

Ärztinnen und Ärzte in Deutschland: erste Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zu beruflichen Erfahrungen, Zufriedenheit und Einstellungen

Teney, Céline; Bürkin, Katharina; Becker, Regina; Möser, Sara; Lenkewitz, Sven

Erstveröffentlichung / Primary Publication

Forschungsbericht / research report

Dieser Beitrag ist mit Zustimmung des Rechteinhabers aufgrund einer (DFG geförderten) Allianz- bzw. Nationallizenz frei zugänglich. / This publication is with permission of the rights owner freely accessible due to an Alliance licence and a national licence (funded by the DFG, German Research Foundation) respectively.

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Teney, C., Bürkin, K., Becker, R., Möser, S., & Lenkewitz, S. (2017). *Ärztinnen und Ärzte in Deutschland: erste Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zu beruflichen Erfahrungen, Zufriedenheit und Einstellungen*. Bremen: Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-53305-4>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

socium

Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik



Ärztinnen und Ärzte in Deutschland

**Erste Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage
zu beruflichen Erfahrungen, Zufriedenheit
und Einstellungen**

Céline Teney, Katharina Bürkin, Regina Becker, Sara Möser & Sven Lenkewitz

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Ausbildung und aktuelle Arbeitsstelle.....	3
2.1	Facharztgebiet	3
2.2	Arbeitsort.....	5
2.3	Berufliche Position	6
2.4	Arbeitszeit.....	11
3	Beruf und familiäre Situation	14
3.1	Familiäre Situation.....	14
3.2	Familiäre Herkunft.....	17
4	Subjektives Wohlbefinden.....	19
4.1	Wahrgenommene Benachteiligung.....	19
4.2	Zufriedenheit.....	23
5	Transnationales Kapital und Migrationspläne.....	31
5.1	Auslandsstudium	31
5.2	Sprachkenntnisse	32
5.3	Migrationsabsicht.....	33
6	Einstellungen zum Fachkräftemangel	37
7	Fazit	49
8	Literaturverzeichnis.....	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alter und Geschlecht	2
Tabelle 2: Alter und Migrationshintergrund	2
Tabelle 3: Facharztgebiet nach Geschlecht	4
Tabelle 4: Facharztgebiet nach Alter	5
Tabelle 5: Arbeitsort nach Alter der Befragten ¹⁾	6
Tabelle 6: Aktuelle berufliche Position.....	2-7
Tabelle 7: Arbeitszeit (Teilzeit/Vollzeit) nach verschiedenen Merkmalen.....	11
Tabelle 8: Überstunden Teilzeit/Vollzeit.....	12
Tabelle 9: Überstunden bei Vollzeitbeschäftigten nach verschiedenen Merkmalen	12
Tabelle 10: Anzahl der Kinder unter 16 Jahren	14
Tabelle 11: Höchster Schulabschluss der Eltern.....	17
Tabelle 12: „Intergenerationelle Reproduktion“ der Berufswahl	18
Tabelle 13: Wahrgenommene Benachteiligung im Alltag.....	20
Tabelle 14: Wahrgenommene Benachteiligung bei Ämtern und Behörden.....	21
Tabelle 15: Wahrgenommene Benachteiligung durch Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte ...	21
Tabelle 16: Wahrgenommene Benachteiligung durch andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Pflegepersonal.....	22
Tabelle 17: Wahrgenommene Benachteiligung durch Patientinnen und Patienten und/oder deren Angehörige	22
Tabelle 18: Studium im In- und Ausland	32
Tabelle 19: Muttersprache	32
Tabelle 20: Anzahl gesprochener Sprachen	32
Tabelle 21: Die zehn am häufigsten genannten Fremdsprachen.....	33
Tabelle 22: Migrationsabsicht	34
Tabelle 23: Beliebteste Migrationsziele	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Information zu Cramér's V	3
Abbildung 2: Information zur Interpretation Marginaler Effekte	8
Abbildung 3: Marginale Effekte einer multinomialen Regression der beruflichen Positionen bei ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten	9
Abbildung 4: Marginale Effekte einer multinomialen Regression der beruflichen Positionen bei stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten	9
Abbildung 5: Marginale Effekte einer multinomialen Regression der beruflichen Positionen für in Behörden tätige und nicht-ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzten.....	10
Abbildung 6: Marginale Effekte einer logistischen Regression bei Vollzeitbeschäftigten mit „ab 10 Überstunden/Woche“ als abhängiger Variable	13
Abbildung 7: Marginale Effekte einer multinomialen logistischen Regression der Anzahl an Kindern unter 16 Jahren bei Männern	15
Abbildung 8: Marginale Effekte einer multinomialen logistischen Regression der Anzahl an Kindern unter 16 Jahren bei Frauen	16
Abbildung 9: Wahrgenommene Benachteiligung allgemein.....	20
Abbildung 10: Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen.....	23
Abbildung 11: Lineare Regression: Zufriedenheit mit dem Einkommen – Modell 1	25
Abbildung 12: Lineare Regression: Zufriedenheit mit dem Einkommen – Modell 2	25
Abbildung 13: Lineare Regression: Zufriedenheit mit den Aufstiegschancen – Modell 1	26
Abbildung 14: Lineare Regression: Zufriedenheit mit Aufstiegschancen – Modell 2	27
Abbildung 15: Lineare Regression: Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen – Modell 1.....	28
Abbildung 16: Lineare Regression: Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen – Modell 2.....	28
Abbildung 17: Lineare Regression: Zufriedenheit mit der Nutzung der fachlichen Qualifikation – Modell 1	29
Abbildung 18 Lineare Regression: Zufriedenheit mit der Nutzung der fachlichen Qualifikation – Modell 2	30
Abbildung 19: Marginale Effekte logistischer Regressionen der Migrationsabsichten	35
Abbildung 20: Einstellungen zu Lösungsvorschlägen des Ärztemangels	38
Abbildung 21: Lineare Regression: Attraktivität des Arztberufes fördern – Modell 1.....	39
Abbildung 22: Lineare Regression: Attraktivität des Arztberufes fördern – Modell 2.....	39
Abbildung 23: Lineare Regression: Entlastung der Ärztinnen und Ärzte – Modell 1	40
Abbildung 24: Lineare Regression: Entlastung der Ärztinnen und Ärzte – Modell 2	41
Abbildung 25: Lineare Regression: Mehr Investitionen in Aus- und Weiterbildung – Modell 1.....	42
Abbildung 26: Lineare Regression: Mehr Investitionen in Aus- und Weiterbildung - Modell 2	42
Abbildung 27: Lineare Regression: Finanzielle Anreize und Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte in ärztlich unterversorgten Regionen – Modell 1	43
Abbildung 28: Lineare Regression: Finanzielle Anreize und Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte in ärztlich unterversorgten Regionen – Modell 2	44
Abbildung 29: Lineare Regression: Mehr Studienplätze/Fakultäten an Universitäten – Modell 1.....	45
Abbildung 30: Lineare Regression: Mehr Studienplätze/Fakultäten an Universitäten – Modell 2.....	45
Abbildung 31: Lineare Regression: Anwerben von Ärztinnen und Ärzten aus anderen EU-Ländern – Modell 1	46
Abbildung 32: Lineare Regression: Anwerben von Ärztinnen und Ärzten aus anderen EU -Ländern – Modell 2	47

Abbildung 33: Lineare Regression: Anwerben von Ärztinnen und Ärzten aus anderen nicht-EU-Ländern – Modell 1	47
Abbildung 34: Lineare Regression: Anwerben von Ärztinnen und Ärzten aus anderen nicht-EU-Ländern – Modell 2	48

1 Einleitung

In diesem Bericht präsentieren wir erste Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten in Deutschland. Die Befragung wurde von der Nachwuchsforschungsgruppe „Transnationalisierung der Gesellschaft, Politik und Wirtschaft“ unter der Leitung von Prof. Dr. Céline Teney am Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIUM) der Universität Bremen durchgeführt. Die Nachwuchsgruppe ist von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) durch die Exzellenzinitiative der Universität Bremen finanziert und erforscht die ökonomischen, politischen, sozialen und persönlichen Erfahrungen, Erwartungen und Meinungen von Medizinerinnen und Medizinern in Deutschland, mit einem Fokus auf die Auswirkungen steigender inner-europäischer Migration. Dazu wurden zwei getrennte Umfragen zum einen unter deutschen Ärztinnen und Ärzten und zum anderen unter Ärztinnen und Ärzten, die aus einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union nach Deutschland migriert sind, durchgeführt. Im vorliegenden Bericht betrachten wir die Umfrageergebnisse der in Deutschland registrierten *deutschen* Ärztinnen und Ärzten. Die Ergebnisse der Umfrage unter *europäischen* Ärztinnen und Ärzten sind in Teney et al. (2017) dargestellt.

Mit Unterstützung der teilnehmenden Landesärztekammern¹, die eine Zufallsstichprobe unter zwischen 2004 und 2015 erstmals bei einer Landesärztekammer registrierten Personen zogen und unseren Fragebogen postalisch an die ausgewählten Ärztinnen und Ärzte weiterleiteten, konnten wir eine repräsentative Umfrage unter allen in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzten mit einer deutschen Staatsangehörigkeit verwirklichen. Nur diejenigen Personen auszuwählen, die sich zwischen 2004 und 2015 erstmals bei einer Landesärztekammer registriert haben, ermöglicht einen Vergleich zwischen in Deutschland berufstätigen deutschen und den – getrennt befragten – Ärztinnen und Ärzten aus einem anderen EU-Mitgliedsstaat. Zusätzlich zur postalisch verschickten Umfrage hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, den Fragebogen online auszufüllen.

An dieser Stelle möchten wir uns nochmals ausdrücklich für die Unterstützung der Landesärztekammern sowie bei allen Ärztinnen und Ärzten bedanken, die an unserer Umfrage teilgenommen haben. Ohne diese Unterstützung wäre die Verwirklichung der Studie nicht möglich gewesen.

Die Umfrage setzt sich aus fünf Themenblöcken zusammen: Ausbildung und Beruf, Lebenslauf und Migrationserfahrung(en), sozio-demographische Merkmale, Sprachkenntnisse und soziales Umfeld sowie Einstellungen und Partizipation. Im Folgenden werden wir die zentralen Ergebnisse der Umfrage darstellen und zunächst die sozio-demographischen Merkmale der Befragten kurz beschreiben. In Kapitel 2 beschäftigen wir uns mit der ärztlichen Weiterbildung und der aktuellen beruflichen Situation der Befragten, während in Kapitel 3 die familiäre Situation im Vordergrund steht. Anschließend analysieren wir das subjektive Wohlbefinden und die Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen des Arbeits- und Privatlebens der befragten Ärztinnen und Ärzte (Kapitel 4). In Kapitel 5 werden Auslandserfahrungen, Sprachkenntnisse und Migrationsabsichten dargestellt. Weiterhin interessieren wir uns für Einstellungen und Meinungen zu Lösungsoptionen für Fachkräfteengpässe im Arztberuf (Kapitel 6). Kapitel 7 fasst die Ergebnisse zusammen.

¹ Die Stichproben wurden in folgenden Bundesländern gezogen: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig Holstein.

Sozio-demographische Merkmale

Insgesamt haben 1.686 Ärztinnen und Ärzte den Fragebogen zurückgeschickt oder online beantwortet. Davon haben 1.511 ihr Alter angegeben. 123 dieser Personen sind älter als 65 Jahre. In diesem Bericht werten wir nur die Informationen von Ärztinnen und Ärzten im Erwerbsalter (hier definiert als 18 bis 65 Jahre) aus, Personen über 65 Jahre werden bei den folgenden Analysen daher nicht berücksichtigt. Daraus ergibt sich eine Rücklaufquote von 32 Prozent. Die hier untersuchte Stichprobe besteht aus 1.388 Fällen. Die jüngste befragte Person ist 25, die Ältesten sind 65 Jahre alt. Sechs Personen haben ihr Geschlecht nicht angegeben. Unter denjenigen Befragten, die ihr Geschlecht angegeben haben, sind 59 Prozent Frauen und 41 Prozent Männer (Tabelle 1). Das Durchschnittsalter aller Befragten beträgt 42,6 Jahre. Die weiblichen Befragten sind im Schnitt ungefähr drei Jahre jünger als die männlichen Befragten.

Tabelle 1: Alter und Geschlecht

	männlich	weiblich	Insgesamt
Alter (in Jahren)			
25-35	21,55% (122) ²	33,46% (273)	28,58% (395)
36-45	34,81% (197)	33,58% (274)	34,08% (471)
46-55	27,92% (158)	23,41% (191)	25,25% (349)
56-65	15,72% (89)	9,56% (78)	12,08% (167)
Insgesamt	40,96% (566)	59,04% (816)	100% (1.382)
Durchschnittsalter (in Jahren)	44,4	41,3	42,6

Knapp 19 Prozent der Befragten in unserer Stichprobe haben einen Migrationshintergrund. Eine Person wird als „mit Migrationshintergrund“ definiert, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil im Ausland geboren wurde. Die Staatsangehörigkeit spielt bei dieser Definition keine Rolle. In unserer Stichprobe sind Medizinerinnen und Mediziner mit Migrationshintergrund im Schnitt etwas älter als diejenigen ohne Migrationshintergrund (43,6 vs. 42,2 Jahre). Dabei fällt besonders ins Gewicht, dass lediglich 20 Prozent der Befragten mit Migrationshintergrund unter 35 Jahre alt sind, während dies auf 31 Prozent der Befragten ohne Migrationshintergrund zutrifft (Tabelle 2).

Tabelle 2: Alter und Migrationshintergrund

	ohne Migrationshintergrund	mit Migrationshintergrund
Alter (in Jahren)		
25-35	30,83% (332)	19,84% (49)
36-45	33,43% (360)	38,06% (94)
46-55	23,96% (258)	31,58% (78)
56-65	11,79% (127)	10,53% (26)
Insgesamt	100% (1.077)	100% (247)
Durchschnittsalter (in Jahren)	42,2	43,6

² Nicht alle Personen haben Angaben zu allen Fragen gemacht. Im Folgenden bezieht sich die Anzahl der Personen (N) immer auf diejenigen Personen, die die entsprechende Frage beantwortet haben bzw. auf diejenigen, auf die die Antwortoption jeweils zutrifft. N ist in den Tabellen in Klammern abgetragen.

2 Ausbildung und aktuelle Arbeitsstelle

In diesem Kapitel wird die aktuelle Beschäftigungssituation der Befragten thematisiert. Es wurden Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Qualifikation befragt, sodass von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten bzw. Medizinerinnen und Mediziner in der Facharztweiterbildung bis zu Chefärztinnen und Chefärzten alle Karrierestufen vertreten sind. Auch bezüglich des Facharztgebietes konnten wir ein breites Spektrum erfassen. Insgesamt wird in diesem Bericht zwischen elf Facharzt- bzw. Weiterbildungsrichtungen unterschieden. In diesem Kapitel gehen wir zusätzlich auf die Beschäftigungssituation der Befragten ein. Dabei wird dargestellt, ob die Befragten ambulant oder stationär beschäftigt sind, in Vollzeit oder Teilzeit arbeiten und wie viele Überstunden sie wöchentlich leisten.

2.1 Facharztgebiet

In den Tabelle 3 und Tabelle 4 sind die Facharztgebiete, in denen die Befragten tätig sind, dargestellt. Diese Klassifizierung orientiert sich an einem Ranking des Statistischen Bundesamtes, in dem die Facharztbereiche nach der Höhe des durchschnittlichen Einkommens geordnet sind (vgl. Statistisches Bundesamt 2013). Dementsprechend spiegelt die vorliegende Reihenfolge der Facharztgebiete das Einkommensranking wieder. Mit 23 Prozent sind die meisten Befragten unserer Umfrage im Fachgebiet „Innere Medizin“ tätig.

Abbildung 1: Information zu Cramér's V^3

Info: Cramér's V

Cramér's V ist ein statistisches Zusammenhangsmaß für bivariate Tabellen, wenn (mindestens) eine der beiden Variablen mehr als zwei Ausprägungen hat. Der Wert liegt immer zwischen 0 und 1, wobei 0 für keinen und 1 für einen absoluten Zusammenhang steht.

Sozialwissenschaftliche Analysen orientieren sich meist an folgender Daumenregel:

kleiner als 0,1	kein Zusammenhang
0,1	schwacher Zusammenhang
0,3	mittlerer Zusammenhang
0,5 und größer	starker Zusammenhang

³ Hier haben wir uns an Kühnel und Krebs (2012: 321f., 366f.) orientiert.

Tabelle 3: Facharztgebiet nach Geschlecht

Facharztgebiet	weiblich	männlich	Insgesamt
Chirurgie	6,04%	12,73%	8,83%
Urologie	1,45%	1,85%	1,61%
Innere Medizin	22,47%	24,72%	23,41%
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	2,23%	2,58%	2,38%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1,58%	1,11%	1,38%
Radiologie	3,02%	4,24%	3,53%
Orthopädie	3,68%	9,41%	6,06%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	9,46%	2,95%	6,75%
Neurologie und (Kinder-)Psychiatrie	13,67%	8,12%	11,36%
Kinderheilkunde	7,88%	4,61%	6,52%
Allgemeinmedizin	11,83%	8,49%	10,44%
Andere	16,69%	19,19%	17,73%
Insgesamt	100%	100%	100%

Cramér's V: Geschlecht: 0,2388; Migrationshintergrund: 0,0883

Das schwache bis mittelstarke Zusammenhangsmaß (Cramér's $V=0,24$) weist darauf hin, dass die Wahl des Facharztgebietes geschlechtsspezifisch ist (siehe Tabelle 3). Frauen wählen nur halb so häufig wie Männer die Facharztweiterbildung Chirurgie (6% Frauen vs. 13% Männer), sind dafür jedoch deutlich häufiger als Frauenärztin (9% vs. 3%), Kinderärztin (8% vs. 5%) oder Allgemeinmedizinerin (12% vs. 8%) tätig.⁴ Ärztinnen sind somit in jenen Facharztgebieten, die zu den niedrigeren Einkommensgruppierungen gehören, deutlich überrepräsentiert, während Ärzte überwiegend in den Facharztgebieten vertreten sind, die sich durch ein höheres Einkommen kennzeichnen.

Dies muss nicht daran liegen, dass Frauen sich proportional wahrscheinlicher für niedrig entlohnte Fachgebiete entscheiden – der Zusammenhang kann auch anders gerichtet sein. So zeigen bisherige Studien, dass unsere Gesellschaft weiblich dominierte Tätigkeitsbereiche systematisch abwertet. Eine steigende Quote an Ärztinnen gehe mit einer allgemeinen Abwertung des Ansehens und der Entlohnung eines Berufsstandes einher, folgert unter anderem Barbara Lukesch (2007) aus einer vergleichenden Analyse der historischen Entwicklung des Arztberufs in Europa und Russland. Dies bestätigt sich bei der Betrachtung des geschlechtsspezifischen Lohngefälles. Es zeigt sich, dass Berufe, in denen mehrheitlich Frauen tätig sind, durchschnittlich niedriger entlohnt sind (Achatz et al. 2004; Busch 2013).

Die Gründe für die spezifische Wahl des Facharztgebietes lassen sich aus unseren Daten nicht ablesen. Gruppendiskussionen mit Absolventen und Absolventinnen der Medizin (Bussche et al. 2011: 3) zeigen jedoch, „dass die Studierenden sich keine Sorgen um die Erreichbarkeit von einzelnen Fächern oder Einrichtungen machten, sondern ihre Disziplinpräferenzen einerseits mit eigenen fachlichen Interessen und Neigungen, andererseits auch – positiv oder negativ – mit Arbeitsbedingungen begründeten, die sie mit den jeweiligen Disziplinen assoziieren“.

⁴ Die Verteilung zwischen Männern und Frauen sind in folgenden Fachgebieten signifikant abweichend (Signifikanzniveau $p \leq 0,05$): Chirurgie, Orthopädie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Neurologie und (Kinder-) Psychiatrie und Kinderheilkunde.

In den Kommentarspalten des Fragebogens⁵ beklagen einige der Befragten „die finanzielle hierarchische Abstufung von Frauen insbesondere in chirurgischen Fachrichtungen durch Mutterschutz und Elternzeit“. Sie bemängeln insbesondere im Hinblick auf das Fachgebiet Chirurgie die erschwerte Vereinbarkeit von Beruf und Familie aufgrund der hohen Arbeitsbelastung.

Zwischen dem Alter und der Wahl des Facharztgebietes gibt es einen schwachen Zusammenhang (Cramér's $V=0,12$) (Tabelle 4). Der Anteil der Chirurginnen und Chirurgen und der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner ist unter den älteren Befragten etwas höher als unter den jüngeren. Im Facharztgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie unter den Internistinnen und Internisten ist die Verteilung anders herum gerichtet. Der von chirurgischen Berufsverbänden befürchtete deutliche Nachwuchsmangel – bis 2020 werden ungefähr 55 Prozent der niedergelassenen und 32 Prozent der stationär tätigen Chirurginnen und Chirurgen pensioniert werden (vgl. Berufsverband Deutscher Chirurgen et al. 2011) – spiegelt sich tendenziell auch in unserer Stichprobe unter deutschen Ärztinnen und Ärzten wieder.

