Zugang wiesen Fachärztinnen für die Fächer Dermatologie (68 %), Kinderheilkunde (67 %), andere ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte für Psychosomatik und Humangenetiker (alle 66 %) auf.

Diskussion

Dass der Anteil von Fachärztinnen in den letzten Jahren sukzessive angestiegen ist, wurde bereits mehrfach thematisiert^{20,2,21}. Die hier vorgestellten Daten belegen die große und weiter steigende Relevanz von Frauen in Studium, Aus- und Weiterbildung und Berufstätigkeit in der Vertragsärztlichen Versorgung. 62% der Studienanfänger, 67% der Studienabgänger, 58%-65% der Weiterbildungsassistenten, 53% der Facharztanerkennungen, 50% der neu in die vertragsärztliche Versorgung kommenden, 41% der aktiven und 38% der ausscheidenden Vertragsärzte und-ärztinnen waren Frauen. Per Ultimo 2016 war die Mehrheit der versorgenden Mediziner zwar noch männlich (59 %). Bei Konstanz der aktuellen Entwicklung, mit einem ausgeglichenen Verhältnis von Fachärztinnen und Fachärzten im Zugang, aber einem deutlich geringeren Anteil an ausscheidenden Fachärztinnen ist jedoch absehbar, dass perspektivisch mehr Fachärztinnen als Fachärzte die vertragsärztliche Versorgung verantworten werden.

Deutlich abweichende Präferenzen nach Fächern

Die Fachpräferenzen von (angehenden) Medizinerinnen und Medizinerinnen unterscheiden sich schon früh und manifestieren sich später auch in der vertragsärztlichen Versorgung (Abbildung 1). Die schon bei Studentinnen erkennbare Präferenz für Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Allgemeinmedizin manifestiert sich später (statistisch) in der Weiterbildungsfachrichtung und der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung. Entsprechendes gilt für Männer bezogen auf die Fächer Innere Medizin, Orthopädie und Chirurgie. In der vertragsärztlichen Versorgung gibt es massive Unterschiede in der Geschlechterzusammensetzung einzelner Fächer (Abbildung 1) – das reicht von (nahezu) reinen Männerfächern (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Orthopädie, Urologie) bis zu deutlich überdurchschnittlich von Fachärztinnen besetzten Fächern (andere ärztliche Psychotherapie, Humangenetik, Gynäkologie).

Die vorliegenden Daten bestätigen, dass Frauen seltener selbstständig sind als Männer (Anteil Selbstständiger per 31.12.2017 Fachärztinnen: 71 %; Fachärzte 78 %) respektive häufiger als angestellte Fachärztinnen tätig werden (Fachärztinnen: 26 %; Fachärzte 16 %) ²¹, allerdings waren die Unterschiede in den Bestandswerten mit 6 Prozentpunkten bezogen auf Selbständigkeit und 10 Prozentpunkten auf Anstellung eher moderat. Unter den aktuell tätigen Fachärztinnen sind mehr als 2/3 selbstständig tätig, Selbständigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung ist aktuell damit keinesfalls eine Domäne von Fachärzten.

Für beide Geschlechter gilt jedoch perspektivisch, dass der Anteil der selbständigen Medizinerinnen und Mediziner sinken, der der angestellten steigen wird – nur noch rund jeder fünfte startete in 2016 als selbständige Ärztin oder Arzt in die vertragsärztliche Versorgung. Neu hinzukommende Fachärztinnen werden zu 64 % angestellt tätig; Fachärzte zu 50 %. Die Datenlage bestätigt ferner, dass angestellte Ärzte häufiger in Teilzeit tätig sind als selbständige Ärzte ^{8,22,23}. Der in dieser Arbeit herangezogene Parameter dafür – der Quotient aus Bedarfsplanungsgewichte zu Personenzahl – überschätzt dabei mutmaßlich noch den zeitlichen

Versorgungsbeitrag angestellter Fachärztinnen und Fachärzte⁸: Laut § 21 in Verbindung mit § 51 der Bedarfsplanungsrichtlinie²⁴ wird die Zeit bereits schon ab einer ärztlichen Versorgungstätigkeit von mindestens 30 Stunden als Vollzeitbeschäftigung gewertet. Andere Auswertungen sehen ein wesentlich deutlicheres Auseinanderklaffen des zeitlichen Versorgungsbeitrags von Angestellten und Selbständigen²².