Tabelle 4: Facharztgebiet nach Alter

Facharztgebiet	25-35 Jahre	36-45 Jahre	46-55 Jahre	56-65 Jahre
Chirurgie	7,65%	7,86%	8,79%	15,03%
Urologie	2,73%	1,09%	1,21%	1,31%
Innere Medizin	26,32%	22,93%	21,52%	18,95%
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	2,73%	1,75%	3,33%	1,96%
Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,82%	1,31%	1,52%	2,61%
Radiologie	4,64%	2,84%	2,73%	4,58%
Orthopädie	5,74%	7,64%	5,15%	3,92%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	8,74%	6,99%	6,06%	2,61%
Neurologie und (Kinder-)Psychiatrie	10,93%	10,26%	15,45%	7,19%
Kinderheilkunde	5,46%	8,52%	5,45%	5,23%
Allgemeinmedizin	7,10%	10,70%	10,91%	16,34%
Andere	16,12%	18,12%	17,88%	20,26%
Insgesamt	100%	100%	100%	100%

Cramér's $V: 0,1196$

2.2 Arbeitsort

Beim Diskurs über einen möglichen Mangel bzw. Engpässe im Arztberuf wird häufig die Unterversorgung in ländlichen Regionen erwähnt. Tabelle 5 ist die Größe des Arbeitsortes der Befragten zu entnehmen.⁶ Mehr als die Hälfte der Medizinerinnen und Mediziner hat angegeben in einer Großstadt⁷

⁵ Bei einigen Fragen sowie am Ende des Fragebogens hatten die Befragten die Möglichkeit, zusätzlich zu den vorgegeben Antwortoptionen, den spezifischen Fragen sowie dem Fragebogen allgemein etwas hinzuzufügen. Diese offenen Kommentare wurden ergänzend zu den einzelnen Fragen ausgewertet.

⁶ Die Befragten, die sich zum Zeitpunkt der Umfrage in der Facharztweiterbildung befanden, wurden hier ausgeschlossen, da angenommen werden kann, dass diese Gruppe während der Facharztweiterbildung in Großstädten überrepräsentiert ist, was zu einer Verzerrung der Darstellung führen würde.

⁷ Eine „Großstadt“ ist hier definiert als eine Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern, eine „mittelgroße Stadt“ als eine Stadt mit mindestens 20.000 aber weniger als 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. „Kleinstadt“ (mehr als 5.000 und bis zu 20.000 Einwohnerinnen und Einwohner) und „auf dem Land“ (5.000 und weniger) wurden hier und in den folgenden Analysen zusammengefasst als „Kleinstadt/auf dem Land“ und definiert als eine Ortschaft mit weniger als 20.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

zu arbeiten. Nur knapp ein Fünftel der Befragten arbeitet in einer Kleinstadt oder ländlichen Region. Es sind lediglich kleinere Unterschiede bezüglich des Alters der Befragten zu erkennen, ein Zusammenhang zwischen der Größe des Arbeitsortes und der Alterskategorie der Befragten besteht nicht. Zusammenhänge zwischen Geschlecht oder Migrationshintergrund und der Größe des Arbeitsortes liegen ebenfalls nicht vor (Cramér's V ist jeweils unter 0,1).

Tabelle 5: Arbeitsort nach Alter der Befragten¹⁾

	Kleinstadt/ auf dem Land	Mittelgroße Stadt	Großstadt	Insgesamt
Alter (in Jahren)				
25-35	19,40%	29,10%	51,49%	100%
36-45	19,14%	28,03%	52,83%	100%
46-55	17,52%	30,57%	51,91%	100%
56-65	17,81%	23,29%	58,90%	100%
Insgesamt	18,45%	28,29%	53,26%	100%
	(N=178)	(N=273)	(N=514)	(N=965)

Cramér's V: Geschlecht: 0,0049; Migrationshintergrund: 0,0307; Alterskategorie: 0,0415

¹⁾ Ohne Ärztinnen und Ärzte in der Facharztweiterbildung

2.3 Berufliche Position

In Tabelle 6 ist die aktuelle berufliche Position der Befragten abgebildet. Die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte ist stationär tätig (60%). Die größten Berufsgruppen darunter sind Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in der Facharztweiterbildung (23%) und Oberärztinnen und Oberärzte (17%). Fast ein Fünftel der Befragten ist niedergelassen tätig (17%). Deutlich mehr der befragten Frauen als Männer befanden sich zum Zeitpunkt der Umfrage in der Facharztweiterbildung (19% vs. 31%). Deutlich wird zudem, dass Männer sehr viel häufiger in höheren Positionen angestellt sind, in denen Ärztinnen und Ärzte mehr Entscheidungskompetenzen bzw. Verantwortung haben: für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte trifft dies insbesondere auf Niedergelassene zu, für stationär tätige Ärztinnen und Ärzte auf Chefärztinnen und Chefärzte und Oberärztinnen und Oberärzte. Während knapp mehr als die Hälfte aller Männer eine dieser Positionen innehat (insgesamt 52%), ist es bei den Frauen lediglich etwas mehr als ein Viertel (27%). Bei den statusniedrigeren Positionen sind die Verteilungen anders herum. Die befragten Frauen arbeiten also insgesamt auf eher niedrigeren Positionen als die befragten Männer. Zwischen dem Migrationshintergrund (mit und ohne) und der beruflichen Position lässt sich hingegen kein Zusammenhang feststellen (Cramér's $V < 0,1$).

Mittels einer multinomialen logistischen Regression wurde der Zusammenhang zwischen beruflicher Position und Geschlecht überprüft. Dabei wurde auf Alter und Migrationshintergrund sowie auf die Art der Beschäftigung (Teilzeit/Vollzeit) kontrolliert. Das bedeutet, dass die Effekte, die Alter, Migrationshintergrund oder die Art der Beschäftigung auf die berufliche Position haben könnten, keinen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Geschlecht und beruflicher Position haben. Die Geschlechterunterschiede bezüglich der beruflichen Position sind dann für alle Befragten im jeweils gleichen Alter, mit dem gleichen Migrationshintergrund (mit oder ohne) und gleicher Art der Beschäftigung zutreffend (für weitere Informationen siehe Abbildung 2).

Tabelle 6: Aktuelle berufliche Position

	Ambulant			Stationär					Behörde/ Sonstiges	ohne ärzt- liche Tä- tigkeit	Insgesamt
	nieder- gelassen	angestellt	in Facharzt- weiterbil- dung	Chefarzt/- ärztin	Oberarzt/- ärztin ¹⁾	Facharzt/- ärztin	Assistenz- arzt/-ärztin	in Facharzt- weiterbil- dung			
Alle	17,49%	6,58%	3,40%	2,31%	16,84%	13,95%	4,19%	22,62%	8,96%	3,68%	100%
Geschlecht											
Männlich	22,34%	4,26%	1,95%	4,96%	24,29%	12,59%	2,66%	16,84%	7,62%	2,48%	100%
Weiblich	14,25%	8,23%	4,42%	0,49%	11,79%	14,99%	5,16%	26,66%	9,95%	4,05%	100%
Migrations- hintergrund											
Ohne	17,67%	5,86%	3,72%	2,14%	16,84%	13,95%	4,09%	24,19%	8,56%	2,98%	100%
Mit	16,73%	9,39%	2,45%	2,86%	17,14%	14,29%	3,67%	18,37%	10,61%	4,49%	100%
Alter (in Jahren)											
25-35	2,53%	1,52%	4,56%	0,00%	3,80%	11,14%	10,89%	59,24%	3,29%	3,04%	100%
36-45	15,47%	10,17%	5,30%	1,06%	24,36%	20,97%	1,27%	13,77%	5,93%	1,69%	100%
46-55	34,01%	6,34%	1,15%	3,75%	22,77%	10,09%	0,86%	3,46%	14,12%	3,46%	100%
56-65	24,12%	8,82%	0,00%	8,24%	14,12%	8,82%	3,53%	1,18%	20,00%	11,18%	100%

Cramér's V: Geschlecht: 0,2836; Migrationshintergrund: 0,0899; Alterskategorie: 0,4309

¹⁾ In leitender oder nicht leitender Position

Abbildung 2: Information zur Interpretation Marginaler Effekte

Info:

Interpretation der grafischen Darstellung der linearen Regressionskoeffizienten und der marginalen Effekte einer logistischen, ordinalen und multinomialen logistischen Regression

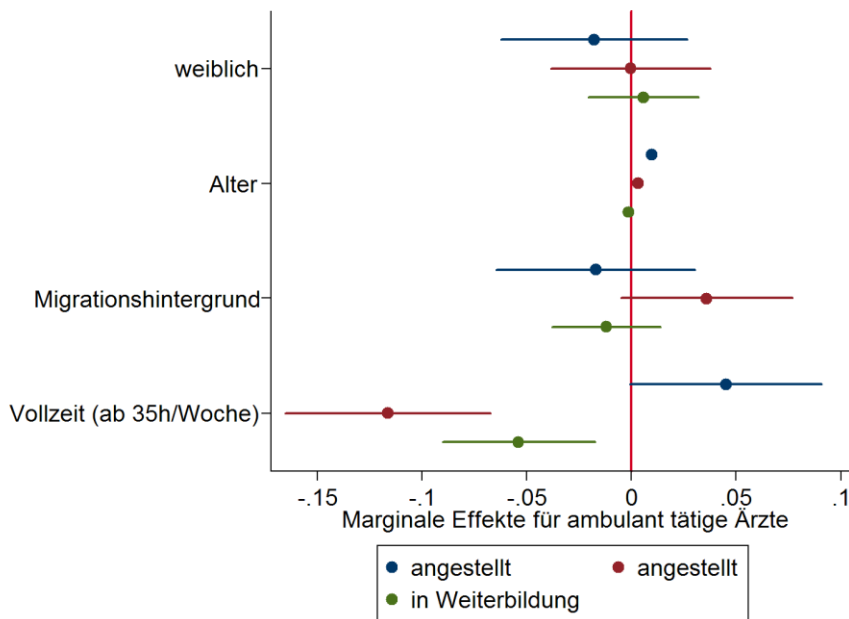
Jeder Punkt der Abbildungen in diesem Bericht stellt einen Regressionskoeffizienten dar, die Balken stehen für die Konfidenzintervalle. Wenn diese Konfidenzintervallbalken die Nulllinie nichtüberqueren bedeutet es, dass der Effekt auf dem 5%-Niveau signifikant ist. Nur wenn der Effekt signifikant ist, können wir (hier mit einer Sicherheit von 95%) davon ausgehen, dass tatsächlich ein Zusammenhang besteht. Liegt der Regressionskoeffizient rechts der Nulllinie, ist der Zusammenhang positiv. Liegt der Regressionskoeffizient links der Nulllinie, ist der Zusammenhang negativ. Ein positiver Zusammenhang bedeutet, dass ein höherer Wert der abhängigen Variable mit einem höheren Wert der unabhängigen Variable einhergeht.

Die jeweiligen Koeffizienten (z.B. für Migrationshintergrund) stehen immer im Verhältnis zu einer bestimmten Referenzkategorie, die jeweils unter den Abbildungen angegeben sind. Die Werte werden in Relation zu dieser Referenzkategorie interpretiert. Für die Variablen, die nicht in einer Kategorie gemessen werden, ist keine Referenzkategorie nötig. Das betrifft die Variablen Alter, Benachteiligungsgefühl und Zufriedenheit.

Bei den dargestellten Modellen handelt es sich um multivariate Modelle, das bedeutet, dass der Effekt einer Variable (z.B. des Geschlechts) auf eine andere Variable (z.B. die berufliche Position) gemessen wurde, während auf weitere mögliche Einflussgrößen (z.B. den Migrationshintergrund) kontrolliert wurde.

In Abbildung 3 sind die Ergebnisse (d.h. die marginalen Regressionseffekte, siehe Information dazu in Abbildung 2) für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte dargestellt. Abbildung 4 sind die Ergebnisse für die stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte zu entnehmen, während in Abbildung 5 die Ergebnisse für in Behörden oder Körperschaften Tätige sowie Befragte ohne ärztliche Tätigkeit bzw. nicht berufstätige Ärztinnen und Ärzte präsentiert werden.

Abbildung 3: Marginale Effekte einer multinomialen Regression der beruflichen Positionen bei ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten

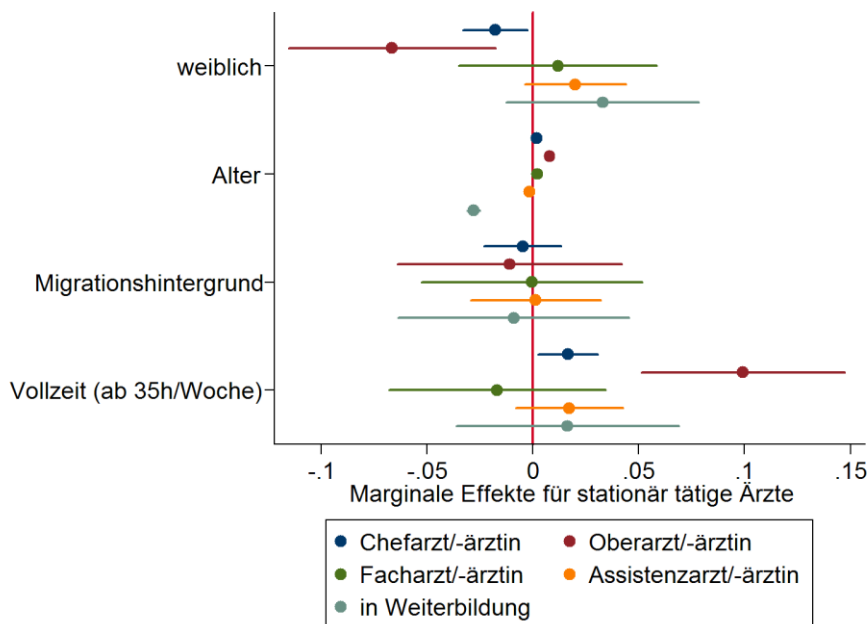


Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund; Arbeitszeit (kategorial in Vollzeit): Teilzeit (bis 34h/Woche).

Abbildung 4: Marginale Effekte einer multinomialen Regression der beruflichen Positionen bei stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten

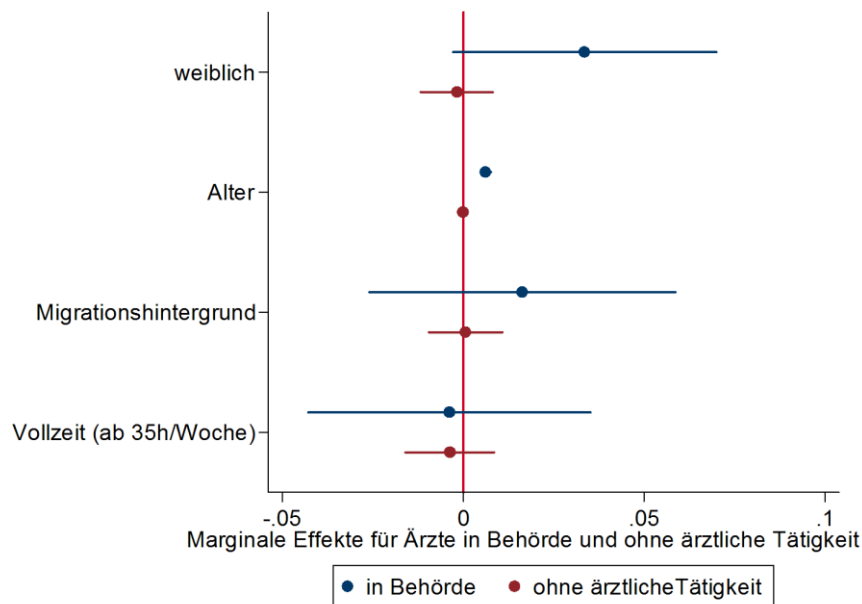


Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund; Arbeitszeit (kategorial in Vollzeit): Teilzeit (bis 34h/Woche).

Abbildung 5: Marginale Effekte einer multinomialen Regression der beruflichen Positionen für in Behörden tätige und nicht-ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte



Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund; Arbeitszeit (kategorial in Vollzeit): Teilzeit (bis 34h/Woche).

Bezüglich der Geschlechterunterschiede zeigen die Analysen, dass Frauen in den stationär statushöchsten Positionen (Chefarzt/-ärztin und Oberarzt/-ärztin) signifikant unterrepräsentiert sind. Die Geschlechterunterschiede bei den anderen stationär tätigen, bei ambulant praktizierenden, in Behörden beschäftigten und nicht berufstätigen Ärztinnen und Ärzten sind unter Kontrolle der oben genannten Variablen nicht signifikant.

Die Altersunterschiede bleiben auch dann bestehen, wenn auf Geschlecht und Migrationshintergrund kontrolliert wird (Abbildung 3, 4 und 5). Mit steigendem Alter verändert sich die Verteilung hin zu statushöheren Positionen. Der Anteil der Chefarztinnen und Chefarzte ist beispielsweise in der Alterskategorie 56-65 mit neun Prozent am höchsten (siehe Tabelle 6). Interessanterweise nimmt auch der Anteil der Personen, die in Behörden arbeiten, mit steigendem Alter zu. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass aufgrund der hohen Arbeitsbelastung Personen im höheren Alter den Arztberuf weniger attraktiv finden und sich nach Alternativen umschaun. Einige der von uns befragten Ärztinnen und Ärzte kritisierten, dass auch in hohen Positionen der Verwaltungsaufwand immens sei: „Mein Chefarzt [...] führt viele viele Stunden Tätigkeiten durch, die in anderen Berufen selbstverständlich von spezialisierten Fachkräften durchgeführt werden“. Dass mehr ältere als jüngere Ärztinnen und Ärzte in Behörden tätig sind, könnte auch damit zusammenhängen, dass es sich möglicherweise bei diesen Positionen auch um hochrangige Tätigkeiten handelt, welche eine mehrjährige Berufserfahrung erfordern.

Migrationshintergrund und berufliche Position scheinen hingegen nicht signifikant zusammenzuhängen (Abbildungen 3, 4 und 5): die Konfidenzintervallbalken überschreiten jeweils die Nulllinie.

2.4 Arbeitszeit

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse bezüglich der Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte zum Zeitpunkt der Befragung dargestellt. Dazu wird eine Übersicht über die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit und die Anzahl an geleisteten Überstunden gegeben.

Bezüglich der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit unterscheiden wir zwischen Teilzeit (bis 20 Stunden pro Woche bzw. zwischen 21 und bis einschließlich 34 Stunden pro Woche) und Vollzeit (ab 35 Stunden pro Woche) (Tabelle 7). Fast drei Viertel der Befragten sind vollzeitbeschäftigt (73%). Frauen arbeiten deutlich öfter in Teilzeit als Männer (6% vs. 40%). Dies könnte unter anderem damit zusammenhängen, dass Frauen sich gemäß traditionellen Geschlechterrollen immer noch stärker um Kinderbetreuung und/oder andere, nicht erwerbsbezogene Tätigkeiten kümmern.

Tabelle 7: Arbeitszeit (Teilzeit/Vollzeit) nach verschiedenen Merkmalen

	Teilzeit (bis 20h/Woche)	Teilzeit (21 bis 34h/Woche)	Vollzeit (ab 35h/Woche)	Insgesamt
Alle	9,57%	17,30%	73,13%	100%
Geschlecht				
Männlich	1,42%	5,06%	93,52%	100%
Weiblich	14,99%	25,44%	59,57%	100%
Berufliche Position				
Ambulant:				
Niedergelassen	5,46%	16,94%	77,60%	100%
Angestellt	37,08%	26,97%	35,96%	100%
In Facharztweiterbildung	25,53%	29,79%	44,68%	100%
Stationär:				
Chefarzt/-ärztin	0,00%	4,35%	95,65%	100%
Oberarzt/-ärztin	2,67%	14,22%	83,11%	100%
Facharzt/-ärztin	8,51%	22,87%	68,62%	100%
Assistenzarzt/-ärztin	8,77%	10,53%	80,70%	100%
In Facharztweiterbildung	4,58%	14,05%	81,37%	100%
Behörde/Sonstiges	18,10%	17,24%	64,66%	100%
ohne ärztliche Tätigkeit	40,00%	0,00%	60,00%	100%

Cramér's V: Geschlecht: 0,3758; Alterskategorie: 0,1345; berufliche Position: 0,2646

Zudem lässt sich feststellen, dass der Anteil der Teilzeitbeschäftigten unter den Befragten in höheren beruflichen Positionen geringer ist. Dies könnte unter anderem dadurch erklärt werden, dass mit höherer Position sowohl mehr Verantwortung als auch mehr Arbeitsbelastung einhergeht und somit mehr Präsenzzeit erforderlich ist.

Mehr als vier von zehn Befragten (44%), die Vollzeit beschäftigt sind, leisten zehn oder mehr Überstunden pro Woche (Tabelle 8). Je höher die Anzahl der vertraglich vereinbarten Arbeitsstunden, desto höher auch die Anzahl der geleisteten Überstunden. Die zahlreichen Überstunden, die von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern bzw. Vorgesetzten verlangt werden, werden vielfach von den befragten Medizinerinnen und Mediziner in den Anmerkungen im Fragebogen kritisiert. Aufgrund von Assistenzarztmangel und Notfalldienstsystem summierten sich die Überstunden und führten unter anderem dazu, dass „teilweise 19 Tage am Stück“ durchgearbeitet werde.

Tabelle 8: Überstunden Teilzeit/Vollzeit

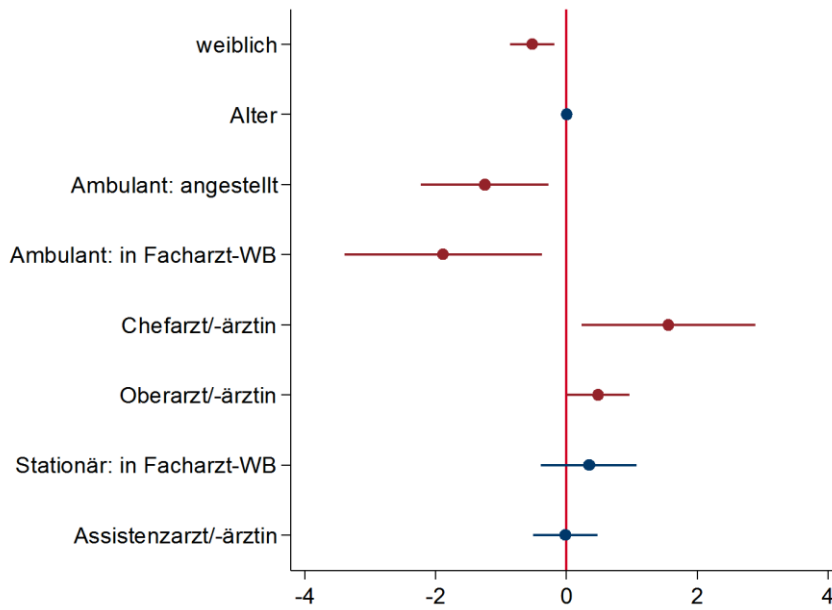
	Überstunden bis einschließ- lich 9 h/Woche	ab 10 h/Woche	Insgesamt
vertraglich vereinbarte Arbeitszeit			
Teilzeit (bis 20h/Woche)	85,11%	14,89%	100%
Teilzeit (21 bis 34h/Woche)	79,31%	20,69%	100%
Vollzeit (ab 35h/Woche)	55,63%	44,37%	100%
Cramér's V: 0,2504			

Unter den Vollzeitbeschäftigten leisten Männer deutlich mehr Überstunden als Frauen (Tabelle 9). Ungefähr 53 Prozent der vollzeitbeschäftigten Männer haben angegeben, dass sie zehn oder mehr Überstunden pro Woche arbeiten. Dies gaben lediglich 36 Prozent der befragten vollzeitbeschäftigten Frauen an. Der Geschlechtereffekt ist signifikant, auch wenn man auf berufliche Position und Alter kontrolliert (siehe Abbildung 6). Zudem nimmt der Anteil der Personen, die zehn oder mehr Überstunden pro Woche leisten, für stationär tätige Ärztinnen und Ärzte mit höherer Position zu (die Anzahl der Chefärztinnen und Chefarzte und Oberärztinnen und Oberärzte, die zehn oder mehr Überstunden pro Woche arbeiten, ist signifikant höher als die Anzahl der stationär tätigen Fachärztinnen und Fachärzte gleichen Alters und Geschlechts). Ambulant angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte in der Facharztweiterbildung hingegen leisten signifikant weniger Überstunden pro Woche als die Vergleichsgruppe der stationär tätigen Fachärztinnen und Fachärzten gleichen Alters und Geschlechts.

Tabelle 9: Überstunden bei Vollzeitbeschäftigten nach verschiedenen Merkmalen

	Überstunden bis einschließlich 9 h/Woche	ab 10 h/Woche	Insgesamt
Alle	55,63% (395)	44,37% (315)	100% (710)
Geschlecht			
Männlich	47,43%	52,57%	100%
Weiblich	63,69%	36,31%	100%
Berufliche Position			
Ambulant:			
Angestellt	80,65%	19,35%	100%
In Facharztausbildung	90,00%	10,00%	100%
Stationär:			
Chefarzt/-ärztin	16,67%	83,33%	100%
Oberarzt/-ärztin	41,57%	58,43%	100%
Facharzt/-ärztin	56,20%	43,80%	100%
Assistenzarzt/-ärztin	51,16%	48,84%	100%
In Facharztweiterbildung	61,11%	38,89%	100%
Behörde/Sonstiges	66,13%	33,87%	100%
ohne ärztliche Tätigkeit	50,00%	50,00%	100%
Cramér's V: Alterskategorie: 0,1541; berufliche Position: 0,2623			

Abbildung 6: Marginale Effekte einer logistischen Regression bei Vollzeitbeschäftigten mit „ab 10 Überstunden/Woche“ als abhängiger Variable



Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Es werden jene, die mind. zehn oder mehr Überstunden/Woche arbeiten mit denen, die bis zu neun Überstunden/Woche arbeiten, verglichen.

Referenzkategorie: Geschlecht: männlich; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär).

Abkürzungen: „Ambulant: in Facharzt-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Stationär: in Facharzt-WB“: stationär tätige Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

3 Beruf und familiäre Situation

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit familiären Aspekten der befragten Ärztinnen und Ärzte. Die familiäre Herkunft beispielsweise kann eine Rolle bei der Berufswahl spielen. Die aktuelle familiäre Situation ist im Hinblick auf die Vereinbarkeit mit dem Beruf relevant. Dies ist besonders vor dem Hintergrund von Arbeitsbelastung und Arbeitszeiten vieler Medizinerinnen und Mediziner eine Herausforderung und kann wiederum Auswirkungen auf die persönliche Zufriedenheit oder auch die beruflichen Karriereperspektiven haben. Im Folgenden gehen wir daher auf diese beiden Aspekte – familiäre Situation und familiäre Herkunft – genauer ein.

3.1 Familiäre Situation

51 Prozent der Befragten haben angegeben, dass sie Kinder haben, die jünger als 16 Jahre alt sind (Tabelle 10). Es zeigt sich, dass die Anzahl der Kinder unter 16 Jahren mit der beruflichen Position der Medizinerinnen und Mediziner zusammenhängt (Cramér's $V=0,15$). Beispielsweise haben ambulant angestellte Ärztinnen und Ärzte in der Facharztweiterbildung häufiger junge Kinder als stationär tätige Assistenzärztinnen und Assistenzärzte, die sich ebenfalls in der Facharztweiterbildung befinden.

Tabelle 10: Anzahl der Kinder unter 16 Jahren

	keine Kinder	ein Kind	zwei Kinder	mehr als zwei Kinder	Insgesamt
Alle	48,90%	18,20%	22,22%	10,67%	100%
Geschlecht					
Männlich	48,93%	16,07%	22,14%	12,86%	100%
Weiblich	48,76%	19,73%	22,33%	9,18%	100%
Partnerschaft					
Mit Partner/-in	44,09%	19,09%	24,75%	12,08%	100%
Ohne Partner/-in	82,49%	11,30%	5,08%	1,13%	100%
Berufliche Position					
Ambulant:					
Niedergelassen	48,54%	12,55%	25,10%	13,81%	100%
Angestellt	32,58%	21,35%	31,46%	14,61%	100%
In Facharztweiterbildung	19,57%	15,22%	36,96%	28,26%	100%
Stationär:					
Chefarzt/-ärztin	59,98%	15,63%	12,50%	12,50%	100%
Oberarzt/-ärztin	46,96%	20,00%	23,48%	9,57%	100%
Facharzt/-ärztin	37,70%	20,94%	28,27%	13,09%	100%
Assistenzarzt/-ärztin	65,52%	15,52%	15,52%	3,45%	100%
In Facharztweiterbildung	59,49%	19,94%	13,83%	6,75%	100%

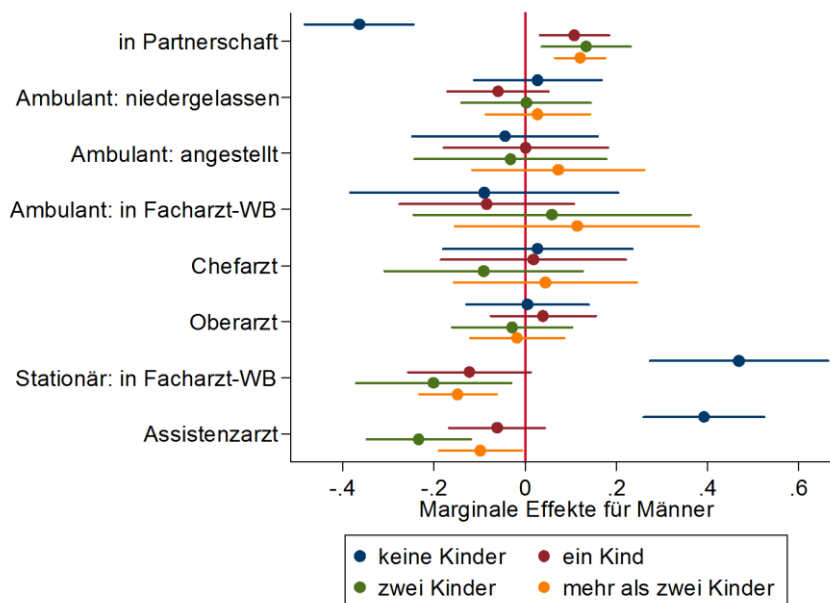
Cramér's V: Partnerschaft: 0,2650; Geschlecht: 0,0695; berufliche Position: 0,1538

Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, also beispielsweise ob Ärztinnen und Ärzte in Führungspositionen eher keine oder wenige Kinder haben, lässt sich mit unseren Daten leider nicht feststellen, da nur danach gefragt wurde, ob die befragten Personen Kinder unter 16 Jahren haben. Da jedoch, wie bereits oben gezeigt, die berufliche Position stark mit dem Alter korreliert (Cramér's $V=0,43$, siehe Tabelle 6) und das Alter wiederum mit der Anzahl der Kinder unter 16 Jahren korreliert (Cramér's

V=0,26), ist auch die Wahrscheinlichkeit für Ärztinnen und Ärzte in höheren Positionen größer, keine Kinder unter 16 Jahren zu haben.

Mittels multinomialer logistischer Regressionen wurde – getrennt für Männer (Abbildung 7) und Frauen (Abbildung 8) – überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen einer spezifischen beruflichen Position und der Anzahl von unter 16-jährigen Kindern besteht, wobei auf das Alter der Befragten kontrolliert wurde. Die erste erklärende Variable im Modell ist die Partnerschaft. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Partnerschaft und der Anzahl der Kinder unter 16 Jahren: die Wahrscheinlichkeit, dass eine befragte Person mit Partnerin oder Partner unter 16-jährige Kinder hat, ist signifikant höher als bei Befragten ohne Partnerin oder Partner. Im Gegensatz zu diesem erwartbaren Zusammenhang zwischen Partnerschaft und Anzahl an Kindern liefern die Koeffizienten für die Berufspositionen interessantere Ergebnisse. Die berufliche Position männlicher Ärzte zeigt, unter Kontrolle des Alters, wenig signifikante Zusammenhänge mit der Anzahl der Kinder unter 16 Jahren: die einzigen signifikanten Koeffizienten für die berufliche Position finden sich in den Kategorien Assistenzarzt (stationär) und Assistenzarzt in Facharztweiterbildung (stationär) (Abbildung 7). Im Vergleich zu stationär angestellten Fachärzten gleichen Alters und mit gleichem Partnerschaftsstatut haben diese mit einer höheren Wahrscheinlichkeit keine Kinder unter 16 Jahren und mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit zwei oder mehr Kinder.

Abbildung 7: Marginale Effekte einer multinomialen logistischen Regression der Anzahl an Kindern unter 16 Jahren bei Männern



Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall.

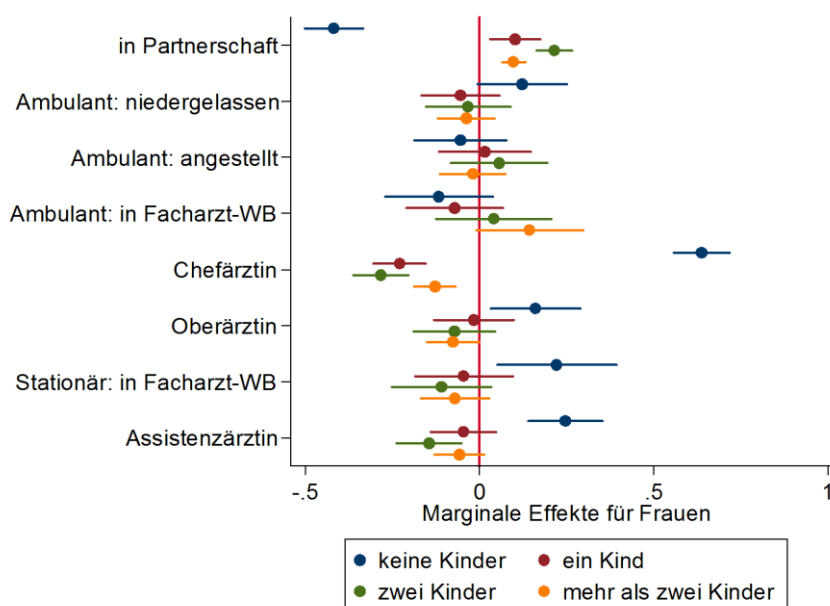
Referenzkategorie: in Partnerschaft: ohne Partner/-in; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär); weitere Kontrollvariable (nicht in der Grafik aufgeführt): Alter.

Abkürzungen: „Ambulant: in Facharzt-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Stationär: in Facharzt-WB“: stationär tätige Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Diese Ergebnisse für die Ärzte unterscheiden sich stark von den Ergebnissen für die *Ärztinnen* (Abbildung 8): bei Frauen sind deutlich mehr Koeffizienten für die unterschiedlichen beruflichen Positionen und die Anzahl der Kinder unter 16 Jahren signifikant. Im Vergleich zu stationär angestellten Fachärztinnen gleichen Alters und mit gleichem Partnerschaftsstatus, haben Chefärztinnen und Oberärztinnen, aber auch stationär angestellte Assistenzärztinnen (in Weiterbildung und nicht in Weiterbildung) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit keine Kinder unter 16 Jahren. Der Zusammenhang zwischen beruflicher Position und Familiengründung ist also viel bedeutsamer bei *Ärztinnen* als bei Ärzten. Dies liegt womöglich daran, dass – einem traditionellen Rollenbild folgend – Kinderbetreuung noch immer als Hauptaufgabe von Frauen angesehen wird und somit die Herausforderung, diese mit Erwerbsarbeit zu kombinieren, für Frauen ein größeres Hindernis in hohe Positionen zu gelangen darstellt als für Männer.

Diese Erkenntnisse werden in einigen Anmerkungen der Befragten in den Kommentarspalten des Fragebogens bestätigt. Manche beschreiben die Kombination von Mutterrolle und leitender Position unter anderem als „*Zerreisprobe*“. Andere berichten von hohem Druck auf Frauen, kinderlos zu bleiben, auf beruflichen Aufstieg zu verzichten oder sich mit einer schlechter entlohnten Teilzeitstelle zu begnügen. Vor allem den traditionell männlich dominierten Disziplinen wie der Chirurgie blieben Frauen daher fern. Die Situation verschlimmerte sich auch aufgrund der in Deutschland noch immer verhältnismäßig schlecht ausgebauten Betreuungssituation für Kinder.

Abbildung 8: Marginale Effekte einer multinomialen logistischen Regression der Anzahl an Kindern unter 16 Jahren bei Frauen



Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall.

Referenzkategorie: in Partnerschaft: ohne Partner/-in; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär); weitere Kontrollvariable (nicht in der Grafik aufgeführt): Alter.

Abkürzungen: „Ambulant: in Facharzt-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Stationär: in Facharzt-WB“: stationär tätige Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

3.2 Familiäre Herkunft

Die Berufswahl ist, trotz Bildungsexpansion und Individualisierung, immer noch stark durch Sozialisation und Ressourcenausstattung, wie beispielsweise ökonomisches aber auch Humankapital, geprägt. Daher betrachten wir im Folgenden den sozialen Hintergrund der Befragten. Im Fokus stehen dabei die schulische und berufliche Bildung der Eltern.

Die überwiegende Mehrheit der Eltern der befragten Ärztinnen und Ärzte hat eine universitäre Ausbildung abgeschlossen (Tabelle 11). Deutlich mehr als ein Drittel der Befragten (37%) hat mindestens einen Elternteil mit einem Master- oder äquivalenten Abschluss (Magister/Diplom). Mehr als ein Viertel der Befragten (27%) hat mindestens einen Elternteil mit einer Promotion. Zwischen dem Migrationshintergrund der Befragten und der Bildung der Eltern besteht ein schwacher Zusammenhang (Cramér's $V=0,15$). Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund, die einen Elternteil mit mindestens einem Bachelorabschluss haben, ist etwas höher als der Anteil der Medizinerinnen und Mediziner ohne Migrationshintergrund (der Unterschied beträgt sechs Prozentpunkte).

Am Alter der Befragten lässt sich erkennen, dass sich der höchste Abschluss der Eltern hin zu höheren Abschlüssen verschoben hat (Cramér's $V=0,15$). Haben unter den Eltern der heute 56- bis 65-Jährigen ungefähr 50 Prozent eine berufliche Ausbildung als höchsten Abschluss, so sind es bei den 25- bis 35-Jährigen nur knapp 20 Prozent. Dafür haben unter dieser Altersgruppe 48 Prozent der Eltern einen Master- oder äquivalenten Abschluss. Dies trifft lediglich auf knapp 23 Prozent der Eltern der 56- bis 65-Jährigen zu. Dies hängt sicherlich auch mit der allgemeinen Bildungsexpansion der letzten Jahrzehnte zusammen.

Tabelle 11: Höchster Schulabschluss der Eltern

	keinen Schulabschluss	Grundschule	Haupt-/Realschule	Hochschulreife	berufl. Ausbildung	Bachelor	Master	Promotion	Insgesamt
Alle	0,22%	1,18%	1,55%	0,59%	29,14%	3,31%	37,23%	26,78%	100%
Migrationshintergrund									
Ohne	0,00%	0,66%	1,69%	0,47%	30,55%	3,10%	37,22%	26,32%	100%
Mit	1,24%	2,90%	0,83%	0,83%	21,58%	4,15%	38,59%	29,88%	100%
Alter (in Jahren)									
25-35	0,00%	0,76%	0,51%	0,00%	20,30%	2,54%	47,72%	28,17%	100%
36-45	0,00%	0,85%	1,49%	0,21%	27,51%	2,35%	37,53%	30,06%	100%
46-55	0,59%	1,76%	2,64%	1,17%	32,26%	4,99%	31,38%	25,22%	100%
56-65	0,65%	1,94%	1,94%	1,94%	49,68%	4,52%	22,58%	16,77%	100%

Cramér's V : Geschlecht: 0,0947; Migrationshintergrund: 0,1543; Alterskategorie: 0,1533

Neben dem höchsten Bildungsabschluss der Eltern ist es ebenfalls interessant, den Beruf der Eltern zu betrachten. Aus der soziologischen Literatur ist bekannt, dass der Arztberuf zu den Berufen mit dem höchsten Grad an „intergenerationeller Reproduktion“, also die Weiterführung der Berufe der Eltern durch die Kinder, zählt. Einer Studie der Arbeitsgruppe Hochschulforschung Konstanz zufolge ist die Chance Medizin zu studieren, unter der Bedingung, dass der Vater Mediziner ist, mehr als dreimal so hoch wie bei Kindern ohne diese elterliche Prägung (Multrus 2006: 21). Lediglich die Professionen in der Rechtswissenschaft, der Kunstwissenschaft und der Agrarwissenschaft besitzen eine höhere Quote der fachlichen Vererbung (ebda.).

Etwas mehr als jede/r fünfte Befragte hat mindestens einen Elternteil, der selbst als Arzt oder Ärztin arbeitet oder gearbeitet hat (Tabelle 12). Zwischen Männern und Frauen sowie zwischen Befragten mit und ohne Migrationshintergrund gibt es dabei keine großen Unterschiede. Während 24 Prozent der männlichen Befragten mindestens einen Elternteil haben, der Mediziner oder Medizinerin ist oder war, sind es unter den weiblichen Befragten 20 Prozent. 22 Prozent der Befragten ohne Migrationshintergrund und 20 Prozent der Befragten mit Migrationshintergrund haben mindestens einen Elternteil, der selbst Ärztin oder Arzt ist oder war. Zwischen der beruflichen Position der Befragten und der Tatsache, dass sie aus einer Arztfamilie stammen, gibt es ebenfalls keinen Zusammenhang. Sogar für niedergelassene Ärztinnen und Ärzten ist der Reproduktionsgrad nicht höher als für die anderen Berufskategorien. Lediglich das Alter hat eine Auswirkung auf die Vererbungsquote, die mit steigendem Alter der Befragten abnimmt (Cramér's $V=0,10$ weist auf einen schwachen Zusammenhang hin).