Verknappung der ärztlichen Arbeitszeit primär auf Anstellung zurück zu führen

Die ausgewerteten Daten zeigen, dass nicht die Zugehörigkeit zum Geschlecht sondern allein die Tätigkeitsform den zeitlichen Versorgungsbeitrag bestimmt: Selbstständige Vertragsärzte und Vertragsärztinnen wurden beide nahezu durchgängig mit vollen Arbeitszeitgenehmigungen tätig werden, während bei angestellten Ärztinnen und Ärzten Angehörige beider Geschlechter auf gleichem Niveau mit anteiliger Arbeitszeitgenehmigungen tätig werden. Die Tätigkeitsform ist die wesentliche Einflussgröße für die ärztliche Arbeitszeit, nicht das Geschlecht des Arztes bzw. der Ärztin. Die vorliegenden Ergebnisse decken sich hier mit einer älteren Analyse². Der Druck, mehr Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung zu bringen, um den Status quo der Versorgung aufrechtzuerhalten, geht damit nicht primär von einem höheren Fachärztinnenanteil aus, sondern ist ein Resultat des höheren Anteils angestellter Fachärzte und Fachärztinnen^{25,26,27}. Die eingangs erwähnte These, wonach es drei **Ärztinnen** braucht, damit zwei voll für die Versorgung bereitstehen¹, müsste im Lichte der Ergebnisse dieser Untersuchung dahingehend korrigiert werden, dass drei **angestellte** Ärztinnen bzw. Ärzte aus- und weitergebildet werden müssen, damit zwei im vollen Umfang versorgen.

Jedes medizinische Fach steht vor andere Herausforderungen

Die Auswertungen lassen weitere Aspekte aufscheinen, die bislang in der Literatur nicht oder nur wenig thematisiert wurden. Die medizinischen Fächer waren mit Blick auf Fachärztinnenanteile hoch heterogen. Auf aggregierter Ebene konnte gezeigt werden, dass Frauen häufiger in Anstellung tätig sind; es wäre also plausibel, wenn ein hoher fachspezifischer Fachärztinnenanteil mit einer hohen Anstellungsquote

einherginge. Auf der Ebene der einzelnen Fächer lässt sich dieser Zusammenhang aber nicht zeigen.

Im Gegenteil sind bei den meisten Fächern mit hohem Fachärztinnenanteil unterdurchschnittlich wenige dieser Fachärztinnen angestellt tätig (Ärztliche Psychotherapeuten, Frauenärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Kinderärzte, Hautärzte, Praktische Ärzte, Abbildung 1 in Verbindung mit Abbildung 2). Ein hoher Anteil angestellter Ärzte bzw. Ärztinnen ist zwar in einigen Fächern aber nicht in allen – mit einem hohen Fachärztinnenanteil assoziiert. Auffällig ist jedoch, dass in Fächer mit niedrigem Fachärztinnenanteil diese überdurchschnittlich häufig als Angestellte arbeiten. (Orthopäden, Urologen, Neurochirurgen, Chirurgen, fachärztlich tätige Internisten).

Alle Fächer sind zwar von dem generellen Trend – mehr Fachärztinnen und höhere Anstellungsquote – betroffen. Da die Fächer jedoch von ganz unterschiedlichen Voraussetzungen starten und das Ausmaß dieser Entwicklungen unterschiedlich ausgeprägt ist, sehen sich die Fächer jeweils anderen Herausforderungen gegenüber. In Fächern mit traditionell hohem Fachärztinnenanteil, die aber weit überwiegend selbstständig tätig sind, greift der „Feminisierungseffekt“ nicht. In Fächer mit traditionell niedrigem Fachärztinnenanteil wird der Wettbewerb um Nachwuchsärzte möglicherweise schärfer. In Fächer mit (geschlechtsunabhängiger) Tendenz zur Anstellung und der damit verbundenen Verknappung ärztlicher Arbeitszeit wird nur ein Mehr an tätigen Ärzten den Status Quo der Versorgung aufrechterhalten können. Auswirkungen der aktuellen Umwälzungen mit Blick auf das Geschlechterverhältnis (und die Tendenz zur Anstellung) müssen jeweils fachspezifisch analysiert werden, eine pauschale Aussage geht an den tatsächlichen Verhältnissen vorbei.