Tabelle 12: „Intergenerationelle Reproduktion“ der Berufswahl

	kein Elternteil ist Mediziner/-in	mind. ein Elternteil ist Mediziner/-in	Insgesamt
Alle	78,58%	21,42%	100%
Geschlecht			
Männlich	75,74%	24,26%	100%
Weiblich	80,49%	19,51%	100%
Migrationshintergrund			
Ohne	78,46%	21,54%	100%
Mit	80,50%	19,50%	100%
Alter (in Jahren)			
25-35	76,25%	23,75%	100%
36-45	74,75%	25,25%	100%
46-55	83,39%	16,61%	100%
56-65	85,71%	14,29%	100%
Berufliche Position			
Ambulant:			100%
Niedergelassen	75,00%	25,00%	100%
Angestellt	76,54%	23,46%	100%
In Facharztweiterbildung	74,42%	25,58%	100%
Stationär:			
Chefarzt/-ärztin	84,00%	16,00%	100%
Oberarzt/-ärztin	82,35%	17,65%	100%
Facharzt/-ärztin	80,00%	20,00%	100%
Assistenzarzt/-ärztin	72,34%	27,66%	100%
In Facharztweiterbildung	78,47%	21,53%	100%

Cramér's V: Alterskategorie: 0,1040; berufliche Position: 0,0724

4 Subjektives Wohlbefinden

Das vierte Kapitel widmet sich dem subjektiven Wohlbefinden der befragten Medizinerinnen und Mediziner. Es befasst sich mit der wahrgenommenen Benachteiligung im Arztberuf und stellt dar, wie zufrieden die Befragten mit ihrer beruflichen Situation sind. In der ökonomischen und soziologischen Literatur ist die Zufriedenheit ein wichtiger Indikator für die Wohlfahrt von Individuen und der Gesamtgesellschaft (vgl. Tucci et al. 2014: 33). Im Hinblick auf die Attraktivität des Arztberufs liefert die berufliche Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit darüber hinaus wichtige Ansatzpunkte, gegebenenfalls die Rahmenbedingungen für Medizinerinnen und Mediziner und für das Fach Medizin insgesamt zu verbessern oder anzupassen. Da auch wahrgenommene Benachteiligungen Auswirkungen auf die Zufriedenheit haben können, analysieren wir im Folgenden zunächst subjektive Benachteiligungserfahrungen, bevor wir anschließend näher auf die Zufriedenheit der Befragten eingehen.

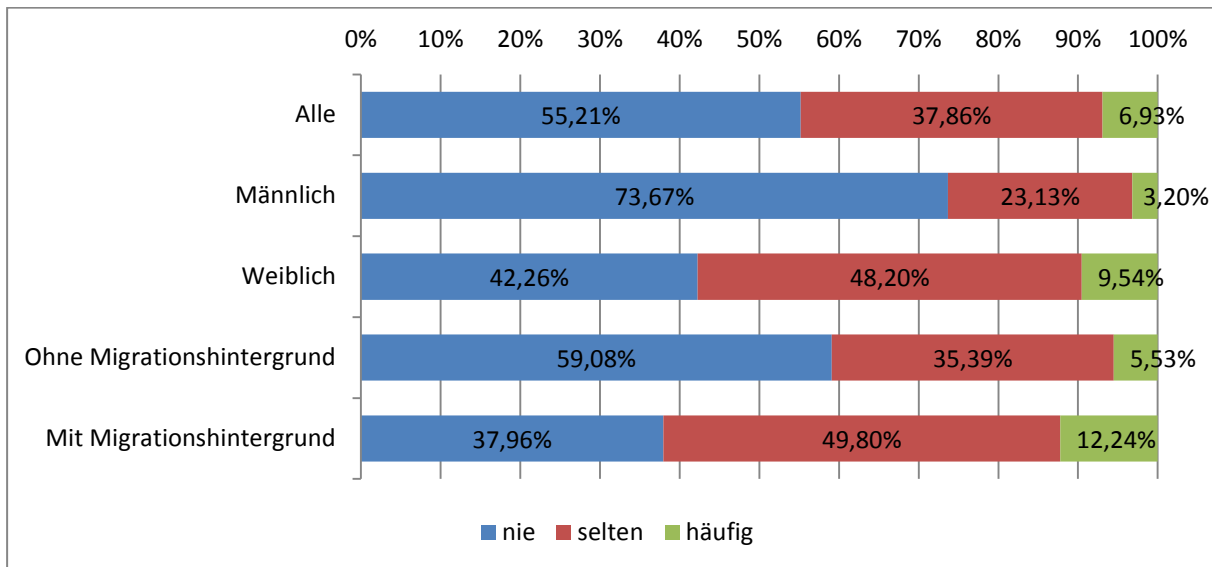
4.1 Wahrgenommene Benachteiligung

Benachteiligung im Alltag oder am Arbeitsplatz kann viele verschiedene Formen annehmen und ist auch im Arztberuf ein Thema. Das Ausmaß tatsächlicher Diskriminierung kann durch unsere Studie nicht erfasst werden. Die Teilnehmenden wurden gefragt, inwieweit sie sich allgemein und in verschiedenen Bereichen, zum Beispiel aufgrund ihrer Herkunft, ihres Geschlechts, ihrer sexuellen Orientierung oder ihres Alters, persönlich benachteiligt gefühlt haben (Antwortoptionen: häufig, selten, nie).

Mehr als die Hälfte aller Befragten (55%) hat sich allgemein noch nie benachteiligt gefühlt (Abbildung 9). Bei Männern (74%) liegt der Wert mehr als 30 Prozentpunkte über dem der Frauen (42%). Umgekehrt geben zehn Prozent der Frauen an, häufig Benachteiligung wahrgenommen zu haben, bei Männern sind dies drei Prozent. Dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen Geschlecht und wahrgenommener Benachteiligung gibt, zeigt auch der mittelstarke Cramér's V-Wert (0,31).

Personen mit Migrationshintergrund fühlten sich ebenfalls eher von Benachteiligung betroffen. Von ihnen geben nur 38 Prozent an, noch nie Benachteiligungserfahrungen gemacht zu haben (im Vergleich zu 59% der Ärztinnen und Ärzte ohne Migrationshintergrund) (Cramér's V=0,18). Zwischen dem Alter der befragten Medizinerinnen und Mediziner und der wahrgenommenen Benachteiligung im Allgemeinen gibt es keinen Zusammenhang (Cramér's V=0,06).

Abbildung 9: Wahrgenommene Benachteiligung allgemein



Cramér's V: Geschlecht: 0,3121; Migrationshintergrund: 0,1751; Alterskategorie: 0,0648

Wahrgenommene Benachteiligung in verschiedenen Bereichen

Die Befragten haben weiterhin angegeben, in welchen Bereichen (im Alltag, bei Ämtern und Behörden und am Arbeitsplatz) sie sich benachteiligt fühlen.

Während bei der wahrgenommenen Benachteiligung allgemein der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gefühl der Benachteiligung (Frauen fühlen sich stärker benachteiligt als Männer, Cramér's V=0,31) stärker als zwischen Migrationshintergrund und Geschlecht ist (Cramér's V=0,18), ist dies bei der Benachteiligung im Alltag umgekehrt (Tabelle 13). 81 Prozent der Befragten ohne Migrationshintergrund haben nie und 18 Prozent selten die Erfahrung gemacht, im Alltag benachteiligt worden zu sein. Unter den Befragten mit Migrationshintergrund sind es 68 bzw. 26 Prozent.

Tabelle 13: Wahrgenommene Benachteiligung im Alltag

	nie	selten	oft	Insgesamt
Alle	78,68%	19,39%	1,93%	100%
Geschlecht				
Männlich	85,30%	12,90%	1,79%	100%
Weiblich	73,92%	24,05%	2,04%	100%
Migrationshintergrund				
Ohne	81,12%	17,93%	0,95%	100%
Mit	68,22%	25,85%	5,93%	100%

Cramér's V: Geschlecht: 0,1400; Migrationshintergrund: 0,1672; Alterskategorie: 0,0293

Auch bei der wahrgenommenen Benachteiligung bei Ämtern und Behörden (Tabelle 14) ist das Zusammenhangsmaß zwischen Migrationshintergrund und Benachteiligungswahrnehmung (Cramér's V=0,22) deutlich höher als das zwischen Geschlecht und Benachteiligungswahrnehmung (Cramér's V=0,12). Acht Prozent der Personen mit Migrationshintergrund berichten, dass sie sich bei Ämtern und Behörden oft benachteiligt fühlten, während dies bei den Ärztinnen und Ärzten ohne Migrationshintergrund weniger als ein Prozent angibt.

Tabelle 14: Wahrgenommene Benachteiligung bei Ämtern und Behörden

	nie	selten	oft	Insgesamt
Alle	83,68%	14,23%	2,09%	100%
Geschlecht				
Männlich	88,51%	9,16%	2,33%	100%
Weiblich	80,20%	17,88%	1,92%	100%
Migrationshintergrund				
Ohne	86,67%	12,57%	0,76%	100%
Mit	72,03%	19,92%	8,05%	100%
Alter (in Jahren)				
25-35	87,76%	10,94%	1,30%	100%
36-45	80,94%	17,56%	1,50%	100%
46-55	84,13%	13,17%	2,69%	100%
56-65 J	80,89%	14,65%	4,46%	100%

Cramér's V: Geschlecht: 0,1232; Migrationshintergrund: 0,2180; Alterskategorie: 0,0745

Zu den Benachteiligungserfahrungen am Arbeitsplatz zählen die wahrgenommene Benachteiligung durch Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte, Pflegepersonal oder andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie durch Patientinnen und Patienten und/oder deren Angehörige (Tabellen 15, 16 und 17).

Es lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der wahrgenommenen Benachteiligung am Arbeitsplatz feststellen. Benachteiligung durch Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte ist dabei unseren Daten nach die häufigste Form der geschlechtsspezifischen Benachteiligung (Tabelle 15). Während sich zehn Prozent der Frauen häufig und 39 Prozent selten durch Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte benachteiligt fühlten, sind dies unter den Männern lediglich drei Prozent (häufig) bzw. 14 Prozent (selten). Benachteiligung durch andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben nur knapp vier, Benachteiligung durch Patientinnen und Patienten und/oder deren Angehörige fünf Prozent der *Ärztinnen* häufig erlebt (28% bzw. 37% haben diese Erfahrungen selten gemacht) (Tabelle 16 und Tabelle 17).

Tabelle 15: Wahrgenommene Benachteiligung durch Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte

	nie	selten	oft	Insgesamt
Alle	64,56%	28,53%	6,91%	100%
Geschlecht				
Männlich	82,83%	14,31%	2,86%	100%
Weiblich	51,69%	38,55%	9,76%	100%
Migrationshintergrund				
Ohne	66,70%	27,09%	6,21%	100%
Mit	56,07%	34,31%	9,62%	100%

Cramér's V: Geschlecht: 0,3207; Migrationshintergrund: 0,0890; Alterskategorie: 0,0673

Tabelle 16: Wahrgenommene Benachteiligung durch andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Pflegepersonal

	nie	selten	oft	Insgesamt
Alle	75,96%	20,99%	3,04%	100%
Geschlecht				
Männlich	86,61%	11,61%	1,79%	100%
Weiblich	68,32%	27,74%	3,94%	100%
Migrationshintergrund				
Ohne	77,99%	19,45%	2,56%	100%
Mit	69,20%	26,16%	4,64%	100%

Cramér's V: Geschlecht: 0,2109; Migrationshintergrund: 0,0836; Alterskategorie: 0,0604

Tabelle 17: Wahrgenommene Benachteiligung durch Patientinnen und Patienten und/oder deren Angehörige

	nie	selten	oft	Insgesamt
Alle	69,82%	26,79%	3,39%	100%
Geschlecht				
Männlich	86,07%	12,86%	1,07%	100%
Weiblich	58,26%	36,70%	5,04%	100%
Migrationshintergrund				
Ohne	72,50%	24,57%	2,93%	100%
Mit	58,75%	36,67%	4,58%	100%

Cramér's V: Geschlecht: 0,2992; Migrationshintergrund: 0,1165; Alterskategorie: 0,0774

Diese Zahlen zeigen, dass sich Frauen häufiger als Männer am Arbeitsplatz benachteiligt fühlten. Die verhältnismäßig hohen Zusammenhangsmaße (Cramér's $V=0,21$ bis $0,32$) weisen darauf hin, dass Benachteiligung aufgrund des Geschlechts im Berufsalltag verstärkt von Medizinerinnen wahrgenommen wird. Auch in den Kommentarspalten der Fragebögen berichten mehrere Ärztinnen von herabwürdigendem Verhalten durch Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen und/oder Pflegepersonal sowie von Benachteiligung bei der Vergabe von Operationen und Verantwortung. Eine Medizinerin berichtet sogar, Kolleginnen würden nach der Geburt eines Kindes „entgegen der Gesetzgebung aus dem OP entfernt und kaltgestellt!“.

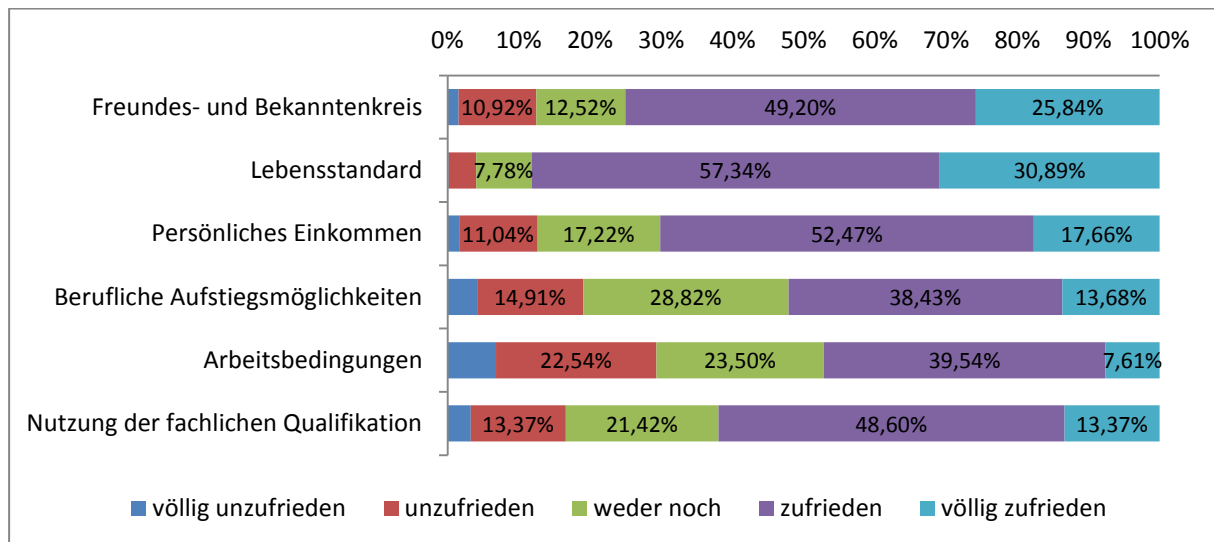
Während zwischen Migrationshintergrund und wahrgenommener Benachteiligung durch Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte (Cramér's $V=0,09$) sowie durch andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Pflegepersonal (Cramér's $V=0,08$) kein Zusammenhang besteht, lässt sich zwischen wahrgenommener Benachteiligung durch Patientinnen und Patienten und/oder deren Angehörige und Migrationshintergrund ein schwacher Zusammenhang feststellen (Cramér's $V=0,12$). Während sich fünf Prozent der Befragten mit Migrationshintergrund durch Patientinnen und Patienten und/oder deren Angehörige oft und 37 Prozent selten benachteiligt fühlten, sind es unter den Befragten ohne Migrationshintergrund nur drei bzw. 25 Prozent. Dies, in Kombination mit der tendenziell höheren Benachteiligungswahrnehmung im Alltag, könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund, die sich benachteiligt fühlten, dies nicht als ein berufsspezifisches Problem wahrnehmen, sondern dazu tendieren, sich generell in der Gesellschaft benachteiligt zu fühlen.

4.2 Zufriedenheit

Seit den bundesweiten und medienwirksamen Ärztestreiks in den Jahren 2006 und 2012 wird auch öffentlich wieder mehr über die Arbeitssituation von Medizinerinnen und Medizinern diskutiert. Dabei wird dem Arztberuf unter anderem eine schlechte Work-Life-Balance sowie unzureichende Bezahlung vor allem zu Beginn der Karriere attestiert (vgl. z.B. Neumann 2012; Nützel 2002; Thoms 2015). Ein weiteres Ziel der durchgeführten Befragung ist daher, das subjektive Wohlbefinden der Ärztinnen und Ärzte am Arbeitsplatz und im Alltag zu untersuchen.

In Abbildung 10 ist die subjektive Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen dargestellt. Am zufriedensten sind die Befragten mit ihrem Lebensstandard (insgesamt sind ca. 88% zufrieden oder völlig zufrieden). Die geringste Zufriedenheit lässt sich bezüglich der Arbeitsbedingungen feststellen. Bei dieser Frage gaben 47 Prozent der Befragten an, zufrieden oder völlig zufrieden zu sein. Allgemein gilt, dass nur wenige Personen völlig unzufrieden sind, mit dem Lebensstandard sogar lediglich 0,15 Prozent der Befragten.

Abbildung 10: Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen



Mit dem persönlichen Einkommen sind 70 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte zufrieden oder völlig zufrieden. Diese Zufriedenheit mit dem Einkommen spiegelt sich allerdings nicht in den offenen Kommentaren der Befragten wieder. Viele Ärztinnen und Ärzte beklagen darin mangelnde finanzielle Entlohnung trotz hoher Arbeitsbelastung und umfassender Qualifikationen.

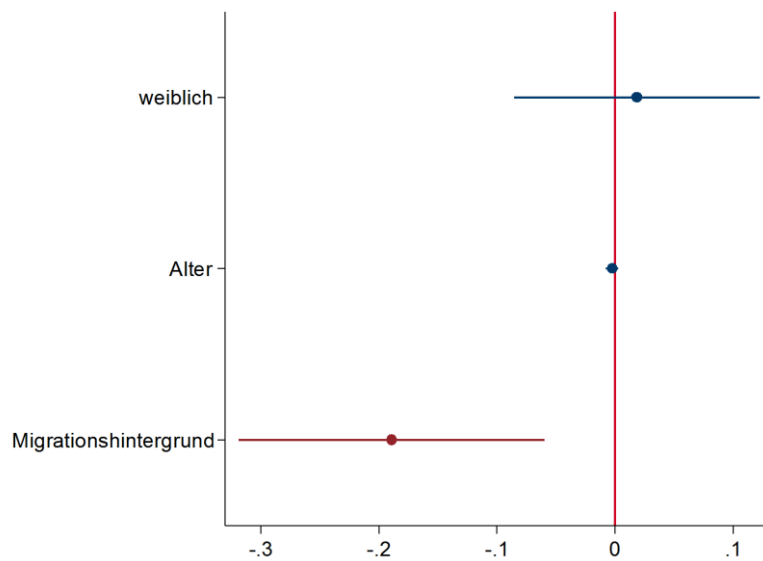
Ohne Kontrolle der beruflichen Position, des Facharztgebietes und der wahrgenommene Benachteiligung am Arbeitsplatz hat weder das Geschlecht noch das Alter einen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Einkommen, dafür der Migrationshintergrund einen negativen (Abbildung 11). Unter Kontrolle der oben genannten Variablen ändert sich dies jedoch. In einem zweiten Regressionsmodell (Abbildung 12) haben wir die Facharztgebiete, die berufliche Position und die wahrgenommene Benachteiligung am Arbeitsplatz berücksichtigt.⁸ Während der Migrationshintergrund nun

⁸ Die wahrgenommene Benachteiligung am Arbeitsplatz ist ein Summenindex aus den Variablen „wahrgenommene Benachteiligung durch Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte“, „wahrgenommene Benachteiligung

keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Einkommen hat, zeigt sich, dass Frauen etwas zufriedener mit ihrem Einkommen sind als gleichaltrige Männer mit gleichem Migrationshintergrund (mit oder ohne), in gleicher beruflicher Position, in gleichem Facharztgebiet tätig und mit gleichem Benachteiligungsgefühl. Dies lässt sich durch die Aufnahme der Variable zur wahrgenommenen Benachteiligung erklären. Personen, die sich am Arbeitsplatz benachteiligt fühlten, sind auch deutlich unzufriedener mit ihrem Einkommen. Da sich die befragten Frauen häufiger von berufsspezifischer Benachteiligung betroffen fühlten (siehe Kapitel 5.1), unterscheiden sich Frauen und Männer in ihrer Zufriedenheit mit ihrem Einkommen nicht, wenn die wahrgenommene Benachteiligung am Arbeitsplatz nicht berücksichtigt wird (Abbildung 11). Wenn jedoch auf die wahrgenommene Benachteiligung am Arbeitsplatz kontrolliert wird, zeigt sich, dass Frauen zufriedener mit ihrem Einkommen sind als Männer (Abbildung 12).

Das Alter hat unter Kontrolle der beruflichen Position, mit der es eine hohe Korrelation aufweist (siehe Kapitel 2.3), sowie aller weiteren Variablen im Modell einen negativen Einfluss auf die Einkommenszufriedenheit. Ältere Personen sind also eher unzufriedener mit ihrem Einkommen als jüngere Ärztinnen und Ärzte mit dem gleichem Geschlecht, gleichem Migrationshintergrund (mit oder ohne), in der gleichen beruflichen Position, im gleichen Fachgebiet tätig und mit gleichem Benachteiligungsgefühl am Arbeitsplatz. Allerdings steigt mit höherer beruflicher Position die Zufriedenheit mit dem Einkommen. So sind Chefärztinnen und Chefärzte, Oberärztinnen und Oberärzte sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zufriedener als die Vergleichsgruppe der stationär tätiger Fachärztinnen und Fachärzte. Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte in der Facharztweiterbildung sind hingegen unzufriedener (auch hier wird auf alle übrigen Variablen im Modell kontrolliert). Bezüglich des Facharztgebietes lässt sich, unter Kontrolle des Geschlechts, Alters, Migrationshintergrundes, der beruflichen Position und des Benachteiligungsgefühls am Arbeitsplatz, aufgrund der Datenlage lediglich sagen, dass Orthopädinnen und Orthopäden und Hals-Nasen-Ohren-Ärztinnen und -Ärzte weniger zufrieden mit ihrem Einkommen sind als die Vergleichsgruppe der Internistinnen und Internisten. Für alle übrigen Werte sind die Zusammenhänge nicht signifikant.

Abbildung 11: Lineare Regression: Zufriedenheit mit dem Einkommen – Modell 1

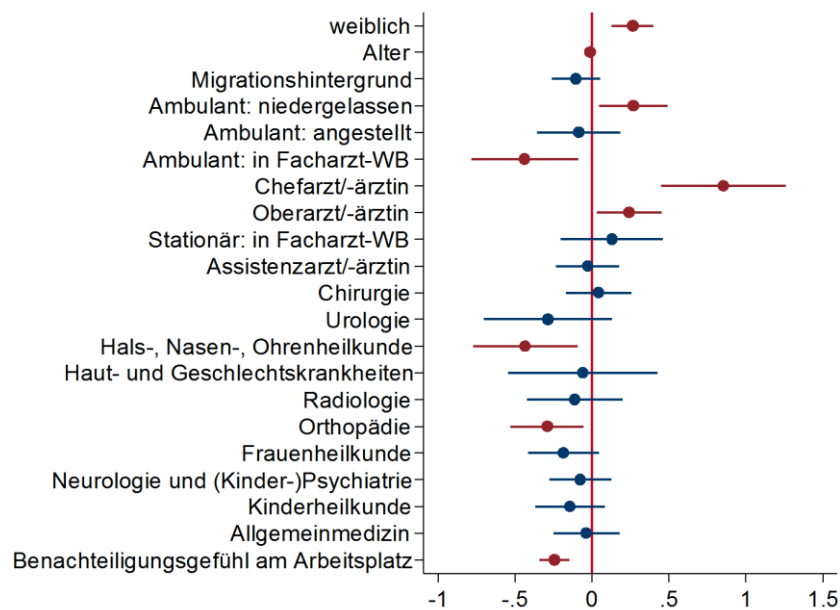


Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 12: Lineare Regression: Zufriedenheit mit dem Einkommen – Modell 2



Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

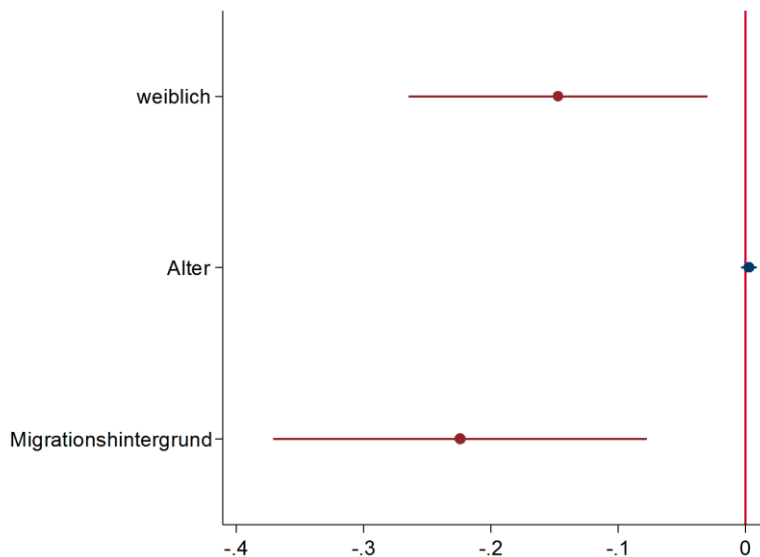
Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär); Facharztgebiet: Innere Medizin.

Abkürzungen: „Ambulant: in Facharzt-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Stationär: in Facharzt-WB“: stationär tätige Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Eine weitere Frage, die zur Zufriedenheit mit der beruflichen Situation in unserer Umfrage gestellt wurde, bezieht sich auf die beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten. Geschlecht und Migrationshintergrund haben hier (unter der Kontrolle dieser Variablen und des Alters) jeweils einen negativen Einfluss (Abbildung 13). Frauen sind also unzufriedener mit ihren beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten als gleichaltrige Männer mit gleichem Migrationshintergrund (mit oder ohne), Personen mit Migrationshintergrund sind unzufriedener als gleichaltrige, gleichgeschlechtliche Personen ohne Migrationshintergrund. Der Einfluss des Geschlechts verändert sich allerdings, wenn zusätzlich zu Alter und Migrationshintergrund auch auf die berufliche Position, das Facharztgebiet und die wahrgenommene Benachteiligung am Arbeitsplatz kontrolliert wird, hin zu einem positiven Effekt (Abbildung 14). Vergleichbar mit der Zufriedenheit mit dem Einkommen sind Personen, die sich am Arbeitsplatz benachteiligt fühlten, darüber hinaus unzufriedener mit ihren Aufstiegschancen (auch hier wird auf die übrigen Variablen im Modell kontrolliert).

Zudem hat die berufliche Position einen deutlichen Effekt auf die Zufriedenheit mit den beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten. Im Vergleich zur Vergleichsgruppe der stationär tätigen Fachärztinnen und Fachärzte sind Ärztinnen und Ärzte in allen anderen beruflichen Positionen signifikant zufriedener (mit Ausnahme von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten – nicht in Weiterbildung –, für die dieser Zusammenhang nicht signifikant ist). Dabei gilt für stationär tätige Ärztinnen und Ärzte: je höher die berufliche Position, desto stärker der Effekt (unter Kontrolle aller übrigen Variablen im Modell). Das Facharztgebiet hat unter Kontrolle des Geschlechts, Alters, Migrationshintergrundes, der beruflichen Position und des Benachteiligungsgefühls am Arbeitsplatz keinen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit mit den beruflichen Aufstiegschancen.

Abbildung 13: Lineare Regression: Zufriedenheit mit den Aufstiegschancen – Modell 1

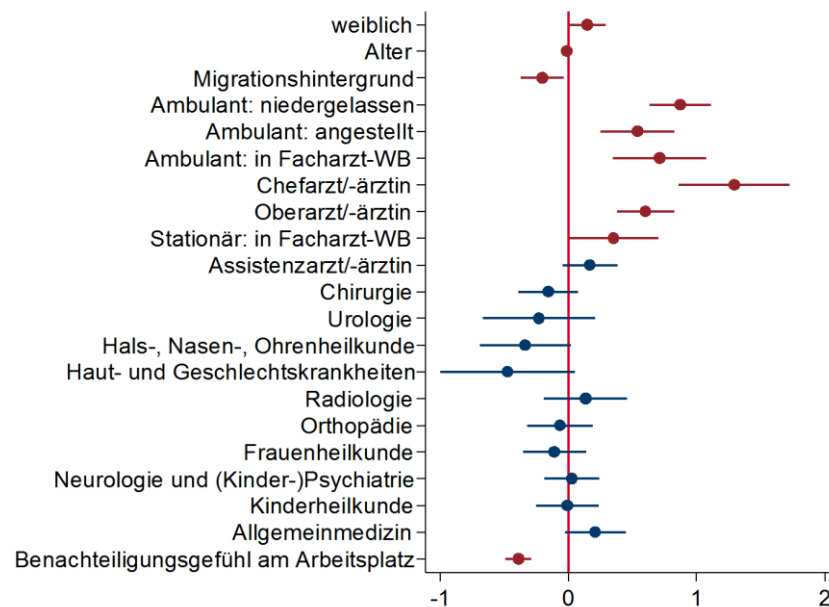


Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 14: Lineare Regression: Zufriedenheit mit Aufstiegschancen – Modell 2



Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

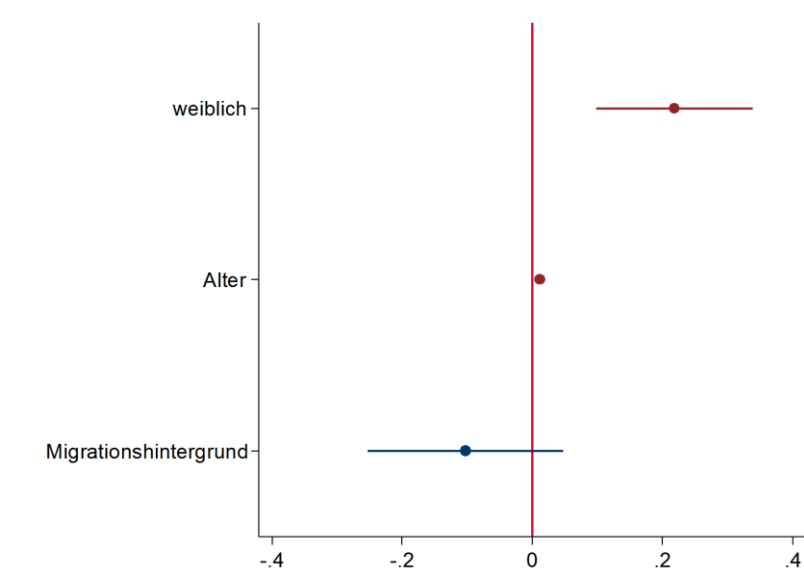
Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär); Facharztgebiet: Innere Medizin.

Abkürzungen: „Ambulant: in Facharzt-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Stationär: in Facharzt-WB“: stationär tätige Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Die nächste Zufriedenheitsfrage erfasst die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen. Wie bereits erwähnt, stellen die Arbeitsbedingungen den Bereich dar, mit dem die befragten Ärztinnen und Ärzte am wenigsten zufrieden sind. Mit den Arbeitsbedingungen sind lediglich 47 Prozent der Befragten zufrieden oder völlig zufrieden. Alter und Geschlecht haben, wie in Modell 1 dargestellt, unter zusätzlicher Kontrolle des Migrationshintergrundes einen positiven Einfluss (Abbildung 15). Wenn darüber hinaus auf die berufliche Position, das Facharztgebiet und das Benachteiligungsgefühl am Arbeitsplatz kontrolliert wird, ist der Alterseffekt jedoch nicht signifikant, während der Geschlechtereffekt signifikant bleibt (Modell 2, Abbildung 16). Frauen sind demnach signifikant zufriedener mit ihren Arbeitsbedingungen als gleichaltrige Männer mit gleichem Migrationshintergrund (mit oder ohne), in gleicher beruflicher Position, im gleichen Facharztgebiet tätig sowie mit gleichem Benachteiligungsgefühl am Arbeitsplatz. Der Grad der wahrgenommenen Benachteiligung am Arbeitsplatz hat hingegen einen negativen Effekt auf die Zufriedenheit: je größer die wahrgenommene Benachteiligung am Arbeitsplatz, desto unzufriedener sind die Ärztinnen und Ärzte mit ihren Arbeitsbedingungen (unter Kontrolle aller übrigen Variablen im Modell).

Des Weiteren zeigt die Regression, dass ambulant angestellte (nicht in der Facharztweiterbildung) und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zufriedener als stationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte sind. Stationär tätige Assistenzärztinnen und Assistenzärzte sind hingegen unzufriedener mit ihren Arbeitsbedingungen (auf alle übrigen Variablen im Modell wird jeweils kontrolliert). Ob dies jedoch am Arbeitsumfeld (Krankenhaus vs. Praxis) oder an der beruflichen Position liegt, lässt sich nicht feststellen. Bezüglich der fachlichen Ausrichtung sind die Zusammenhänge nicht signifikant.

Abbildung 15: Lineare Regression: Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen – Modell 1

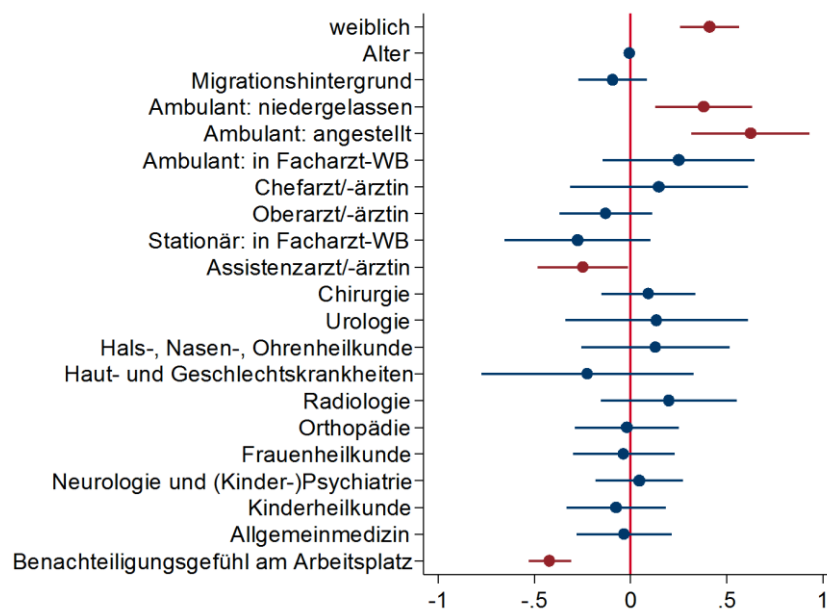


Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 16: Lineare Regression: Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen – Modell 2



Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

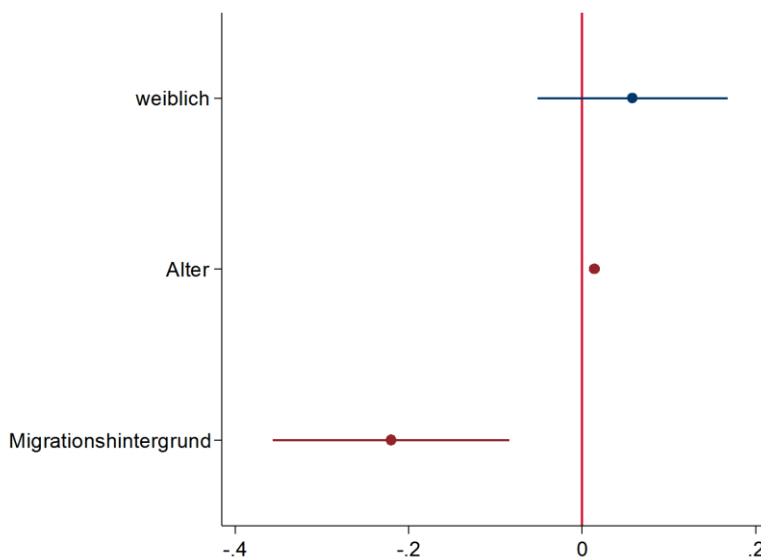
Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär); Facharztgebiet: Innere Medizin.

Abkürzungen: „Ambulant: in Facharzt-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Stationär: in Facharzt-WB“: stationär tätige Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Die letzte Zufriedenheitsfrage bezieht sich auf die Zufriedenheit mit der Nutzung der fachlichen Qualifikationen (Abbildung 17 und Abbildung 18). 62 Prozent der Befragten sind zufrieden oder völlig zufrieden mit der Nutzung ihrer fachlichen Qualifikationen. Modell 1 zeigt unter Kontrolle des Alters, Geschlechts und Migrationshintergrundes einen positiven Einfluss von Alter und einen negativen Einfluss des Migrationshintergrundes. In Modell 2, unter zusätzlicher Kontrolle der beruflichen Position, des Facharztgebietes und der wahrgenommene Benachteiligung am Arbeitsplatz, ist der Alterseffekt nicht mehr signifikant. Der Geschlechtereffekt hingegen ist nun signifikant: Frauen sind zufriedener als Männer (im gleichen Alter, mit gleichem Migrationshintergrund, in gleicher beruflicher Position, in gleichem Facharztgebiet tätig und mit gleichem Benachteiligungsgefühl am Arbeitsplatz). Ebenfalls signifikant und negativ ist der Einfluss der wahrgenommenen Benachteiligung am Arbeitsplatz (auch hier wird auf alle übrigen Variablen im Modell kontrolliert).

Im Hinblick auf die berufliche Position lässt sich sagen, dass ambulant angestellte (nicht in der Facharztweiterbildung) und niedergelassene Medizinerinnen und Mediziner zufriedener sind als stationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte (bei gleichem Geschlecht, gleichem Alter, gleichem Migrationshintergrund, gleichem Facharztgebiet und gleichem Benachteiligungsgefühl am Arbeitsplatz). Das Modell zeigt weiterhin ebenfalls keinen Effekt der fachlichen Ausrichtung.

Abbildung 17: Lineare Regression: Zufriedenheit mit der Nutzung der fachlichen Qualifikation – Modell 1

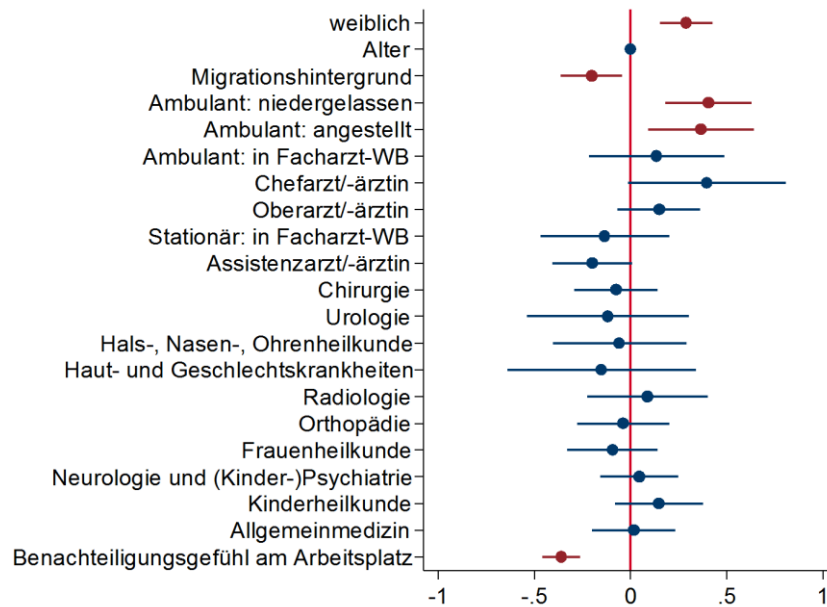


Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 18 Lineare Regression: Zufriedenheit mit der Nutzung der fachlichen Qualifikation – Modell 2



Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär); Facharztgebiet: Innere Medizin.

Abkürzungen: „Ambulant: in Facharzt-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Stationär: in Facharzt-WB“: stationär tätige Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass insbesondere diejenigen Personen, die sich am Arbeitsplatz benachteiligt fühlten, signifikant unzufriedener in allen hier aufgeführten Bereichen des beruflichen Lebens sind. Außerdem zeigt sich, dass in vielen Bereichen ambulant tätige Medizinerinnen und Mediziner zufriedener mit ihrer beruflichen Situation sind als die Vergleichsgruppe der stationär tätigen Fachärztinnen und Fachärzte. Unter Kontrolle der weiteren Merkmale sind Frauen tendenziell zufriedener als Männer. Die fachliche Ausrichtung hat nur hinsichtlich des Einkommens einen Einfluss auf die Zufriedenheit der befragten Ärztinnen und Ärzte.

5 Transnationales Kapital und Migrationspläne

Der fünfte Themenblock beschäftigt sich mit dem transnationalen Kapital und den Migrationsplänen der Befragten. Transnationales Kapital (oftmals auch als kosmopolitisches Kapital bezeichnet) bezieht sich auf die Kompetenzen, das Wissen und die Einstellungen, die es Menschen ermöglichen, sich in einem internationalen Umfeld selbstbewusst zu bewegen (vgl. Weenik 2008). Transnationales Kapital gewinnt für Akademikerinnen und Akademiker in Deutschland auf dem Arbeitsmarkt zunehmend an Bedeutung (vgl. Gerhards und Hans 2013): Fremdsprachenkenntnisse oder Auslandserfahrungen, wie Praktika oder studentischer Austausch, werden immer häufiger Teil des Lebenslaufs und zunehmend von Arbeitgebern erwünscht. In diesem Kapitel gehen wir der Frage nach, inwieweit Ärztinnen und Ärzte über zwei zentrale Formen transnationalen Kapitals verfügen: Auslandserfahrung(en) während des Studiums und Fremdsprachenkenntnisse. Der letzte Teil dieses Kapitels beschäftigt sich mit den Migrationsabsichten der befragten Medizinerinnen und Mediziner.

5.1 Auslandsstudium

23 Prozent der Befragten haben mindestens teilweise im Ausland studiert, also zum Beispiel über Austauschprogramme ein oder mehrere Semester im Ausland verbracht (siehe Tabelle 18). 32 Personen (4%) haben ihr Medizinstudium komplett im Ausland absolviert. Bezüglich des Studiums im In- und Ausland lässt sich ein klarer Alterseffekt erkennen: In den höheren Alterskategorien ist der Anteil der Personen, die mindestens teilweise im Ausland studiert haben, deutlich geringer als bei den jüngeren Befragten. Unter den 25- bis 35-Jährigen hat mehr als ein Viertel (26%) teilweise im Ausland studiert, unter den 56- bis 65-Jährigen hingegen nur zwölf Prozent. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass sich durch die zunehmende Globalisierung und die Zunahme an Austauschprogrammen, vor allem im europäischen Kontext, die Möglichkeiten für einen Auslandsaufenthalt verbessert haben. Zudem ist das Interesse an Auslandserfahrungen gewachsen. Programme wie Sokrates/Erasmus haben die Kosten und den Aufwand einer solchen Erfahrung erheblich verringert. Gleichzeitig hat sich das Konzept des Auslandsstudiums institutionalisiert. An deutschen Universitäten gibt es diesbezüglich eine gute Informationskultur und auch die steigende Anzahl der ausländischen Studierenden an deutschen Universitäten verstärkt diesen Effekt.