Ursachen für abweichende Präferenzen und berufliche Erfolge von Fachärztinnen und Fachärzte

Die Ursachenforschung für die abweichenden Präferenzen von Fachärztinnen und Fachärzten mit Blick auf Fächer und Tätigkeitsformen steht noch sehr am Anfang. Es scheint plausibel, dass Arbeitsbedingungen in den verschiedenen medizinischen Fächern ein wichtiger Faktor für die Wahl von Nachwuchsmediziner ist. So gilt z.B.

die Augenheilkunde als ein Fach, in dem Familie und Beruf gut miteinander vereinbar sind^{28, 29}. Die Attraktivität eines Fachs für Männer und Frauen wird mutmaßlich auch von fachspezifisch abweichenden Versorgungsstilen (chirurgisch, konservativ, technik-orientiert, „sprechende“ Medizin) und den Zusammensetzungen der Patienten beeinflusst⁴. Ein weiterer Einflussfaktor könnte das bei selbständiger Niederlassung erforderliche Investitionsvolumen sein: Tatsächlich ist auffällig, dass in Fächern mit hohem Investitionsbedarf laut ZIPP-Praxis-Panel („Investitionen nach Fachbereichen für die Jahre 2011 bis 2014“, Tabelle 12)³⁰ bzw. den Angaben des statistischen Bundesamtes zu Kostenstrukturen in ärztlichen Praxen³¹ der Fachärztinnenanteil unterdurchschnittlich niedrig ist. Dass die Bereitschaft zu (fremdfinanzierten) Investitionen bei Fachärztinnen weniger stark ausgeprägt ist, lässt sich auch anderweitig nachvollziehen: Laut einer Erhebung der Apotheker und Ärztebank unter Existenzgründern bei Hausärztinnen und Hausärzten aus den Jahren 2014 und 2015 nahmen Männer im Schnitt 129.700 Euro an Fremdkapital für ihre Praxis auf, während der korrespondierende Betrag bei Frauen nur bei 107.000 Euro lag^{21,32}.

Erste Untersuchungen befassten sich auch mit beruflichen Erfolgen in Abhängigkeit von geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Medizin. Der HIS Medizinerreport aus 2012 befragt in Follow-UPS Absolventinnen und Absolventen der Medizin in eine Langzeitstudie. Seit 1989 wurde jeder vierte Abschlussjahrgang jeweils ein, fünf und zehn Jahre nach dem Studienabschluss befragt, als Datengrundlage wurden dabei vorwiegend die Absolventenpanels der HIS-HF Hochschulforschung genutzt. Demnach zeigen sich in den ersten Jahren nach dem Examen in einigen Punkten Unterschiede zwischen den Geschlechtern¹². Zwar bewerteten Humanmediziner beider Geschlechter ihre Tätigkeit zu 93 % als adäquat und angemessen (Indikator Adäquanz), Unterschiede offenbarten sich jedoch mit Blick auf Einkommen und Leitungspositionen. Das Einkommensniveau bei Vollzeiterwerbstätigkeit von (jungen) Medizinerinnen und Mediziner liegt gesamthaft signifikant über dem anderer universitärer Abschlüssen, allerdings bestanden deutliche Einkommensunterschiede zwischen den Geschlechtern. Für den Prüfungsjahrgang 1997 lag das Einkommen 10 Jahre nach dem Examen im Durchschnitt bei 78.800 Euro, wobei Frauen durchschnittlich 67.900 Euro und Männer 78.800 Euro jährlich verdienen. Als Gründe werden hier vor allem Familienaustrittzeiten von Frauen angegeben. Männer