Einen Unterschied bezüglich der Auslandserfahrungen während des Studiums lässt sich im Hinblick auf den Migrationshintergrund der Befragten erkennen. Doppelt so viele Personen mit Migrationshintergrund haben im Ausland studiert im Vergleich zu denjenigen ohne Migrationshintergrund. Cramér's V (0,19) weist auf einen schwachen Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Studium im In- und Ausland hin. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass Personen mit Migrationshintergrund womöglich auf mehr transnationales Kapital zurückgreifen können, wie beispielsweise Sprachkenntnisse, Kontakte ins Herkunftsland der Eltern, eine emotionale Bindung zu diesem oder Verwandte, die dort leben. Dies könnte die Motivation für einen Auslandsaufenthalt bestärken.

Tabelle 18: Studium im In- und Ausland

	Studium	nur in DE	auch im Ausland	Insgesamt
Alle		77,10%	22,90%	100%
Migrationshintergrund				
Ohne		80,77%	19,23%	100%
Mit		59,91%	40,09%	100%
Alter (in Jahren)				
25-35		74,48%	25,52%	100%
36-45		73,89%	26,11%	100%
46-55		79,51%	20,49%	100%
56-65		88,16%	11,84%	100%

Cramér's V: Migrationshintergrund: 0,1905; Alterskategorie: 0,1092

5.2 Sprachkenntnisse

Fast alle Befragten (96%) geben Deutsch als Muttersprache an, knapp vier Prozent haben eine andere Muttersprache (Tabelle 19). Neben ihrer Muttersprache beherrschen die befragten Ärztinnen und Ärzte noch mindestens eine weitere Sprache (Tabelle 20). Die meisten Befragten sprechen drei bis vier Sprachen. Ärztinnen und Ärzte ohne Migrationshintergrund sprechen durchschnittlich etwas mehr Sprachen als diejenigen mit Migrationshintergrund, mehr transnationales Kapital in Form von Sprachkenntnissen besitzen Letztere demnach nicht.

Tabelle 19: Muttersprache

	Anzahl	Prozent
Deutsch als Muttersprache	1.302	96,09%
Andere Muttersprache	53	3,91%
Insgesamt	1.355	100%

Tabelle 20: Anzahl gesprochener Sprachen

	1	2	3	4	5 und mehr Sprachen	Insgesamt	Durchschnitt
Alle	0,66%	15,20%	41,92%	28,71%	13,5%	100%	3,4
Geschlecht							
Männlich	0,91%	19,85%	40,26%	22,95%	15,85%	100%	3,4
Weiblich	0,50%	12,06%	43,03%	32,59%	11,81%	100%	3,5
Migrationshintergrund							
Ohne	0,47%	16,34%	43,63%	28,05%	11,52%	100%	3,4
Mit	0,41%	9,05%	34,16%	32,51%	23,86%	100%	3,8
Alter							
25-35 Jahre	0,26%	11,00%	50,38%	29,92%	8,44%	100%	3,4
36-45 Jahre	0,22%	16,81%	38,15%	29,09%	15,74%	100%	3,5
46-55 Jahre	1,16%	16,57%	39,24%	27,33%	15,69%	100%	3,5
56-65 Jahre	1,92%	17,95%	37,82%	27,56%	14,75%	100%	3,4

Cramér's V: Geschlecht: 0,1532; Migrationshintergrund: 0,1731; Alterskategorie: 0,1073

Überraschenderweise lässt sich nur ein schwacher Alterseffekt feststellen (Cramér's $V=0,11$), welcher sich auch durch einen Mittelwertvergleich der Alterskategorien nicht bestätigt.⁹ Jüngere Medizinerinnen und Mediziner sprechen somit nicht per se mehr Fremdsprachen als ältere.

In Tabelle 21 sind die am häufigsten gesprochenen Sprachen der Befragten aufgelistet. Hierbei wurden nur Sprachkenntnisse berücksichtigt, die mindestens „fortgeschritten“ beherrscht werden (mindestens B1).¹⁰ Die am häufigsten genannte Fremdsprache ist Englisch (97% aller Befragten geben Englischkenntnisse auf mindestens Sprachniveau B1 an). Dies ist nicht verwunderlich, da Englisch seit langem Pflichtfach an deutschen Schulen ist und auch im Alltag und Beruf Anwendung findet. Mit knapp 65 Prozent folgt Französisch mit deutlichem Abstand auf dem zweiten Rang. Vor allem im Südwesten Deutschlands wird in der schulischen Ausbildung, nicht zuletzt wegen der Programme zur Förderung der deutsch-französischen Freundschaft, großen Wert auf französischsprachige Bildung gelegt. Etwas überraschend ist es folglich, dass kein französischsprachiges Land unter die zehn meistgenannten Migrationsziele gelangt ist (siehe Abschnitt 5.3).

Tabelle 21: Die zehn am häufigsten genannten Fremdsprachen

Sprache	Anzahl genannte Fremdsprachen	Prozent der Befragten
Englisch	1.349	97,19%
Französisch	899	64,77%
Spanisch	320	23,05%
Italienisch	187	13,47%
Russisch	114	8,21%
Latein	111	8,00%
Deutsch	58	4,18%
Niederländisch	40	2,88%
Portugiesisch	32	2,31%
Schwedisch	25	1,80%

5.3 Migrationsabsicht

Die Ärztinnen und Ärzte wurden des Weiteren zu ihrer Migrationsabsicht befragt. Die Frage lautete, ob sie in letzter Zeit ernsthaft mit dem Gedanken gespielt haben, für längere Zeit oder für immer ins Ausland zu gehen. Dies verneinten 69 Prozent der Befragten. Acht Prozent beantworteten diese Frage mit *Ja, für immer*. Die Ergebnisse sind in Tabelle 22 und Abbildung 19 dargestellt.

Männer können sich eher als Frauen vorstellen zu emigrieren. 73 Prozent der weiblichen Befragten antworteten mit *Nein* im Vergleich zu 63 Prozent der männlichen Befragten. Dabei unterscheidet sich das Antwortverhalten nach Geschlecht auch bezüglich der Länge des angestrebten Aufenthalts. Männer spielen mehr als doppelt so häufig mit dem Gedanken, *für immer* ins Ausland zu gehen als Frauen (12% vs. 5%).

⁹ Dies zeigt sich sowohl durch den deskriptiven Vergleich der kategorialen Mittelwerte (Unterschied der Mittelwerte $< 0,2$) als auch durch einen T-test mit zwei Alterskategorien.

¹⁰ Im Fragebogen wurde auch das Sprachniveau der jeweils angegebenen Fremdsprachen erhoben. Die Selbsteinschätzung der Befragten richtet sich nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GER). Dieser unterscheidet drei grundlegende Sprachniveaus (A, B, C) und insgesamt sechs Sprachniveaustufen: A1 – Anfängerinnen/Anfänger, A2 – Grundlegende Kenntnisse, B1 – Fortgeschrittene Sprachverwendung, B2 – Selbständige Sprachverwendung, C1 – Fachkundige Sprachkenntnisse, C2 – Annähernd muttersprachliche Kenntnisse.

Migrationshintergrund und berufliche Position haben einen leichten Einfluss auf die Migrationsabsicht. Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund können es sich eher vorstellen dauerhaft zu emigrieren: Sie gaben fast doppelt so häufig wie Befragte ohne Migrationshintergrund an, mit dem Gedanken gespielt zu haben, Deutschland für immer zu verlassen (13% vs. 7%). Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund, der sich vorstellen könnte auszuwandern, ist neun Prozentpunkte höher als der Anteil der Befragten ohne Migrationshintergrund. Dies könnte daran liegen, dass – wie bereits im Abschnitt zum Studienland der Befragten angesprochen (Abschnitt 5.1) – manchen Befragten mit Migrationshintergrund der Gedanke einer Migration womöglich näher liegt. Dieser Zusammenhang ist jedoch unter Kontrolle der wahrgenommenen allgemeinen Benachteiligung und der Zufriedenheit nicht signifikant (Abbildung 19). Eine mögliche Interpretation dafür ist, dass die Auswanderungsbereitschaft von Deutschen mit Migrationshintergrund auf Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und wahrgenommene Benachteiligung zurückzuführen sein könnte.

Bezüglich der beruflichen Position lässt sich aus den Daten in Tabelle 22 ablesen, dass ambulant arbeitende Ärztinnen und Ärzte der Migration etwas abgeneigter sind als stationär tätige. Interessant ist des Weiteren, dass es jeweils keine Zusammenhänge zwischen dem Partnerschaftsstatus und der Migrationsabsicht sowie zwischen dem Alter und der Migrationsabsicht gibt (Cramér's $V < 0,1$). Diese Befunde sind gegenläufig zur bisherigen Migrationsforschung, die davon ausgeht, dass Auswandernde überwiegend jung und ohne feste Partnerschaft sind (vgl. SVR-Forschungsbereich 2015). Diese kontraintuitiven Ergebnisse könnten dadurch erklärt werden, dass wir lediglich nach der Migrationsabsicht der Ärztinnen und Ärzte gefragt haben und diese nicht zwangsläufig auch umgesetzt werden.

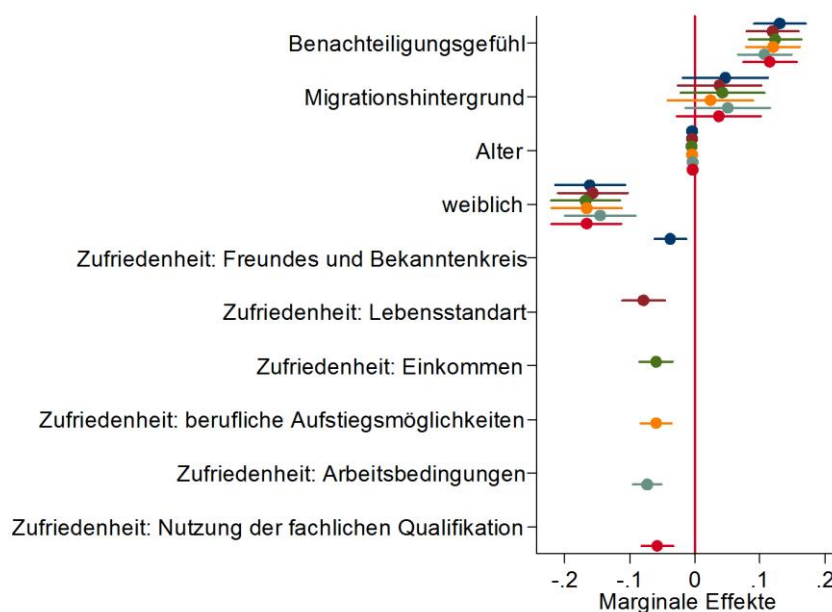
Tabelle 22: Migrationsabsicht

Ins Ausland gehen:	ja, für einige Monate	ja, für einige Jahre	ja, für immer	nein	mehrere Angaben	Insgesamt
Alle	8,07%	13,52%	7,92%	68,90%	1,60%	100%
Geschlecht						
Männlich	7,46%	16,34%	11,90%	62,70%	1,60%	100%
Weiblich	8,51%	11,47%	5,18%	73,24%	1,60%	100%
Migrationshintergrund						
Ohne	8,10%	12,85%	6,98%	70,76%	1,30%	100%
Mit	6,12%	15,92%	12,65%	62,45%	2,86%	100%
Berufliche Position						
Ambulant:						
Niedergelassen	4,60%	8,37%	11,72%	74,90%	0,42%	100%
Angestellt	7,78%	13,33%	5,56%	73,33%	0,00%	100%
In Facharztweiterbildung	2,13%	10,64%	6,38%	78,72%	2,13%	100%
Stationär:						
Chefarzt/-ärztin	3,13%	15,63%	15,63%	65,63%	0,00%	100%
Oberarzt/-ärztin	7,76%	15,09%	8,19%	65,52%	3,45%	100%
Facharzt/-ärztin	11,46 %	14,58%	6,77%	66,15%	1,04%	100%
Assistenzarzt/-ärztin	8,62%	17,24%	6,90%	65,52%	1,72%	100%
In Facharztweiterbildung	12,14%	16,29%	5,75%	64,22%	1,60%	100%

Cramér's V: Geschlecht: 0,1492; Migrationshintergrund: 0,1081; berufliche Position: 0,1058; Partnerschaft: 0,0818; Alterskategorie: 0,0779

Abbildung 19 zeigt den Zusammenhang zwischen den in Kapitel 4.2 dargestellten Zufriedenheitsdimensionen sowie der wahrgenommenen Benachteiligung im Allgemeinen und den Migrationsabsichten. Für jede der sechs Zufriedenheitsdimensionen (Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis, mit dem Lebensstandard, mit dem persönlichen Einkommen, mit den beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten, mit den Arbeitsbedingungen und mit der Nutzung fachlicher Qualifikationen) wurde eine Regression gerechnet, die alle Dimensionen – farblich voneinander abgehoben – in einer Grafik dargestellt sind. Es zeigen sich mehrere signifikante Zusammenhänge: über alle Zufriedenheitsdimensionen hinweg spielen Personen, die sich benachteiligt fühlten, eher mit dem Gedanken auszuwandern. Alter und Geschlecht weisen jeweils einen signifikanten negativen Effekt auf. Je älter die Befragten sind, desto geringer sind ihre Ambitionen auszuwandern (bei gleichem Benachteiligungsgefühl, gleicher Zufriedenheit in den jeweiligen Bereichen, gleichem Migrationshintergrund und gleichem Geschlecht). Ebenso möchten Frauen im Vergleich zu Männern weniger wahrscheinlich ins Ausland gehen (unter Kontrolle aller anderen im Modell aufgeführten Variablen). Des Weiteren gilt: je zufriedener eine Ärztin/ein Arzt im jeweiligen Lebensbereich ist, desto weniger wahrscheinlich überlegt sie/er, ins Ausland zu wechseln.

Abbildung 19: Marginale Effekte logistischer Regressionen der Migrationsabsichten



Anmerkung:

Die Grafik zeigt die Ergebnisse sechs einzelner Regressionen mit jeweils einer spezifischen Zufriedenheitsdimension (in unterschiedlichen Farben: Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis, dem Lebensstandard, dem Einkommen, den beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten, den Arbeitsbedingungen und der Nutzung fachlicher Qualifikationen). Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall.

Referenzkategorien: Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund; Geschlecht: männlich.

Es ist jedoch anzumerken, dass nicht nur die zuvor untersuchten Faktoren die Migrationsabsicht beeinflussen könnten. Im offenen Kommentarfeld zu dieser Frage wurden von den Befragten vielfach berufsunabhängige Gründe angesprochen, wie zum Beispiel das Klima, der Wunsch, den eigenen Horizont zu erweitern, eine Partnerschaft mit einer im Ausland lebenden Person oder Entwicklungs- oder Krisenhilfe zu leisten.

Die Befragten wurden des Weiteren aufgefordert anzugeben, in welches Land/welche Länder sie beabsichtigen zu gehen. Die Schweiz wurde mit deutlichem Vorsprung als häufigstes Migrationsziel genannt (129 Nennungen). Tabelle 23 zeigt die acht Länder, die mindestens 25 Mal genannt wurden. Dabei ist zu beachten, dass die Popularität von Schweden und Norwegen eventuell unterschätzt wurde, da 25 befragte Ärztinnen und Ärzte die Region *Skandinavien* statt eines spezifischen Landesnamens angaben. Die beliebtesten Migrationsziele der Befragten entsprechen (mit der Ausnahme von Österreich) den Hauptmigrationszielen der deutschen Medizinerinnen und Mediziner, die 2015 ausgewandert sind. Laut der Statistik der Bundesärztekammer (vgl. Bundesärztekammer 2016) sind Ärztinnen und Ärzte im Jahre 2015 mit Abstand am häufigsten in die Schweiz emigriert, gefolgt von Österreich und den USA. Skandinavien und das Vereinigte Königreich waren ebenfalls beliebte Ziel-länder. Besonders attraktiv sind englisch- und deutschsprachige Länder, da dort durch die vorhandenen Sprachkenntnisse die Barrieren der Berufsausübung geringer sind. Die Länder, die von unseren Befragten am häufigsten als Auswanderungsziel genannt wurden, sind auch Länder, die entweder mit besseren Arbeits- und Einkommensbedingungen (wie die Schweiz, das Vereinigte Königreich, Skandinavien oder die USA) oder mit einer höheren Lebensqualität (wie beispielweise Australien, Neuseeland oder Skandinavien) assoziiert werden.

Tabelle 23: Beliebteste Migrationsziele

	Nennungen
Schweiz	129
Vereinigtes Königreich	57
Vereinigte Staaten von Amerika	53
Australien	40
Schweden	38
Norwegen	30
Neuseeland	23
Skandinavien	25

6 Einstellungen zum Fachkräftemangel

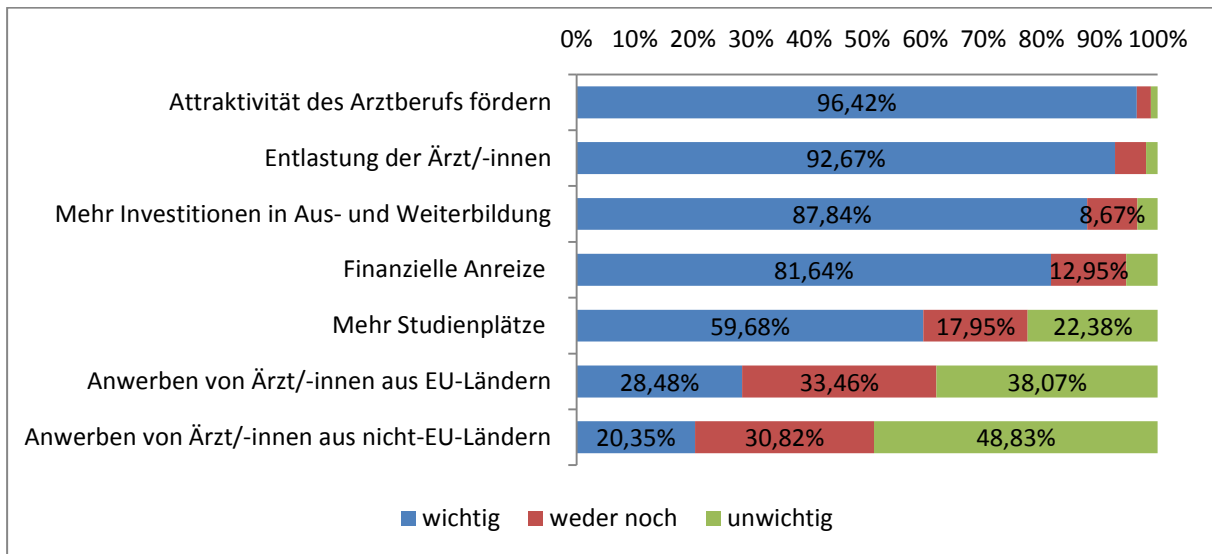
Nachdem in den 1990er Jahren von einer „Ärztenschwemme“ die Rede war, herrschen in manchen Regionen Deutschlands derzeit Fachkräfteengpässe (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2016), die in absehbarer Zeit wohl nicht durch einheimische Medizinerinnen und Mediziner ausgeglichen werden können (vgl. Zeit Online 2015). Ursachen hierfür könnten neben dem demographischen Wandel auch darin liegen, dass Studienplätze im medizinischen Bereich stark begrenzt sind. Zusätzlich ist der Arbeitsalltag, vor allem zu Beginn der Karriere, durch eine große Arbeitsbelastung gekennzeichnet, was wiederum Auswirkungen auf die Attraktivität des Arztberufs haben könnte.

Im öffentlichen Diskurs werden verschiedene Lösungen diskutiert, um dem Ärztemangel in Deutschland zu begegnen. In unserer Umfrage wurden die Ärztinnen und Ärzte danach gefragt, als wie wichtig sie diese Vorschläge erachten (äußerst wichtig, eher wichtig, weder wichtig noch unwichtig, eher unwichtig und überhaupt nicht wichtig).¹¹ In Abbildung 20 sind die Positionierungen der Befragten zu den verschiedenen Lösungsvorschlägen dargestellt. Die meiste Zustimmung (96%) haben demnach Maßnahmen, die die Attraktivität des Arztberufes fördern (zum Beispiel Vereinbarkeit von Beruf und Familie, bessere Bezahlung). Auch eine Entlastung der Ärztinnen und Ärzte beispielsweise durch Verwaltungsfachkräfte erachten 93 Prozent der Befragten als wichtiges Instrument gegen einen Ärztemangel. Eine wichtige Rolle spielen für die meisten Ärztinnen und Ärzte darüber hinaus mehr Investitionen in die Aus- und Weiterbildung sowie finanzielle Anreize und Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte in ärztlich unterversorgten Regionen (88% bzw. 82% sehen diese Maßnahmen als wichtig an). Die überwiegende Mehrheit der Befragten (60%) hält außerdem mehr Studienplätze/Fakultäten an Universitäten für wichtig. Der Anwerbung von Ärztinnen und Ärzten aus anderen Ländern stehen die befragten Ärztinnen und Ärzte hingegen vergleichsweise kritisch gegenüber. Die Anwerbung von Ärztinnen und Ärzten aus dem EU-Ausland finden 28 Prozent der Befragten wichtig, die Anwerbung von nicht-EU-Ausländern lediglich 20 Prozent.

Einige der Befragten vermerkten in den offenen Kommentarspalten, dass es keinen allgemeinen Ärztemangel gäbe, sondern dieser lediglich in spezifischen Facharztgebieten problematisch sei. Dies führen einige der Kommentierenden beispielsweise auf die geschlechtsspezifische Wahl des Facharztgebietes zurück.

¹¹ Die Frage lautete: „In Deutschland wird mancherorts von einem Ärztemangel gesprochen. In diesem Zusammenhang werden verschiedene Lösungen diskutiert. Für wie wichtig halten Sie folgende Vorschläge, um dem Ärztemangel zu begegnen?“ Antwortoptionen: mehr Studienplätze/Fakultäten an Universitäten; mehr Investitionen in die Aus- und Weiterbildung; Attraktivität des Arztberufs fördern (z.B. Vereinbarkeit von Beruf und Familie, bessere Bezahlung); Entlastung der Ärztinnen/Ärzte bspw. durch Verwaltungsfachkräfte; finanzielle Anreize und Unterstützung für Ärztinnen/Ärzte in ärztlich unterversorgten Regionen; Anwerbung von Ärztinnen/Ärzten aus anderen EU-Ländern; Anwerbung von Ärztinnen/Ärzten aus nicht-EU-Ländern.

Abbildung 20: Einstellungen zu Lösungsvorschlägen des Ärztemangels

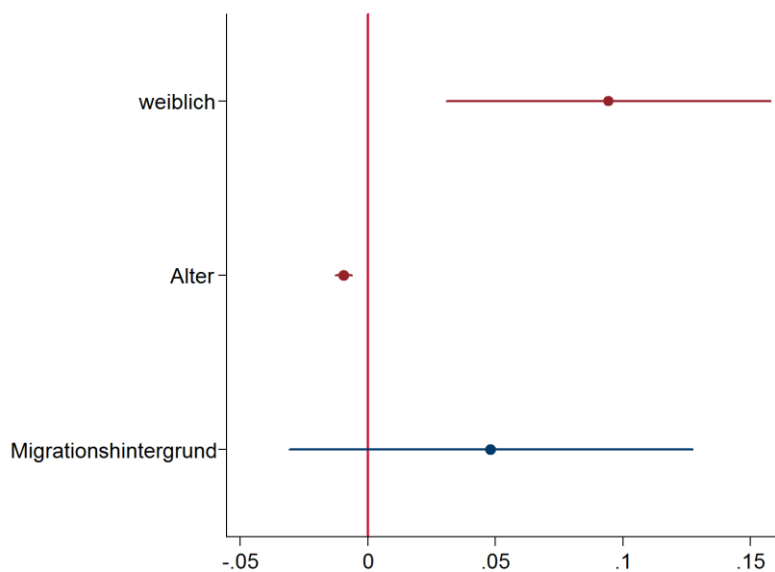


Im Folgenden wird mittels linearer Regressionen untersucht, welche Merkmale die Einstellungen zu den Lösungsvorschlägen bezüglich des Ärztemangels beeinflussen. Dabei ist jedoch anzumerken, dass nur wenige Zusammenhänge signifikant sind.

Die Attraktivität des Arztberufs zu steigern halten fast alle Befragten für wichtig (Abbildung 20). Abbildung 21 (Modell 1) zeigt einen signifikanten und positiven Effekt des Geschlechts. Dies bedeutet, dass Frauen dieser Maßnahme mehr Bedeutung beimessen als gleichaltrige Männer mit dem gleichen Migrationshintergrund (mit und ohne). Unter zusätzlicher Kontrolle der beruflichen Merkmale (Größe des Arbeitsortes, berufliche Position, Facharztgebiet) ist dieser Effekt allerdings nicht signifikant (Abbildung 22, Modell 2).

Beide Modelle zeigen einen negativen Effekt des Alters auf die Einstellung bezüglich des Lösungsvorschlags die Attraktivität des Arztberufs zu fördern. Mit steigendem Alter wird dieser Maßnahme gegen den Ärztemangel weniger Bedeutung zugesprochen (unter Kontrolle der übrigen Variablen im Modell). Die Auswertung der Zusammenhänge der Fachrichtung mit dieser Einstellungsdimension zeigt, dass Chirurginnen und Chirurgen dieser Maßnahme kritischer gegenüberstehen als die Vergleichsgruppe der Internistinnen und Internisten, wenn auf alle übrigen Variablen im Modell kontrolliert wird (Abbildung 22).

Abbildung 21: Lineare Regression: Attraktivität des Arztberufes fördern – Modell 1

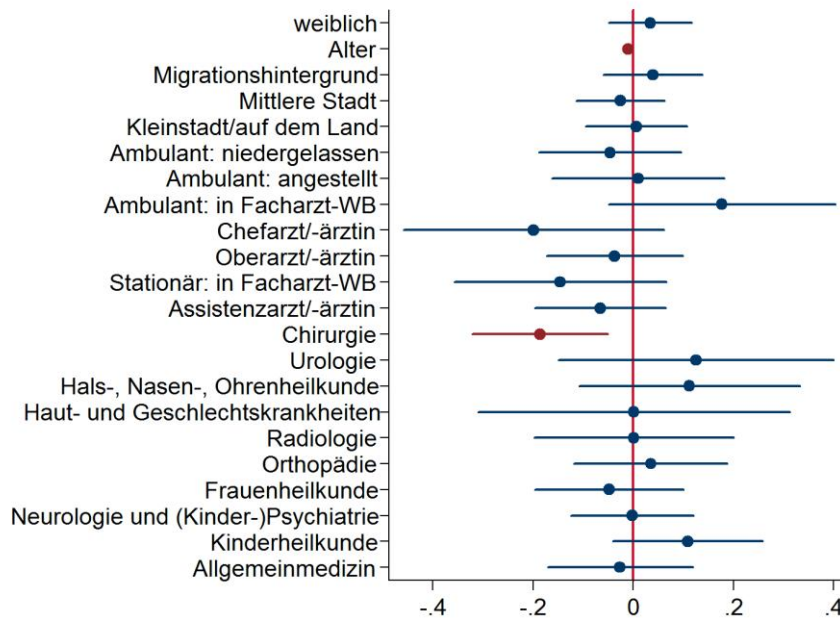


Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 22: Lineare Regression: Attraktivität des Arztberufes fördern – Modell 2



Anmerkung:

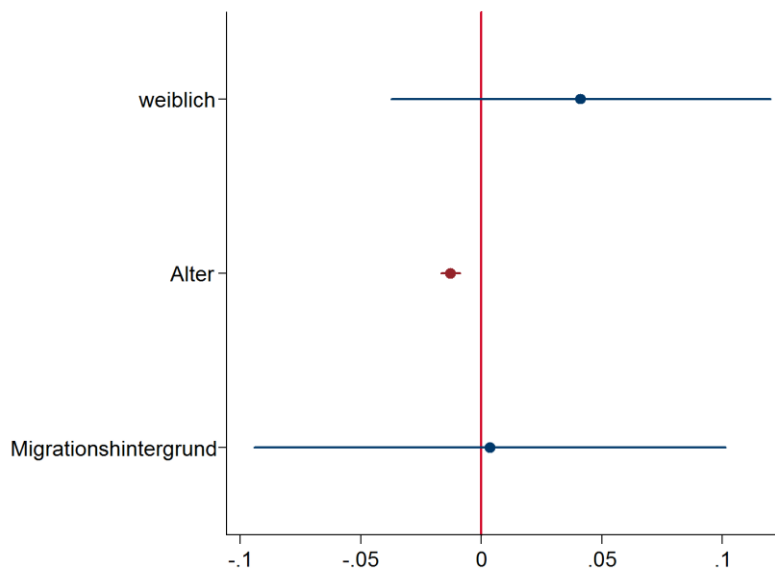
Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund; Arbeitsort: Großstadt; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär); Facharztgebiet: Innere Medizin.

Abkürzungen: „Ambulant: in Facharzt-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Stationär: in Facharzt-WB“: stationär tätige Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Bei der Frage nach der Bewertung der Maßnahme, Ärztinnen und Ärzten beispielsweise durch Verwaltungsfachangestellte zu entlasten, zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter (Abbildung 23 und Abbildung 24). Unter Kontrolle der anderen Variablen im Modell glauben jüngere Befragte eher, dass mit dieser Maßnahme dem Fachkräftemangel begegnet werden sollte. Dies kann zum Beispiel daran liegen, dass an ihnen ein größerer Teil des Verwaltungsaufwandes hängen bleibt. Der Zusammenhang zwischen der Zustimmung zu dieser Maßnahme und der beruflichen Position bestätigt dies allerdings nicht. Des Weiteren erachten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte diese Entlastung weniger wichtig als stationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte (auch hier wird auf die anderen Variablen im Modell kontrolliert).

Abbildung 23: Lineare Regression: Entlastung der Ärztinnen und Ärzte – Modell 1

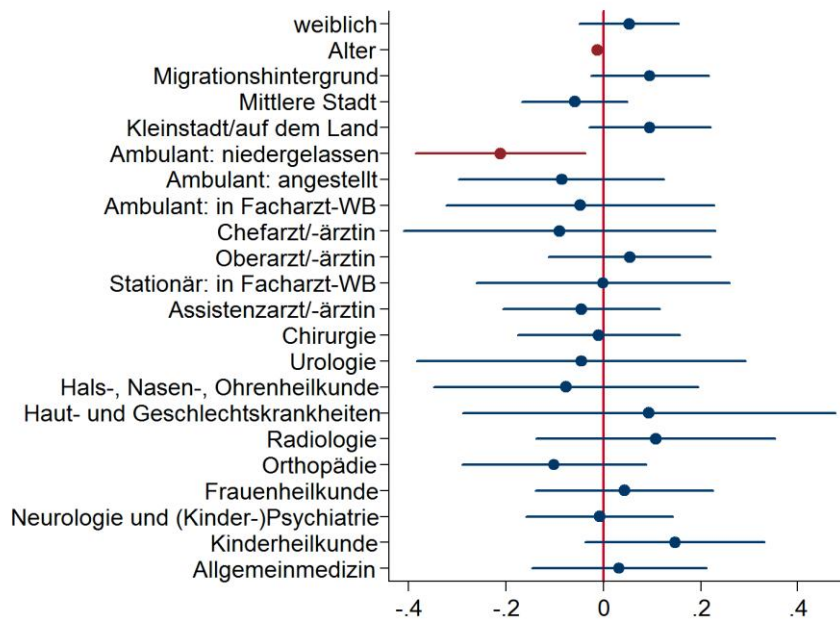


Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 24: Lineare Regression: Entlastung der Ärztinnen und Ärzte – Modell 2



Anmerkung:

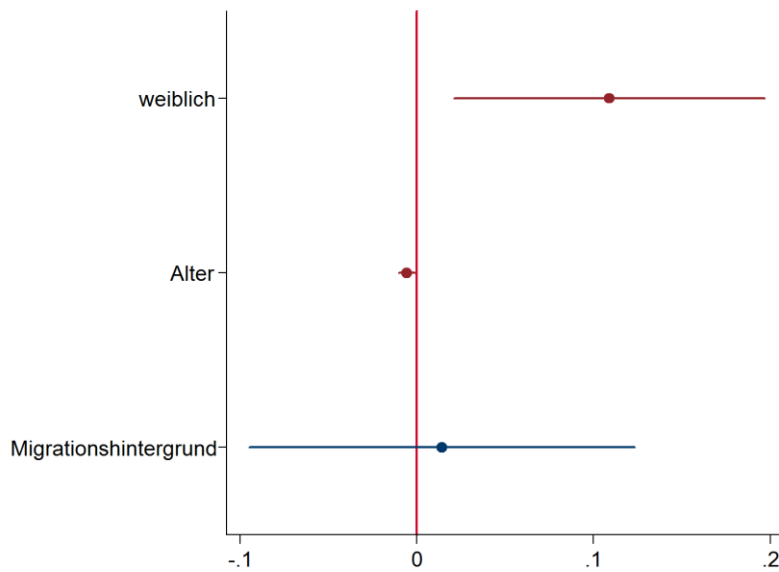
Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund; Arbeitsort: Großstadt; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär); Facharztgebiet: Innere Medizin.

Abkürzungen: „Ambulant: in Facharzt-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Stationär: in Facharzt-WB“: stationär tätige Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Dem Lösungsvorschlag, mit mehr Investitionen in Aus- und Weiterbildung gegen den Ärztemangel vorzugehen, stimmen Frauen eher zu als gleichaltrige Männer mit dem gleichen Migrationshintergrund (Abbildung 25). Dieser Effekt verschwindet jedoch unter Kontrolle der beruflichen Merkmale (Abbildung 26). Einen schwachen negativen Effekt hat das Alter: Mit zunehmendem Alter sprechen die Befragten diesem Vorschlag weniger Bedeutung zu (unter Kontrolle der Variablen Geschlecht, Migrationshintergrund, Größe des Arbeitsortes, berufliche Position und Facharztgebiet).

Abbildung 25: Lineare Regression: Mehr Investitionen in Aus- und Weiterbildung – Modell 1

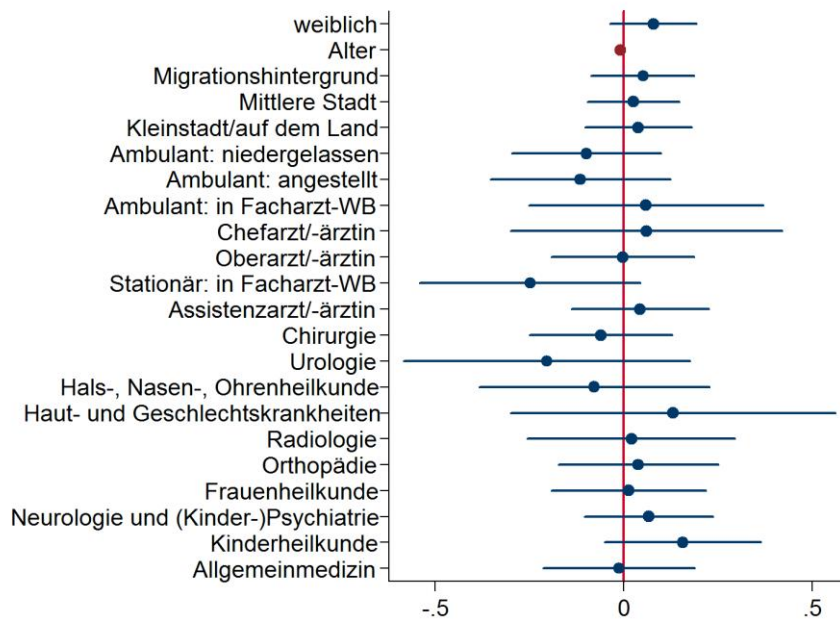


Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 26: Lineare Regression: Mehr Investitionen in Aus- und Weiterbildung - Modell 2



Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

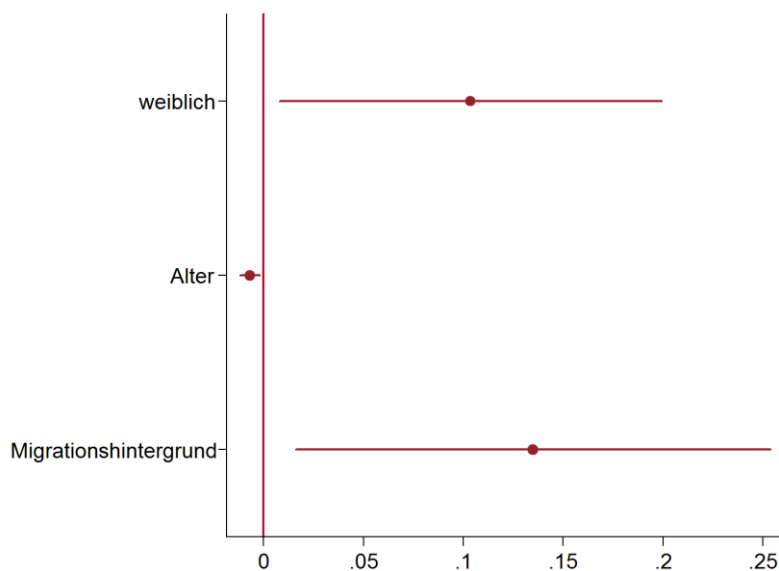
Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund; Arbeitsort: Großstadt; beruflich Position: Facharzt/-ärztin (stationär); Facharztgebiet: Innere Medizin.

Abkürzungen: „Ambulant: in Facharzt-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Stationär: in Facharzt-WB“: stationär tätige Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Abbildung 27 und Abbildung 28 stellen die Einstellungen gegenüber finanzieller Anreize und Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten Regionen dar. Frauen, jüngere Ärztinnen und Ärzte sowie Befragte mit Migrationshintergrund sind diesem Vorschlag gegenüber positiver eingestellt als Männer, ältere Ärztinnen und Ärzte sowie Befragte ohne Migrationshintergrund (unter Kontrolle der jeweils anderen Variablen in Modell 1). Der Geschlechtereffekt und der Alterseffekt verlieren jedoch ihre Signifikanz unter Kontrolle der beruflichen Situation (Modell 2). Bestehen bleibt der Effekt des Migrationshintergrundes: Befragte mit Migrationshintergrund stimmen diesem Vorschlag eher zu als Befragte ohne Migrationshintergrund (mit dem jeweils gleichen Geschlecht, im gleichen Alter, ähnlich großem Arbeitsort, gleicher beruflicher Position und gleichem Facharztgebiet).

Bezüglich der beruflichen Merkmale gibt es lediglich mit einer Facharzttrichtung einen signifikanten Zusammenhang mit der Einstellung gegenüber finanziellen Anreizen und Unterstützung: Medizinerinnen und Mediziner im Fachgebiet Frauenheilkunde unterstützen diese Maßnahme eher als die Vergleichsgruppe der Internistinnen und Internisten.

Abbildung 27: Lineare Regression: Finanzielle Anreize und Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte in ärztlich unterversorgten Regionen – Modell 1

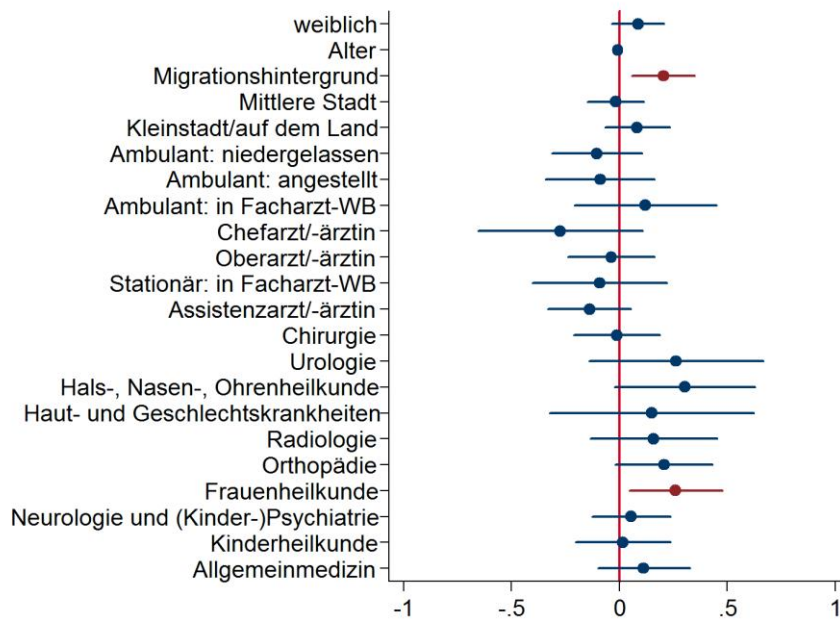


Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 28: Lineare Regression: Finanzielle Anreize und Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte in ärztlich unterversorgten Regionen – Modell 2



Anmerkung:

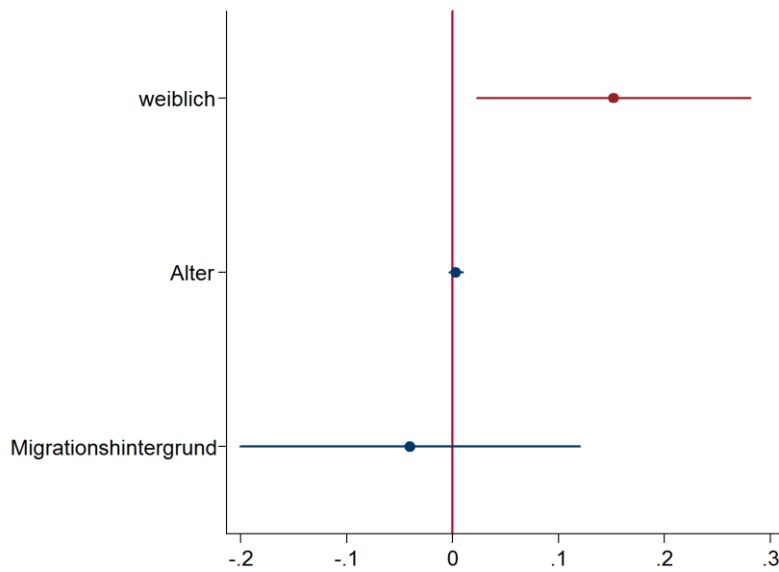
Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die in rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund; Arbeitsort: Großstadt; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär); Facharztgebiet: Innere Medizin.