gelangen bei weitem häufiger in Leitungspositionen als Frauen. Von den befragten Abgängerinnen und Abgängern waren 10 Jahre nach Examen 46% der Frauen und 66% Männer in Leitungspositionen. Die Zufriedenheit im Beruf macht sich den Dimensionen Arbeitsbedingungen, inhaltliche Ausgestaltung der Arbeit, monetäre und Karriereperspektiven als auch arbeitszeitliche Rahmenbedingungen fest. Hier zeigt sich insbesondere bei den zeitlichen Rahmenbedingungen eine relativ hohe Unzufriedenheit bei beiden Geschlechtern, wobei die Frauen etwas zufriedener sind als ihre männlichen Kollegen. Allerdings – und das kann eine Erklärung hierfür sein – sind 40 % der befragten Medizinerinnen (zehn Jahre nach Abschluss des Studiums) in Teilzeit beschäftigt¹². Bei den monetären und Karriereperspektiven dagegen sind die weiblichen Mediziner unzufriedener als ihre männlichen Kollegen.

Fazit

Auf Basis von Sekundärdaten wurden die jeweiligen Anteile von Frauen unter den Studierenden der Humanmedizin (Studienbeginn 61%, Studienende 67%), in der Weiterbildung (58-65%), bei der Facharztprüfung (53%), in der vertragsärztlichen Versorgung (41 %) ermittelt. 50% der neu in die vertragsärztlichen Versorgungen kommenden Humanmediziner und 38% der Ausscheidenden waren Fachärztinnen. Bei Konstanz dieser Entwicklung werden perspektivisch mehr Fachärztinnen als Fachärzte die vertragsärztliche Versorgung verantworten.

Die vorliegende Auswertung zeigt konstante geschlechterspezifische Fachpräferenzen über die verschiedenen beruflichen Phasen hinweg. Studentinnen interessieren sich schon früh für (u.a.) Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Allgemeinmedizin und Gynäkologie. Das Bild setzt sich in den Tätigkeitsfeldern der Weiterbildungsassistentinnen und in der vertragsärztlichen Versorgung fort. Die Unterschiede sind gravierend: so reichen die fachspezifischen Fachärztinnenanteile von 10% (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie) bis 69% (andere ärztlich Psychotherapeuten).

Bei beiden Geschlechtern ist Anstellung von zunehmender Relevanz: Ende 2016

waren 20 % der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung angestellt tätig, der Anteil der angestellten Fachärztinnen lag dabei 10 Prozentpunkte über dem der angestellten Fachärzte. Diese Schere wird weiter auseinander gehen, denn die Anstellungs-Präferenz im Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung war in 2016 bei Fachärztinnen ausgeprägter (64 %) als bei Fachärzten (50 %). Der zeitliche Versorgungsbeitrag eines vertragsärztlich tätigen Mediziners variierte in Abhängigkeit von der Tätigkeitsform – also Selbständigkeit oder Anstellung: geschlechtsübergreifend lag er bei Angestellten deutlich unter dem von Selbständigen. Das Geschlecht der Fachärztin oder des Facharztes spielt bei der bereit gestellten Arbeitszeit keine primäre Rolle. Der steigende Anteil ambulant tätiger Fachärztinnen führt jedoch indirekt – aufgrund des höheren Anteils von Angestellten unter den Fachärztinnen – zu einer Verknappung des zeitlichen Versorgungsangebotes.

Fachärztinnen (und Fachärzte) zeigen ausgeprägte geschlechterspezifische Präferenzen für medizinische Fächer, die über die verschiedenen beruflichen Phasen ab dem Studium weitgehend konstant bleiben. Bisher gibt es kaum Forschung zu Ursachen für diese deutlich abweichenden Fachpräferenzen. Es scheint plausibel dass zusätzliche Gründe als Vereinbarung von Familie und Beruf sowie Arbeitsbedingungen Einfluss haben. Diskutiert werden geschlechtsspezifische Versorgungsstile und mit einer selbständigen Niederlassung verbundenen Investitionsvolumina als weitere Faktoren. Untersuchungen weisen auch auf geschlechtsspezifisch abweichende berufliche Erfolge hin: in einem Follow Up von Universitätsabgängern waren Fachärztinnen und Fachärzte mit ihrer

Tätigkeit selbst und dem Niveau zufrieden, es zeigten sich jedoch deutliche Einkommensunterschiede. Auch waren mehr Männer in Leitungspositionen als Frauen – ein gesamtgesellschaftliches Phänomen nicht nur in der Medizin.