Abkürzungen: „Ambulant: in Facharzt-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Stationär: in Facharzt-WB“: stationär tätige Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Der Meinung, dass mehr Studienplätze/Fakultäten an Universitäten ein angemessener Weg sei, um den Ärztemangel zu bekämpfen, sind eher Frauen als gleichaltrige Männer mit dem gleichen Migrationshintergrund (mit oder ohne) (Abbildung 29). Dieser Zusammenhang verliert jedoch unter der Kontrolle der weiteren Merkmale (Größe des Arbeitsortes, berufliche Position, Facharztgebiet) an Signifikanz: Abbildung 30 zeigt keine Effekte der soziodemographischen Merkmale auf die Einstellungsdimension *Mehr Studienplätze/Fakultäten*. Lediglich bei einem Facharztgebiet lassen sich Effekte nachweisen: Ärztinnen und Ärzte im Bereich Neurologie und (Kinder-)Psychiaterie messen diesem Lösungsvorschlag mehr Bedeutung bei.

Abbildung 29: Lineare Regression: Mehr Studienplätze/Fakultäten an Universitäten – Modell 1

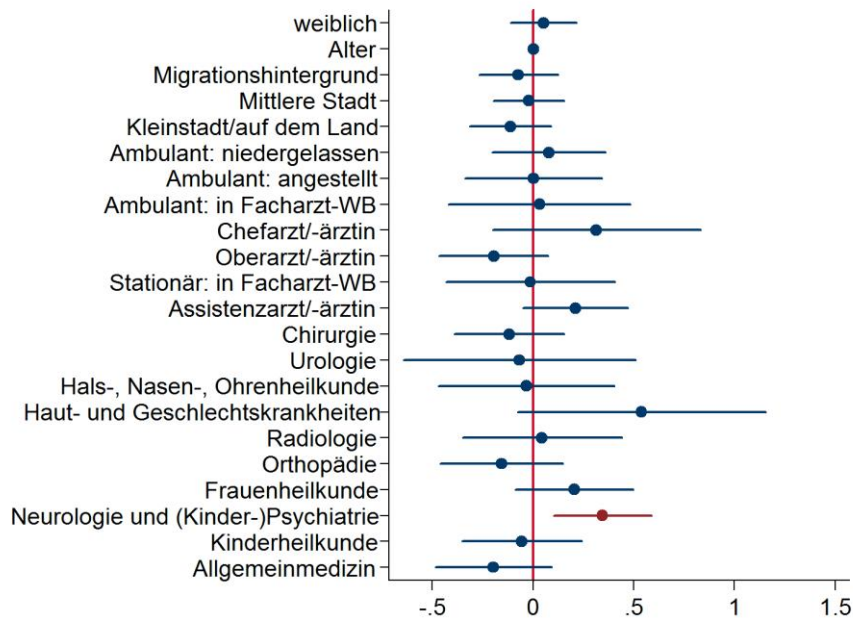


Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 30: Lineare Regression: Mehr Studienplätze/Fakultäten an Universitäten – Modell 2



Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund; Arbeitsort: Großstadt; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär); Facharztgebiet: Innere Medizin.

Abkürzungen: „Ambulant: in Facharzt-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Stationär: in Facharzt-WB“: stationär tätige Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

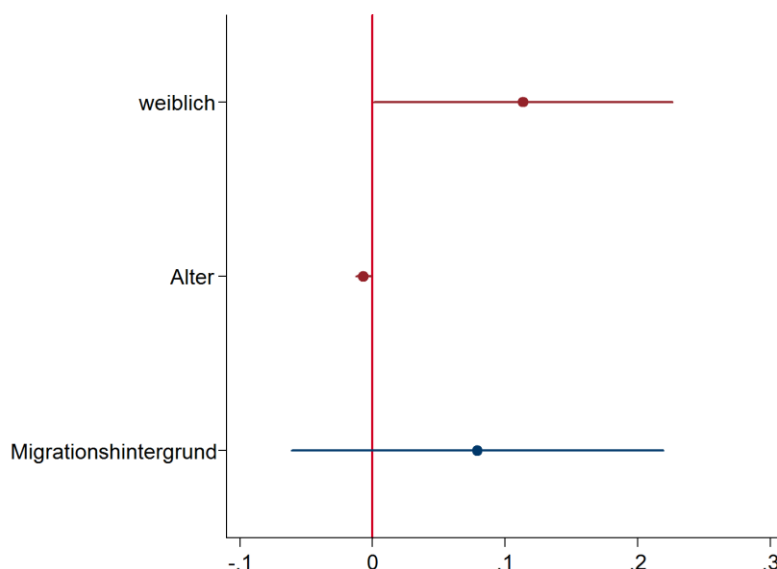
Bezüglich der Anwerbung von Ärztinnen und Ärzten aus anderen EU- und nicht-EU Ländern (Abbildung 31 bis Abbildung 34) zeigt sich erneut, dass ältere Befragte und Männer diese Maßnahmen (unter Kontrolle der jeweils anderen Variablen im Modell) als weniger wichtig erachten. Auch diese Effekte verlieren jedoch unter zusätzlicher Kontrolle der beruflichen Merkmale an Signifikanz.

Abbildung 34 zeigt, dass Befragte mit Migrationshintergrund (unter Kontrolle des Geschlechts, des Alters, der Größe des Arbeitsortes, der beruflichen Situation und des Fachgebietes) die Anwerbung von Medizinerinnen und Medizinern aus nicht-EU Ländern als Maßnahme zur Bekämpfung des Ärztemangels in Deutschland eher befürworten. Dieser Effekt des Migrationshintergrundes ist jedoch für die Zustimmung der Anwerbung von Ärztinnen und Ärzten aus EU-Ländern als Maßnahme zur Lösung von Fachkräfteengpässen im Arztberuf nicht signifikant (Abbildungen 31 und 32).

Bezüglich der beruflichen Merkmale lassen sich folgende Effekte feststellen: Niedergelassene Personen sehen die Anwerbung von Ärztinnen und Ärzten sowohl aus dem EU-Ausland als auch aus dem nicht-EU-Ausland als weniger wichtig an als die Vergleichsgruppe der stationär angestellten Fachärztinnen und Fachärzte. Oberärztinnen und Oberärzte halten die Anwerbung von Ärztinnen und Ärzten aus dem nicht-EU-Ausland für weniger wichtig als Fachärztinnen und Fachärzte (es wurde jeweils auf die übrigen Variablen im Modell kontrolliert).

In den offenen Kommentarspalten betonen einige befragte Medizinerinnen und Mediziner, dass die deutsche Krankenversorgung bereits jetzt von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland abhängig sei. Dieser Abhängigkeit scheint die Mehrheit der Kommentierenden kritisch gegenüberzustehen, auch da die Migration von Medizinerinnen und Medizinern das Problem des Ärztemangels lediglich in die Herkunftsländer der Migrierten verschiebe.

Abbildung 31: Lineare Regression: Anwerben von Ärztinnen und Ärzten aus anderen EU-Ländern – Modell 1

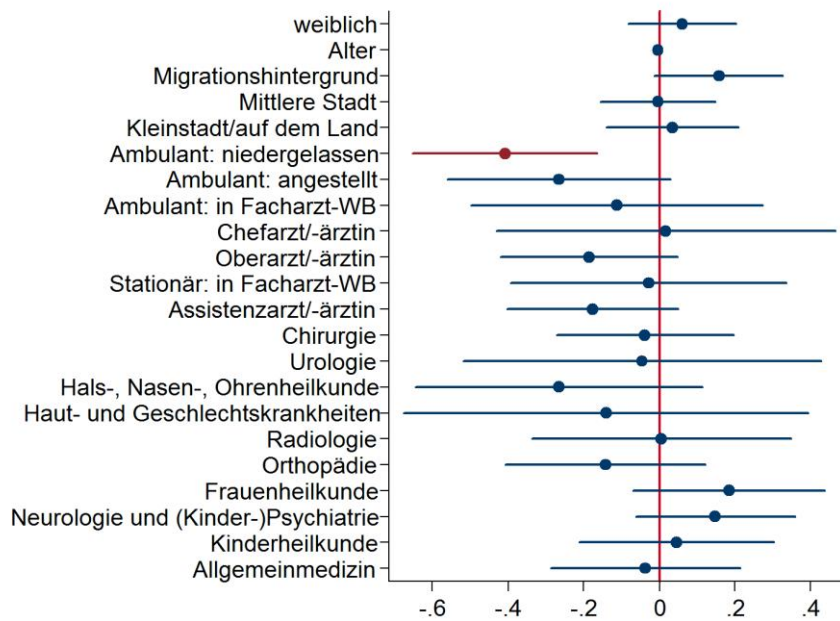


Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 32: Lineare Regression: Anwerben von Ärztinnen und Ärzten aus anderen EU -Ländern – Modell 2



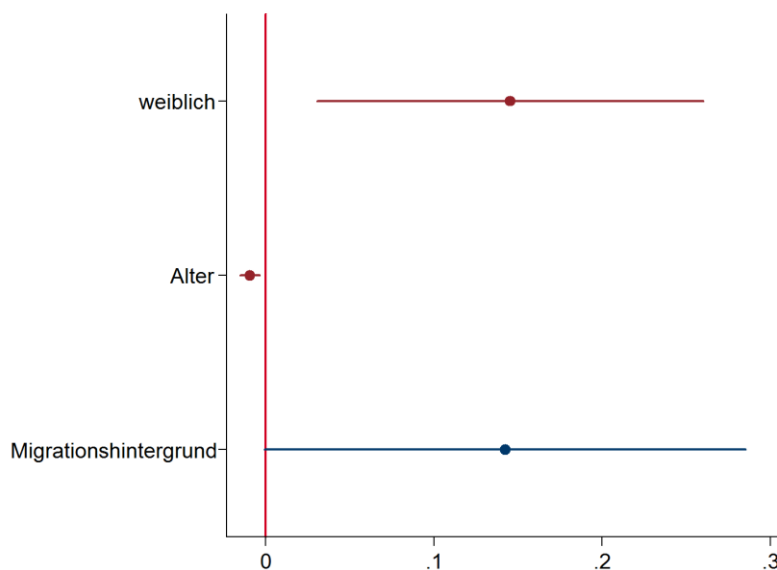
Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund; Arbeitsort: Großstadt; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär); Facharztgebiet: Innere Medizin.

Abkürzungen: „Ambulant: in Facharzt-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Stationär: in Facharzt-WB“: stationär tätige Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

Abbildung 33: Lineare Regression: Anwerben von Ärztinnen und Ärzten aus anderen nicht-EU-Ländern – Modell 1

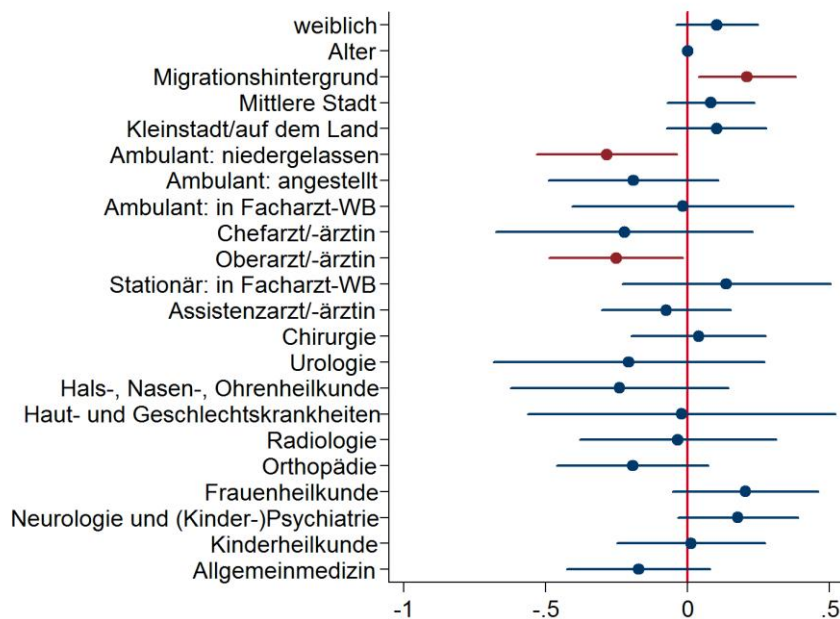


Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 34: Lineare Regression: Anwerben von Ärztinnen und Ärzten aus anderen nicht-EU-Ländern – Modell 2



Anmerkung:

Die Ergebnisse zeigen die standardisierten Koeffizienten mit ihrem Konfidenzintervall. Die rot gekennzeichneten Koeffizienten sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Referenzkategorien: Geschlecht: männlich; Migrationshintergrund: ohne Migrationshintergrund; Arbeitsort: Großstadt; berufliche Position: Facharzt/-ärztin (stationär); Facharztgebiet: Innere Medizin.

Abkürzungen: „Ambulant: in Facharzt-WB“: ambulant tätige/r Facharzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung; „Stationär: in Facharzt-WB“: stationär tätige Assistenzarzt/-ärztin in der Facharztweiterbildung.

In den Kommentarspalten des Fragebogens wird darüber hinaus deutlich, dass die befragten Ärztinnen und Ärzte viele Ideen bezüglich der Lösung des Ärztemangels haben. Dabei spielt die Verbesserung der Arbeitsbedingungen vor allem für Familienmütter und -väter eine große Rolle. Aber auch weitere Vorschläge wie zum Beispiel verpflichtende Zeit in Landpraxen, die Erhöhung der Zahl männlicher Bewerber um einen Medizinstudienplatz oder das Verhalten von Patientinnen und Patienten zu verändern, um „unnütze Luxusversorgung“ abzubauen, werden angeführt.

7 Fazit

Zusammenfassend zeigen unsere Daten, dass die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, trotz anhaltender Berichte über Ärzteengpässe und schlechte Arbeitssituationen, recht zufrieden mit ihrem Alltag und Beruf sind. Einige Ärztinnen und Ärzte spielen allerdings mit dem Gedanken ins Ausland abzuwandern. Das hierzu nötige transnationale Kapital besitzen die meisten. Fremdsprachenkenntnisse sind unter Medizinerinnen und Medizinern weit verbreitet und auch der Anteil derjenigen, die bereits Auslandserfahrung gesammelt haben, beispielsweise durch ein Studium, liegt bei 23 Prozent.

Wahrgenommene Benachteiligung spielt auch unter Ärztinnen und Ärzten eine große Rolle, fast jede/jeder Zweite berichtet davon, schon einmal Benachteiligung erfahren zu haben. Wahrgenommene Benachteiligung und Migrationshintergrund der Befragten weisen dabei im Alltag und bei Ämtern und Behörden einen leichten bis mittleren Zusammenhang auf. Von Benachteiligungserfahrungen aufgrund des Geschlechts berichten die Befragten eher am Arbeitsplatz, beispielsweise durch Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte.

Unsere Daten zeigen weitere geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Facharztausrichtung, der beruflichen Position und der familiären Situation. Frauen sind häufiger als Männer in einkommensschwächeren Facharztgebieten vertreten, während sie beispielsweise im Gebiet Chirurgie deutlich seltener zu finden sind. Des Weiteren konnte ein starker Zusammenhang zwischen beruflicher Position und Geschlecht gemessen werden, die Unterrepräsentation von *Ärztinnen* in den statushöheren medizinischen Positionen (Chefarzt und Oberarzt) ist auch unter Kontrolle relevanter Drittvariablen signifikant. Darüber hinaus zeigen unsere Daten, dass das Problem der Vereinbarkeit von Beruf und Familie (vor allem mit erziehungsbedürftigen Kindern) für Frauen stärkere Relevanz besitzt als für ihre männlichen Kollegen. Mehr Medizinerinnen arbeiten in Teilzeit und Frauen, die Vollzeit angestellt sind, leisten weniger Überstunden. Diese Ergebnisse werden durch frühere Studien bestätigt. Eine Befragung unter Absolventinnen und Absolventen des Jahrgangs 2009 an verschiedenen Fakultäten in Deutschland (Bussche et al. 2011) zeigte beispielsweise, dass sich geschlechtsspezifische Unterschiede in den Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit bereits bei Studierenden im Praktischen Jahr beobachten lassen. Die Autoren der Studie schlussfolgern daher: „Die Ergebnisse weisen auf die weitgehende Persistenz traditioneller Vorstellungen zu Beginn der fachärztlichen Weiterbildung bezüglich Beruf und Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern hin“ (ebd.: 1).

Im Hinblick auf mögliche Fachkräfteengpässe bei Medizinerinnen und Medizinern in Deutschland finden es fast alle Befragten wichtig, die Attraktivität des Arztberufs zu fördern und Ärztinnen und Ärzte beispielsweise durch Verwaltungsfachangestellte zu entlasten. Mehr Investitionen in Aus- und Weiterbildung sowie finanzielle Anreize und Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten Gebieten werden auch von der überwiegenden Mehrheit der Befragten als wichtig erachtet. Im Gegensatz dazu schätzt lediglich rund ein Viertel der befragten Ärztinnen und Ärzte die Anwerbung von Medizinerinnen und Medizinern aus dem Ausland als wichtig ein (aus dem EU-Ausland: 28%, aus nicht EU-Ländern: 20%).

8 Literaturverzeichnis

- Achatz, Juliane; Gartner, Hermann; Glück, Timea (2004): Bonus oder Bias? Mechanismen geschlechtsspezifischer Entlohnung. In: IAB-Discussion Paper 2004/02.
- Berufsverband Deutscher Chirurgen; Bundesverband Ambulantes Operieren; Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (2011): Ärztemangel und wachsender Versorgungsbedarf – wer behandelt künftig chirurgische Patienten? http://www.bdc.de/aerztemangel-und-wachsender-versorgungsbedarf-wer-behandelt-kuenftig-chirurgische-patienten/?parent_cat=. Zugriff am 11.10.2016.
- Bundesärztekammer (2016): Abwanderung von Ärzten ins Ausland. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15Tab13.pdf. Zugriff am 11.10.2016.
- Bundesagentur für Arbeit (2016): Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse. Nürnberg. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2016-06.pdf>. Zugriff am 11.10.2016.
- Busch, Anne (2013): Der Einfluss der beruflichen Geschlechtersegregation auf den „Gender Pay Gap“. Zur Bedeutung geschlechtlich konnotierter Arbeitsinhalte. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 65(2). S. 301-338.
- Bussche, H.v.d.; Gedrose, B. ; Jünger, J; Pöge, K; Robra, B.P.; Rothe, K; Scherer, M.; Schmidt, A.; Stosch, C.: Wagner, R.; Wonnenberger, C. (2011). Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? Ergebnisse einer multizentrischen postalischen Befragung. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart und New York.
- Gerhard, Jürgen; Hans, Silke (2013): Transnational Human Capital, Education, and Social Inequality. Analyses of International Student Exchange. Zeitschrift für Soziologie, Jg. 42, Heft 2, April 2013. Lucius & Lucius Verlag. Stuttgart. S. 99-117.
- Kühnel, Steffen-M.; Krebs, Dagmar (2012): Statistik für die Sozialwissenschaften. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek: Rowohlt.
- Lukesch, Barbara (2007): Empfindliche Verweiblichung. Die Weltwoche, Ausgabe 43/2007.
- Multrus, Frank (2006): Fachtraditionen bei Studierenden. Studienwahl und elterliche Fachrichtung. In: Arbeitsgruppe Hochschulforschung Universität Konstanz: Hefte zur Bildungs- und Hochschulforschung (47). <http://kops.ub.uni-konstanz.de/volltexte/2010/11686>. Zugriff am 11.10.2016.
- Neumann, Phillip (2012): Jeder zweite Arzt ist am Feierabend völlig erledigt. WeltN24 GmbH 2016. <https://www.welt.de/wirtschaft/article106417613/Jeder-zweite-Arzt-ist-am-Feierabend-voellig-erledigt.html>. Zugriff am 11.10.2016.
- Nützel, Nikolaus (2002): Ausstand der Ärzte. Deutschlandfunk Archiv. http://www.deutschlandfunk.de/ausstand-der-aerzte.724.de.html?dram:article_id=100440. Zugriff am 11.10.2016.
- Statistisches Bundesamt (2013): Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten. Fachserie 2 Reihe 1.6.1.
- SVR-Forschungsbereich (2015): International Mobil. Motive, Rahmenbedingungen und Folgen der Aus- und Rückwanderung deutscher Staatsbürger. Berlin. http://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2015/03/Studie_International-Mobil_Web.pdf. Zugriff am 11.10.2016.
- Teney, Céline; Becker, Regina; Bürkin, Katharina; Spengler, Max (2017): Europäische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Erste Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage. In: SOCIUM – Working Papers.
- Thoms, Volker (2015): esanum-Umfrage: Ärzte mit Work-Life-Balance und Gehalt unzufrieden. <http://www.esanum.de/esanum-umfrage-arzte-mit-work-life-balance-und-gehalt-unzufrieden/>. Zugriff am 11.10.2016.
- Tucci, Ingrid, Philipp Eisnecker und Herbert Brücker (2014): Wie zufrieden sind Migranten mit ihrem Leben? In: DIW (Hrsg.). Migranten in Deutschland. S. 1152-1158.

Weenik, Don (2008): Cosmopolitanism as a Form of Capital: Parents Preparing their Children for a Globalizing World. *Sociology*, Volume 42(6). SAGE Publications. S. 1089-1106.

Zeit Online (2015): Fachkräftemangel im Gesundheitswesen. <http://www.zeit.de/angebote/beste-arbeitgeber-gesundheit-2015/fachkraeftemangel>. Zugriff am 11.10.2016.