Bislang gibt es kaum Forschung zu Ursachen für die deutlich abweichende Fachpräferenzen von Humanmedizinern und Humanmedizinerinnen. Es scheint plausibel das zusätzliche Gründe als Vereinbarung von Familie und Beruf ´sowie Arbeitsbedingungen Einfluss haben. Diskutiert werden geschlechtsspezifische Versorgungsstile und mit einer selbständigen Niederlassung verbundenen Investitionsvolumina als weitere Faktoren. Untersuchungen weisen auch auf geschlechtsspezifisch abweichende berufliche Erfolge hin: in einem Follow up von Universitätsabgängern waren Fachärztinnen und Fachärzte mit ihrer Tätigkeit selbst und dem Niveau zufrieden, es zeigten sich jedoch deutliche Einkommensunterschiede. Auch waren mehr Männer in Leitungspositionen als Frauen - ein gesamtgesellschaftliches Phänomen nicht nur in der Medizin.

Die Unterschiede der medizinischen Fächer mit Blick auf Fachärztinnenanteil und Anstellungsquoten sind erheblich: Per 31.12.2106 reichte der Fachärztinnenanteil von 10 % in der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie bis zu 69 % bei anderen ärztlichen Psychotherapeuten. Auch mit Blick auf Anstellung fallen große Unterschiede zwischen den medizinischen Fächern auf – sowohl bezogen auf alle in einem Fach tätigen Mediziner wie auch differenziert nach der Anstellungsquote der Fachärztinnen einerseits und Fachärzten andererseits. Dabei lassen sich keine Regelmäßigkeiten etwa in dem Sinne, dass ein hoher Fachärztinnenanteil mit einer hohen Anstellungsquote assoziiert ist, auf der Ebene der einzelnen Fächer heraus arbeiten. Insbesondere in den Fächern der vertragsärztlichen Versorgung, in denen besonders viel Fachärztinnen tätig waren (u.a. medizinische Psychotherapie, Gynäkologie, Kinder-und Jugendpsychotherapie, Kinder und Jugendmedizin, Dermatologie), wurden sie überdurchschnittlich häufig als Selbständige tätig.

In dem Maße, in dem Anstellung in der vertragsärztlichen Versorgung wichtiger wird, kann der Status quo der Versorgung nur mit mehr tätigen Fachärzten/innen aufrecht erhalten werden. Die einzelnen medizinischen Fächer, die jeweils von ganz unterschiedlichen Ausgangssituationen aus starten, stellen sich jeweils spezifische Herausforderungen. Ein einzelner gesamthafter Lösungsansatz wird dieser Heterogenität nicht gerecht.

1. Köhler S, Trittmacher S, Kaiser R. Der Arztberuf wird zum „Frauenberuf“ – wohin führt das? *Hessisches Ärzteblatt*. 2007;7:423.
2. Bühren A, Eckert J. "Feminisierung der Ärzteschaft"; Überschätzter Effekt. *Deutsches Ärzteblatt*. 2011;108(21):A1168-A1170.
3. Hütten F. Mehr Ärzte, nicht mehr Männer. *Süddeutsche Zeitung*. 11.3.2017, 2017.
4. von Castelberg B. Caring statt Curing. In: Vetter K, Buddeberg C, eds. *Feminisierung in der Medizin*. Hamburg: Adamedos Wissenschaftsverlag; 2003.
5. Kaiser B. Gender-specific practice styles and ambulatory health care expenditures. *Eur J Health Econ*. 2017;18(9):1157-1179.
6. o.A. Fast nur Männer in Führungspositionen im Gesundheitswesen. *Deutsches Ärzteblatt*. 2017.
7. k.A. Existenzgründung: Medizin wird weiblich, auch in Praxen. *Ärzte Zeitung* 2016.
8. Hahn U, Müller T, Awe B, Koch J. Angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung – Trends, Status Quo und Auswirkungen. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*. 2017;22(April 2017):93-103.
9. Hahn U. Angestellte Ärzte in der ambulanten augenärztlichen Versorgung. *Zeitschrift für praktische Augenheilkunde*. 2016;37:117-119.
10. Statistisches Bundesamt. Bildung und Kultur; Studierende an Hochschulen. In: Statistisches Bundesamt, ed. *Fachserie 11 Reihe 4.1* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt,; 2017.

11. Statistisches Bundesamt. Bildung und Kultur, Prüfungen an Hochschulen. In: Statistisches Bundesamt, ed. *Fachserie 11 Reihe 4.2* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt,; 2017.
12. Schwarzer A, Fabian G. Medizinerreport 2012 – Berufsstart und Berufsverlauf von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern. In: (HIS) H-I-S, ed. *HIS Datenreport*. Hannover: Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung; 2012.
13. Gibis B, Heinz A, Jacob R, Muller CH. Berufserwartungen von Medizinstudierenden; Ergebnisse einer bundesweiten Befragung *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109(18):327-332.
14. Umfrage des Hartmannbundes unter Assistenzärzten in 2017. 2017. http://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Umfragen/2017-03-03_Umfrage-AerztlicheArbeitswelten-Heute-Und-Morgen.pdf.
15. Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister Bundesgebiet insgesamt, Stand: 31.12.2016*. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung,;2017.
16. Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister Bundesgebiet insgesamt*. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung,;jährlich.
17. Willich J, Buck D, Heine C, Sommer D. Studienanfänger im Wintersemester 2009/10; Wege zum Studium, Studien- und Hochschulwahl, Situation bei Studienbeginn. In: (HIS) H-I-S, ed. *HIS: Forum Hochschule*. Vol 6/2011. Hannover: Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung; 2011.
18. Heinz A, Jacob R. Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven. In welcher Facharztrichtung, wo und wie wollen sie arbeiten? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2012;55(2):245-253.
19. Bundesärztekammer. *Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2016*. Berlin2017.
20. Hibbeler B, Korzilius H. Arztberuf: Die Medizin wird weiblich. *Deutsches Ärzteblatt*. 2008;105(12):A609-A612.
21. Beerheide R. Ärztinnenstatistik: Ärztinnen gelangen selten in Spitzenpositionen *Deutsches Ärzteblatt*. 2017;114(10):A452-A454.

22. Leibner M, Bogumil W, Folle J, et al. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2008 bis 2010. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, ed. *ZI-Praxis-Panel - Jahresbericht 2012*. Vol 3. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland,; 2014.
23. Büssow R. MVZ-Imperium Kielstein: Ein Schlaraffenland für angestellte Ärzte. *Ärztezeitung*. 22.4.2014, 2014.
24. Gemeinsamer Bundesausschuss. Bedarfsplanungs-Richtlinie Stand: 14. April 2014 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. In: Gemeinsamer Bundesausschuss, ed. *Richtlinie*. Berlin: Bundesanzeiger BAnz AT 01.08.2014 B3; 2014.
25. Etgeton S. Ärztedichte; Neue Bedarfsplanung geht am Bedarf vorbei. In: Bertelsmann Stiftung, ed. *Faktencheck Gesundheit*. Vol 0/3. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung,; 2015.
26. Kopetsch T. *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!* . Vol 5. Berlin: Bundesärztekammer; 2010.
27. Bundesärztekammer Abteilung Statistik. Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist. In: Bundesärztekammer, ed. *Analyse*. Berlin2009.
28. Hahn U. Angestellte Ärzte in der ambulanten Augenheilkunde; Relevanz nach Arztzahlen, ophthalmologischer Arbeitszeit und nach Betriebsformen. DOG-Kongress 2016; 2016; Berlin.
29. Hos D, Steven P, Dietrich-Ntoukas T. Situation der Assistenzärztinnen und -ärzte in der Ophthalmologie in Deutschland : Ergebnisse einer Online-Umfrage. *Ophthalmologe*. 2015;112(6):498-503.
30. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2015. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, ed. *Jahresbericht*. Vol 6. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.; 2017:1-106.
31. Statistisches Bundesamt. Unternehmen und Arbeitsstätten; Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen

Psychotherapeuten, Berichtsjahr 2015. In: Statistisches Bundesamt, ed. *Fachserie 2 Reihe 1.6.1*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt,; 2017.

32. Clade H. Existenzgründer; Einzelpraxis liegt weiter im Trend. *Deutsches Ärzteblatt*. 2016;113(40):C1482-C1483.